

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILDA LIMA LOPES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02761-8

CONTA: 000010020989-0

---

Nr. da Autenticação 378607895C40BB29

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Carta nº: 13140374

A/C: GILDA LIMA LOPES

Nº Sinistro: 3180222748  
Vítima: GILDA LIMA LOPES  
Data do Acidente: 06/04/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **GILDA LIMA LOPES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000002761-8**

Conta: **000010020989-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180222748**

Nome do(a) Examinado(a): **GILDA LIMA LOPES**

Endereço do(a) Examinado(a):

**CJ OZORIO DO VALE, 18, Q D - URBANO - Aroazes - PI - CEP 64310000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **2448927**

Data e local do acidente: [ **06/04/2017** ]

**RUA GABRIEL SOARES BAIRRO BEIRA RIO TERESINA PI**

Data e local do exame: [ **12/07/2018** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

**FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.**

**II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

**AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA ABDUÇÃO, ELEVAÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO DIREITO. DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.**

**III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

**Limitação funcional do ombro direito**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Ombro direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho  
Médico  
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

## RELATÓRIO MÉDICO

Declaro, que se da baixa  
loper, foi vítima de acidente de  
trânsito, fato ocorrido em 06.04.17  
às 17:25 HS, tendo sofrido forte trauma  
em MSD, causando com fratura da  
clavícula direita e possível fratura da  
foi constatado a urgência de  
de os costelas com fratura  
com fratura da clavícula, de alta fortes  
dover com diminuição do movimento  
com redução de encurtamento do  
membro, com alta definitiva  
com comprometimento funcional  
na de 85%

10.04.18

Edimar

Dr. Edimar Machado da Silva  
Cl. Geral e Cirurgia Geral  
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA  
9993-9929/9532-1997/8827-3736

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva

Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA



NOME DO PACIENTE: Gilberto Lima Lopes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 439875

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 06/04/2017 17:33:58

(User: JOSENEIDE)

(Estação: ACCR01)

**BOLETIM DE ENTRADA - BE****DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> GILDA LIMA LOPES		<b>Prontuário:</b> 439875	
<b>Mãe:</b> RAIMUNDA PEREIRA LIMA		<b>Pai:</b> JOSE MARIA LOPE DE OLIVEIRA NETO	
<b>End. Resid.:</b> RUA GABRIEL SOARES, 2479 - VILA DACDIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<b>Nascimento:</b> 07/12/1984	<b>Idade:</b> 32a:4m:30d	<b>Sexo:</b> Feminino	<b>Fone:</b> 86-99922-3052
<b>Responsável:</b> FRANCISCO DE ASSIS		<b>CNS:</b> 898002391771497	
<b>Profissão:</b> TEC ENFERMAGEM		<b>Documento:</b> CPF: -	
<b>G. Instrução:</b> Médio Completo		<b>E. Civil:</b> Casado(a)	
<b>End. Local.:</b> - - -			

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 601646	<b>Data:</b> 06/04/2017 17:25:05	<b>Condução:</b> VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS	
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> S U S	
<b>Acid. Trab.:</b> Não	<b>Acid. Trajeto:</b> Não	<b>Acid. Trab. Típico:</b> Não	<b>CID Secundário:</b> V299

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma:</b> TRAUMA TORACOABDOMINAL	<b>Evento Principal:</b> Dor pleurítica	<b>Destino:</b> ORTOPEDISTA	<b>Classificação:</b> <b>Amarelo</b>
<b>Breve História:</b> PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA REFERINDO DOR E EDEMA EM REGIÃO DE CLAVÍCULA DIREITA. ECG:19.			<b>Profissional Clas. Risco:</b> JOSENEIDE BARBOSA DE SOUSA COREN 286102 Em: 06/04/2017 17:33:57

**DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_)**

<i>Notas de Clavícula</i>			
PA ____ X ____ mmHg	FC: ____ bpm	Temp.: ____	CID: ____
<b>Diagnóstico Inicial:</b>			
<b>CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:</b>			
<b>RECEBIDO</b>			

**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

Se Internação, indique o Procedimento e CID

DATA: / /

HORA: : .

