

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

Sinistro: 2014097588 - 1

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIA EDILENE DE SOUSA

Endereço do(a) Examinado(a): R. PARNAIBA nº 292 - URBANO - CAMPO MAIOR/PI

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 523413488 - SSP

Data local do exame: 22/02/2014 TERESINA/PI

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA DOS OSSOS DA MÃO ESQUERDA
LESÃO LIGAMENTAR EM JOELHO ESQUERDO**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

SUBMETIDA A TRATAMENTO ORTOPÉDICO COM COLOCAÇÃO DE ÓRTESE GESSADA POR 40 DIAS. ALTA MEDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

APRESENTA LEVE LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DOS QUIRODÁCTILOS E LEVE PERDA DE FORÇA DE PREENSAO PALMAR ESQUERDA.

APRESENTA MODERADA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO E MODERADA PERDA DE FORÇA DE EXTENSÃO EM JOELHO ESQUERDO.

IV. Segundo o 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MÃO ESQUERDA

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

JOELHO ESQUERDO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este encarceramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

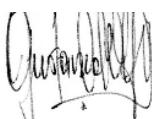
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PI - TERESINA, 22/02/2014

Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302

Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890



Dr. Gustavo Adolfo P. da Silva Jr.
Médico - Perito
CRMCE - 6302

Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional



Assinatura do perito revisor - CRM

Assinatura do perito examinador - CRM



DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0



AVISO DE SINISTRO DPVAT

Tipo de Sinistro Morte () Invalidez () DAMS ()

Valor da Indenização – R\$

Vítima: ANTONIA EDILANE DE SOUSA **Nascimento:** 28/02/1983

CPF: 985.914.953-49

Reclamante **Vítima (X)** **Beneficiário ()** **Procurador ()**

Beneficiário: ANTONIA EDILANE DE SOUSA **CPF/CGC** 985.914.953-49

Endereço: RUA PARNAÍBA Nº 292 **Bairro:** SÃO JOÃO **Cidade:** CAMPO MAIOR

Estado: PIAUÍ **CEP:** 64.280-000 **TEL:** (86)9441-3502

Procurador: _____ **CPF/CGC** _____

Telefone: _____ **Endereço:** _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **Estado:** _____ **CEP:** _____ **TEL:** _____

Dados da Ocorrência: _____ **Data da Ocorrência:**
24.08.2013.

Cód. Documento **Boletim:** 105362.002783/2013 **Delegacia:** 2º D.P. **Estado da ocorrência:** PI

Vítima	Veíc. Identificado	Placa	Tipo de Veículo	Estado
3 1 - Transportado 2 - Não transportado 3 - motorista	SIM	NIJ-9270	MOTOCICLETA	PI

CAMPO MAIOR – PI, 28/01/2014.

Local e Data

Antonia Edilane de Souza
Assinatura

JL Reguladora de Sinistros - DPVAT

Rua Baronesa nº 705 Sala 404 Praça Seca Cep 21.321-000 Rio de Janeiro -RJ
www.jlreguladora.com.br



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ANTONIA EDILANE DE SOUSA

PORTADOR (A) DO RG Nº 52.341.348-8 - SP EXPEDIDO POR SSP-SP EM 14/DEZ/07 E

CPF / CNPJ 985.914.953-49, PROFISSÃO COMERCIARIA E RENDA MENSAL DE R\$ 850,50 (*)

NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEUGRO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIA EDILANE DE SOUSA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

SEGURADO
06 FEB. 14
DPVAT

1) Os seguintes documentos não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotérica com limite de movimentação financeira mensal até R\$ 2000,00
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - WWW.receita.federal.gov.br);

3) OCPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAMOS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO AGÊNCIA (INCLUA O CÓDIGO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR). CONTA-CORRENTE

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237. AGENCIA (INCLUA O CÓDIGO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR). CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001. AGENCIA (INCLUA O CÓDIGO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR). CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 343. AGENCIA (INCLUA O CÓDIGO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR). CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104. AGENCIA 0248 (INCLUA O CÓDIGO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR). CONTA-POUPANÇA 7734-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É A MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCrita, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL CAMPO MAIOR-PI DATA 28/01/2014