0408/10/50  
Procedimento5420  
CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura

Roceldo Rego  
Pneumologia e Traumatologia  
CRM-MA 657







FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

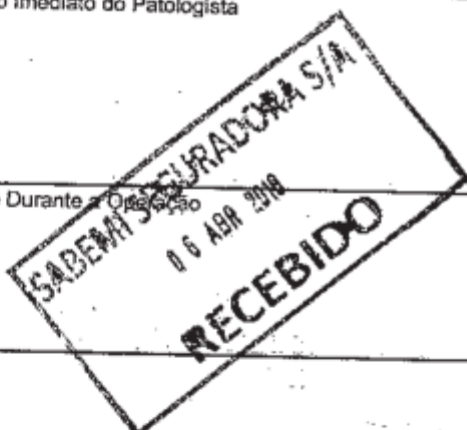
centro cirúrgico

Nome do Paciente		Orla da bina logo	
Diagnóstico pré-operatório		Fratura distal do ulnar D	
Operação - Tipo		Fratura distal do ulnar D	
Cirurgião	Dr. Yuri Jivago Félix	1º Assinante	Dr. Loo
2º Assinante		3º Assinante	
Instrumentador(a)	Dr. Yuri Jivago Félix Ortopedia/Traumatologia CRM-PI: 2308 / CRM-MA: 3537	Anestesiologista	Dr. Milena
Anestésico(a)		Anestesia	Bloq + Sedação
Data da Operação		Início	
		Fim	

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO  
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Anestesia + Antiespasmódico
- 2) Acesso à área da fratura
- 3) Redução + fixação interna (chaveta)
- 4) Lavagem da ferida
- 5) fechamento do ferimento

Dr. Yuri Jivago Félix  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PI: 2308 / CRM-MA: 3537  
MOD. 76 - HUT

**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº

187895

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/04/17

NOME DO PACIENTE: <u>Gilda Lima Lopes</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>10000000000000000000</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Dist. Ovariana</u>	CIRURGIA: <u>Inte. Ovariana</u>
ANESTESIA: <u>D. Helene</u>	Nº DA SALA: <u>02</u>
CIRURGIÃO: <u>D. Yuri</u>	CPF Nº: <u>000000000000000000</u>
AUXILIAR: <u>D. Carlos</u>	CPF Nº: <u>000000000000000000</u>
ANESTESIA: <u>Bloq + sedação</u>	CPF Nº: <u>000000000000000000</u>
INSTRUMENTADORA: <u>Milena</u>	CPF Nº: <u>000000000000000000</u>

**MATERIAL DE CONSUMO**

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI 29	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0/75	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 6.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	05		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	06		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	UNID.	200		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO 100	FRASCO	04	
GASES	UNID.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	-		Elétricos	un	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA	un	02	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				cre pro	un	01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Cateter Nasal	un	01	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Nylon 4-0	un	02	
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0	un	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA			
VICRYL 2-0	un	01		CIRCULANTE: <u>Ernesto</u>			
PROLENE							

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	IDADE	CLÍNICA	EXT. 1	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
GILDA LIMA LOPES		439875	32	Ortopédica	235			
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA			HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES		
08/04/2017	DI: 07/04/2017	FRAT. DE CLAVICULA				10:00 alto hospital a cirúrgico noturno		
1		Dieta oral livre						
2		Jeico salinizado						
3		Keflin 1g 1amp + AD EV 6/6h						
4		Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs						
5		Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs						
6		Ranitidina 50mg _ 01 amp + AD EV 8/8hs						
7		Tramadol 100mg _ 01amp + SF 0,9% 100ml EV 12/12hs SN						
8		nausedron 4mg + 100ML Soro Fisiologico 0,9% EV 8/8h SN						
9		Curativos diários						
10		Cuidados gerais e sinais vitais						
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Dr. Ricardo S. Valença / CRM 3357</p> <p>Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho / CRM 3357</p> </div> <div> <p>Dr. Paulo Henrique L. P. Filho / CRM 3357</p> <p>Dr. Ricardo S. Valença / CRM 3357</p> </div> </div>								



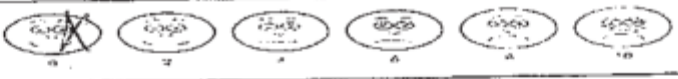
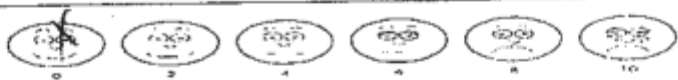
[illegible]