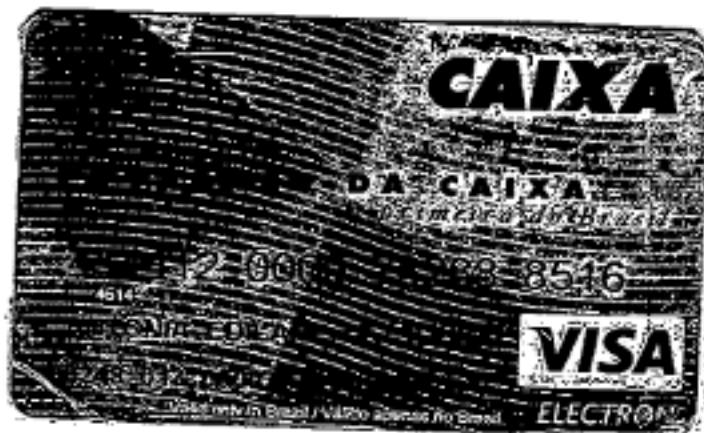
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Antonia Edilane de Sousa

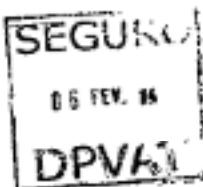
ATENÇÃO

- O seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.devasegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204



0248 013. 7734-9





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

368 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 105362.002783/2013-48

Unidade Policial: 2º DP DE CAMPO MAIOR

Resp. pelo Registro: Francisco Das Chagas Silva

Delegado: ALEXANDRA SANTOS SILVA

Data/Hora: 20/11/2013 - 16:56

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

2º DP DE CAMPO MAIOR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026

Data/Hora

24/08/2013 - 20:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Endereço

LOCALIDADE SOSSEGO DOS CORNOS, Nº:

Complemento



Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

SEGUR
06 FEV. 14
DPVAT

Ponto de Referência

PI 113 QUE LIGA CAMPO MAIOR À CABECEI

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO PATRÍCIO PRAZERES JORGE

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 3074207 PI

Mãe: ROSA MARIA DOS PRAZERES JORGE

Pai: FRANCISCO DÁRIO JORGE

Endereço: RUA TRAVESSA CANUDO, Nº 70

Bairro: SANTA CRUZ

Cidade: CAMPO MAIOR - CEP: 64280-000

Telefone(s): 86-9442-3502

Nome: ROSA MARIA DOS PRAZERES JORGE

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA COMPROMISSADA

RG: 1019437 SSP PI

Mãe: ALBERTINA RODRIGUES DOS PRAZERES

Endereço: TRAVESSA URUGAUI, Nº 20

Bairro: FÁTIMA

Cidade: CAMPO MAIOR - CEP: 64280-000

Nome: ANTONIA EDILANE DE SOUSA

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA COMPROMISSADA

RG: 523413488 SSP PI

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES DE SOUSA

Pai: ANTONIO BALBINO DE SOUSA

Endereço: RUA PARNAIBA, Nº 292

Bairro: SÃO JOÃO

Cidade: CAMPO MAIOR

Telefone(s): 86-9402-0306

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: HONDA

Modelo: 125 FAN

Ano:

2013

Placa:

OUA9070

Chassi:

9C2JC4110DR425831

Renavam:

554372312

Cor:

Vermelha

Condutor: FRANCISCO PATRÍCIO PRAZERES JORGE

RG: 3074207 Órgão: UF RG: PI

End: RUA TRAVESSA CANUDO Número: 70 Complemento:

Cidade: CAMPO MAIOR UF: PI Bairro: SANTA CRUZ

RELATO DA OCORRÊNCIA

Compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil do 2º DP de Campo Maior para comunicar que: "no dia 24 de agosto de 2013 por volta das 20h00min trafegava na PI 113 no sentido Cabeceiras do Piauí à Campo Maior na motocicleta de propriedade do Sr. MALISON JOSÉ DA SILVA ALVES, conduzia a Sra. ANTONIA EDILANE DÉ SOUSA e nas proximidades da localidade Sossego dos Cornos,



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ANTONIA EDILANE DE SOUSA, portador da carteira de identidade nº.
52.341.348-8 - SP e inscrito no CPF/MF sob o nº 985.914.953-49

Residente e domiciliado na: RUA PARNAÍBA Nº292, BAIRRO SÃO JOÃO

Cidade CAMPO MAIOR, Estado PIAUI, declaro, sob pena da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IML para os fins de requerimento de
indenização do Seguro DPVAT (lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
 () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins
de prova do Seguro DPVAT; ou
 () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a
cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor via terrestre, solicito que
esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo
do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da
Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de lesão, ou lesões, para os
fins do §1º do Art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização desta perícia não significa prévia concordância com a
futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Antonia Edilane de Sousa

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

CAMPO MAIOR – PI, 28 DE JANEIRO DE 2014.

Local e data

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, **ANTONIA EDILANE DE SOUSA**

Portador do RG, 52.341.3458-8 Data de expedição, 14.12.2007.

Órgão expedidor, SSP/SP CPF, 985.914.953-49

Declaro que resíduo atualmente no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA PARNAÍBA		
Número	292		
Apto/ Complemento	COMPROVANTE DE RESIDENCIA  *1004040*		
Bairro	SÃO JOÃO		
Cidade	CAMP MAIOR		
Estado	PIAUI		
CEP	64.280-000		
Telefone de contato	(86) 9441-3502/9449-1960/ 8147-1002/ 3252-1698		
E-mail	Hernandosousa2010@hotmail.com		

SEGUR

06 FEV. 14

DPVAT

Por ser a expressão da verdade, firmo-me.

Local CAMPO MAIOR Data 27/01/2014

Antonia Edilane de Souza

Assinatura do declarante



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

186869-1

COPARHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.040.745/0001-89 Insc. Estadual: 19.301.380-5
Nº de Fazenda / Comissão de Energia Elétrica - Série B-1
Régime especial de impostos. Contada pela Sefaz 05/98

Nº da Nota Fiscal: 000976483

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEF foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de Abril de 2002.

CONTA MÊS: VENCIMENTO: CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)

DEZEMBRO/2013 06/01/2014 87 24,33

MARIA DA CONCEICAO ALVES DE SOUSA
R. PARNAIBA 292 292 B-URBANO

CEP: 64.240-000 - CAMPO MAIOR

BOT: 140.810.18.64.112500

DADOS DA LEITURA	
Atual:	28157
Anterior:	28078
Constante de Multiplicação:	1.000
Consumo Médio:	87
Consumo Faturado:	87
	FCAM

DATAS DA LEITURA

Atual:	24/12/2013
Anterior:	26/11/2013
Próxima Leitura:	27/01/2014
Entrega:	24/12/2013
Apresentação:	24/12/2013

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Irregularidade:

Período de Consumo:

28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Consumidor classe Usuário Número Medidor Fazenda Código Faz. Média 12 meses

RESID. BX. RENDA HN00 A140449 1.4.1.1 95

HISTÓRICO ANS:

Mês/ano consumo

	CONSUMO		
NOV/13	183	30 A R\$ 0,140025 =	4,20
OUT/13	91	57 A R\$ 0,140037 =	13,68
SET/13	118	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,95
AGO/13	93	DIFERENCA DE TARIFA	17,54
JUL/13	94	SUBVENCAO BAIXA RENDA	14,04-
JUN/13	100		
MAT/13	88		
ABR/13	98		
MAR/13	90		
FEV/13	52		
TARIFA SOH TRIBUTOS:			
9,6 30 - 0,140025			
31,4 01 - 0,140037			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

BANDEIRAS TARIFARIAS 2014: A VERDE NAO GERA ACRESCIMO, AMARELA E VERMELHA GERAM, EM DEZEMBRO VIGORARIA A BANDEIRA VERMELHA, A QUAL IMPLICARIA 0,030 R\$/KWH DE ACRESCIMO. WWW.ANEEL.GOV.BR.
Parabens! Até o dia 16/12/2013, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

SEGURO

06 FEVEREIRO

DPVAT

RESERVADO AO FISCO: 2B85.A461.7944.26A6.93FF.068A, FECA: 140C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Distribuição:	13,47
Energia:	11,96
Transmissão:	0,92
Encargos:	1,99
Tributos:	7,08