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Gilda Lima Leles IDADE 32 anos DATA 07.04 /2017HORÁRIO DE ADMISSÃO 17 hs 20 min TIPO DE ANESTESIA ( ) GERAL (X) RAQUE ( ) BLOQUEIO ( ) PERIDURAL ( ) SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA \_\_\_\_\_ CIRURGIÃO \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>133/84</u>	<u>125 x 72</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>94</u>	<u>97</u>
SATURAÇÃO DE O <sub>2</sub> (%)	<u>99%</u>	<u>97%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)	<u>1</u>	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	<u>1</u>	
NOME/ MATRÍCULA	<u>bayr</u>	

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	Tem apnéia	0	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	As					
As	É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub>	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL	<u>09</u>		<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA			ASS: <u>Ente</u>			

SONDA VESICAL		( ) DRENO DE SUÇÃO		( ) DRENO TORACICO		( ) DVE		( ) COLOSTOMIA		SONDA ( ) NASOG ( ) NASOE	
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

17:20 - Pte admitida na SRPA, em POI de fratura de clavícula @  
sob efeito de bloqueio + sedação. paciente orientada, fãica, eup  
nica, s/O<sub>2</sub>. HV em eixo. JVN crâneos.



PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO ( ) EXTERNO ( ) SALA DE GESSO ( ) IMAGENS E GRÁFICOS ( )

POSTO: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) EMERGÊNCIA PED. UTI: ( ) PED ( ) NEURO ( ) GERAL ( ) 4 ( ) QUEIM. CLÍNICA: ( ) PED ( ) XORT ( ) NEU ( ) CIR ( ) MÉD



[illegible]



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILDA LIMA LOPES** (Prontuário: 439875)  
Endereço: RUA GABRIEL SOARES, 2479 - VILA DAGUIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 07/12/1984 Idade: 32a:4m:10d Sexo: Feminino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 601646  
Requisição: 732691 Solicitação: 06/04/2017 Solicitante: AYRANA SOARES AIRES  
Controle: 912605 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 06/04/2017

### CLAVICULA DIRETA

O estudo radiológico do clavícula direita foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura completa recente desalinhada na diáfise da clavícula.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 17/04/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE  
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1920 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **GILDA LIMA LOPES** (Prontuário: 439875)  
Endereço: RUA GABRIEL SOARES, 2479 - VILA DAGUIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 07/12/1984 Idade: 32a:6m:2d Sexo: Feminino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 187895  
Requisição: 732975 Solicitação: 07/04/2017 Solicitante: YURI JIVAGO FELIX  
Controle: 912958 Convênio: S U S CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ANEXO I EXTRA 004

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 07/04/2017

### OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no 1/3 médio da clavícula com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

#### Conclusão:

- Fratura no 1/3 médio da clavícula com fixação metálica.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 09/06/2017

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180222748

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** GILDA LIMA LOPES

**Data do acidente:** 06/04/2017

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA ABDUÇÃO, ELEVAÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO DIREITO. DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Ismar Aguiar Marques Filho

**CRM do médico:** 3165

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua da Oito Oito 1820 - Redenção - Fone: 35 3224 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-170 UNB: 05.522.917/0022-02

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 06/04/2017 17:35:40

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>GILDA LIMA LOPES</b>		Prontuário: <b>439875</b>	
Mãe: <b>RAIMUNDA FERREIRA LIMA</b>		Pai: <b>JOSE MARIA LOPE DA OLIVEIRA NETO</b>	
End. Resid.: <b>RUA GARDYLL RODRIGUES, 2495 - VILA DA LUZIA</b>	Cidade: <b>TERESINA - PI - CEP: 64000-515</b>		
Nascimento: <b>27/07/1984</b>	Idade: <b>32A:4M:30d</b>	Sexo: <b>Feminino</b>	Peso: <b>66-55922-2052</b>
Responsável: <b>FERNANDO DE ASSIS</b>	CNS: <b>E9P002391771657</b>		
Profissão: <b>TEC ENFERMAGEM</b>	Documento: <b>CPF:</b>		
G Instrução: <b>Médio Completo</b>	E-Civil: <b>Casado(a)</b>		
End. Local: <b>-</b>			

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>601646</b>	Data: <b>06/04/2017 17:25:05</b>	Condução: <b>VEICULO PRÓPRIO DO DO ENFERMEIRO</b>
Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTO)</b>		Convênio: <b>S O A</b>
Acid. Trab.: <b>Não</b>	Acid. Trajeto: <b>Não</b>	Acid. Trab. Típico: <b>Não</b>
		CID Secundário: <b>V293</b>