Base de Cálculo:	35,42
Alíquota ICMS:	20,00%
Valor do ICMS:	7,08
Valor do PIS:	0,00
Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	BIC	RIC	DMIC	DKR
Mesal:	8,85	17,70	35,40	4,35
Trimestral:	8,71	17,42	4,82	
Realizada:	0,00	0,00	0,00	

Período de Apuração: 10/2013 IUSP: 9,69

Cedente: CANPO MAIOR

SAMU CAMPO MAIOR
REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Ambulância Acionada: 1253 Data: 24/09/12

Local da Ocorrência: Lote 5000

Nome do Paciente: Antônio José da Silva

Sexo: () M (x) F Idade: 23

Saída do P.A. 20:23 Chegada ao Local: 20:41

Saída do Local: 20:45 Chegada ao Hospital: 21:17

- | | |
|---|---|
| 01 <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito | 08 <input type="checkbox"/> Queda |
| 02 <input type="checkbox"/> Agressão Física | 09 <input type="checkbox"/> Mal Súbito |
| 03 <input type="checkbox"/> Urgência Psiquiátrica | 10 <input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica |
| 04 <input type="checkbox"/> Envenenamento | 11 <input type="checkbox"/> Outros |
| 05 <input type="checkbox"/> Afogamento | 12 <input type="checkbox"/> Já Removido |
| 06 <input type="checkbox"/> Queimadura | 13 <input type="checkbox"/> Falso Chamado |
| 07 <input type="checkbox"/> Choque Elétrico | |

SEGURÓ
06 FEB. 14
DPVAT

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

Alerta
Responde a Comando
Responde a Dor
Sem Resposta

PUPILA:

Iguais
Desiguais

FALA:

Normal
Confusa
Nenhuma

PULSO RADIAL:

Forte
Fraco
Ausente

SANGAMENTO:

Ausente
Mínimo
Moderado
Intenso

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial 118 x 70 mmHg
Pulso -
Respiração -

OBSERVAÇÕES: paciente com lesão na membra superposta ao membro inferior, com lesão da artéria da perna, a dor é clara e constante, com dor intensa quando se move a membra, com sangramento constante.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | | |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspiração | <input checked="" type="checkbox"/> Prancha Longa | <input type="checkbox"/> Outros |
| <input type="checkbox"/> Oxigênio | <input type="checkbox"/> Prancha Curta | |
| <input type="checkbox"/> Reanimação Cárdio Pulmonar | <input type="checkbox"/> Ked | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Curativos | <input checked="" type="checkbox"/> Colar Cervical | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Imobilizações de Extremidades | <input type="checkbox"/> Assist. Obstétrica | |

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- Melhorado
 Piorado
 Inalterado

ÓBITO:

- Antes do Socorro
 Antes do Transporte
 No Transporte

Hospital de Destino: 25.118 - 01:44

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE Antônio Edilane de Souza

ENDEREÇO: R. Parnaíba N° 292

FILIAÇÃO (MÃE): Maria da Conceição A. Góes

DATA DE NASCIMENTO: 29/02/83

RG: _____ CPF: _____ N° DO CARTÃO SUS: _____

DATA: 24/01/13 HORÁRIO: 21:06 TEL. P/ CONTATO:

DESCRICAO DO EXAME CLINICO / EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

K283

5 Andréa e Silva
Eletroloira
- 4 RH 353.893

Assinatura Mão / Carimbo

Assinatura do Enfermeiro / Carimbo

Assinatura do Responsável

Evolução / Prescrição Médica

11. Sintomas: Náuseas

21. Sintomas: EV 500 ml náuseas

31. Náuseas + vomito EV
ante.

41. Náuseas + vomito EV

Evolução / Prescrição Multiprofissional

Ortopédico

Fraqueza por quedas,
de moto, com dor + edema
no joelho e joelho
(C). Myalgia, incômodo
no corpo em apoio
dor de joelhos

Mais tratamento

Obs: paciente com rotula
e joelhos
col-falso luxo
Orce: PT clínico

Felipe Verner Pagnoncelli
Médico
CRM - 21.2477

SEGURO

06 FEB. 16

DDMAT



Associação Piauiense de Medicina - ASPIMED

Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei Estadual Nº 101
de 4 de Fevereiro de 1948 • CNPJ: 06.981.807/0001-39
Federada à ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA