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: <b>LAZERA TORACICODORSAL</b>	Evento Principal: <b>Dor pleurítica</b>	Destino: <b>ORTOPEDICA</b>	Classificação: <b>Amarelo</b>
Breve Histórico: <b>PACIENTE CHEGA AO CLIMA DE EMERGENCIA RELATANDO DOR APOSTA EM JUNTURA DE CLAVICULA DIREITA ESQUERDA.</b>		Profissional Pios. Respons.: <b>JOSE MARIA BARBOSA DE SOUSA</b> COREM 286102 Em: 06/04/2017 17:33:57	

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: **17:25**)

<p><i>Justificativa de Classificação</i></p>			
SA	PA	FC	Temper.
Observações Iniciais:			
CID:			

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

<p><b>RECEBIDO</b></p> <p>06 ABR 2017</p>	
---	--

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: <b>06/04/2017</b>	HORA: <b>17:25</b>	Se Intenção, indique o Procedimento e CL: <b>0408/10/50</b>	5420
		Procedimento	CID





Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



# BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000673/2018-65

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registrador: Antônio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 20/02/2018 - 12:50

## DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA GABRIEL SOARES Nº

Complemento

Data/Hora

06/04/2017 - 17:00

Bairro

VILA DAGUIA

Ponto de Referência

BAR DO SR. RAIMUNDO

## DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolv: VITIMA/Noticiante

Nome: GILDA LIMA LOPES

RG: 244597 SSP-PI

Mãe: RAIMUNDA FERREIRA LIMA

Pai: JOSÉ MARIA LOPES DE OLIVEIRA NETO

Endereço: RUA GABRIEL SOARES Nº 2156

Complemento: VILA DA OLIM

Bairro: BOM RIO

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 08 3525-5638

## NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

Lesão corporal acidental no trânsito

## RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELA VIA ACIMA CITADA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/NXR150 BROS ESOD, ANO 2015, MODELO 2017, COR VERMELHA, PLACA PIZ-1120 PI, RENAVAN 0100/473184, PROPRIETÁRIA GILDA LIMA LOPES. MOMENTO EM QUE TENTOU DESVIAR DE UM ANIMAL/CACHORRO, VEIO A CAIR SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS E ENCAMINHADA AO HUP, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 439875. A NOTICIANTE APRESENTOU COMO TESTEMUNHA DO ACIDENTE O Sr. ALEXSANDRO FERREIRA DA SILVA RG 13/3.514-SSP PI, CPF 045.148.503-82, RESIDENTE NA Av. JOQUEI CLUB, Nº 1371, BAIRRO JOQUEI CLUB, EM TERESINA, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER SO PARA FINS DE DIREITO.

Antônio Carlos Da Silva Leite - Matr. 0094897  
AGENTE DE POLÍCIA

Gilda Lima Lopes  
GILDA LIMA LOPES - Noticiante  
Responsável pela Informação



Boletim de Ocorrência emitido em: 20/02/2018 12:51 - SisBO 2017-2018 65

Página 01

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0227204 ou 0800 0221206 (exceto para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - Assinatura do Representante Legal).

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 - Assinatura do Beneficiário) e seu Representante Legal (campo 2 - Assinatura do Representante legal).

Número do Sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da Vítima: 014.122.363-47 Nome completo da vítima: Gilda Lima Lopes

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: <u>Gilda Lima Lopes</u>	CPF titular da conta: <u>014.122.363-47</u>	Profissão: <u>Técnica de Enfermagem</u>
Endereço: <u>Q-2 Casa 18</u>	Número: <u>38</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>CJ Osorio do Vale</u>	Cidade: <u>Aracaju</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CPF: <u>64810-000</u>	Telefone (DDD): <u>(86) 3303-4104</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência com endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 2.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.000,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.000,00 ATÉ R\$ 4.000,00 ☐ R\$ 4.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.000,00 ATÉ R\$ 6.000,00 ☐ R\$ 6.000,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.000,00 ATÉ R\$ 8.000,00 ☐ R\$ 8.000,00 ATÉ R\$ 9.000,00 ☐ R\$ 9.000,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA CORRENTE (informe os dados bancários de uma única vez)  
BANCO: \_\_\_\_\_ Nº da conta: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_

☒ CONTA CORRENTE (informe os dados bancários)  
BANCO: Braço Nº da conta: 0001  
Agência: 2361 Nº da conta: 8120989  
Informar Agência: 8 Informar Agência: 9

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina, 23 de março de 2018

Local e Data

Gilda Lima Lopes  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