Presidente

Série - A

00972

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins e a pedido do(a) interessado(a) que atendi

Dr. Lucio Edilene de Souza

RG/CPF

portador CID _____ (autorizado pelo paciente)

*Marco Antônio Miranda Pereira
não tenho ato de saúde de que
necessite operação ou
operatório por mais de 6
semanas. Fiz uma flacidez
de 15 (quinze) dias por
recomendação.*

Marco Antônio Miranda Pereira
CRM 1860

CRM

1860 CPF 396678043-72

26/09/2013

SEGL

06 FEB. 14

DPVAD

Rua David Caldas, 90/1º And. • Fone/fax: (86) 3221-4402 / 3221-8636
End. Telegráfico: ASPIMED • Caixa Postal 57 • Cep: 64000-190 • Teresina – Piauí
E-mail: aspimed@veloxmail.com.br • www.aspimed.org.br

RECEITUÁRIO

Antônio Edilson de Souza

ano 2002

1) ciprofloxacina 500 mg — 28 compr.

Tomar 1 compr. x 0 6 (6 h) x 7

7 dias

2) Nitrofurantoina 300 mg — 14 compr.

Tomar 1 compr. x 0 12 (12 h) x 7

7 dias

SEGUR
06 FEVEREIRO
DPVAT

Médico (a)



Carimbo Município Solicitante

Ficha de Marcação de Consultas / Exames
Procedimento(s) (Em caso de exame solicitar no máximo 3)

Este procedimento é pago pelo
SUS, é proibida a cobrança de
taxas.

Nº do Cadastro SUS

ORTO PEP/IR

Nome do Paciente (Preencher sem abreviar)

Antonio Edilson da Costa

Nascimento

28/02/83

Idade

30

Sexo

() Masc.
() Fem.

Documento do Paciente (Tipo, número)

Nome da Mãe

Maria da Conceição A. Costa

Endereço (Logradouro, número)

R. Flávio de Oliveira 292

Bairro

J. João

Complemento

CEP

85.000

Município

O. Maran

UF

PR

Fone

9402-0306

Dados Clínicos

Internado em 01

Data da Solicitação

01/01/13

Carimbo Assinat. Médico Solicitante

Dr. Milton Ferreira de Oliveira

CRM 425 P / CPF 325.580.033-20

Agendamento - Marcação Via Central

Protocolo CERAS:

Local de Atendimento

Nome do Profissional

Endereço

Data e Hora do Comparecimento

Carimbo Assinat. do Resp. pelo Agendamento

Caro Usuário,

Número do Agendamento:

Compareça ao local de atendimento 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.

Só entregue esta ficha e/ou assine quaisquer documentos se for atendido(a).

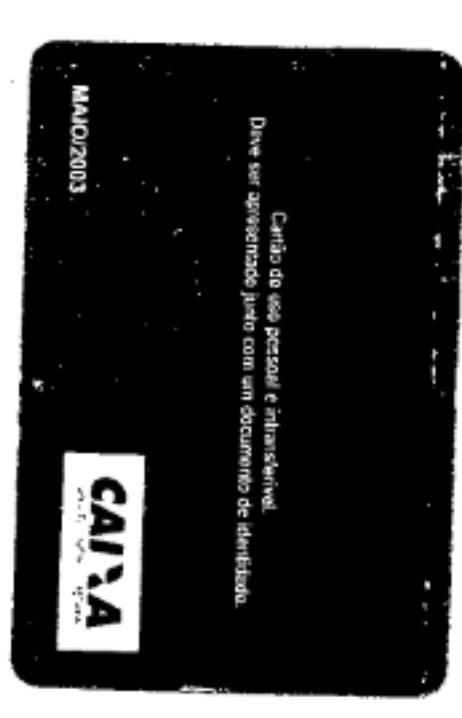
SEGU

06 FEV. 14

DPVA



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



(86) 9449-1960
9441-3502

SÉGURO
06 FEVEREIRO
DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014097588	Cidade: Campo Maior	Natureza: Invalidez
Vítima: ANTONIA EDILENE DE SOUSA	Data do acidente: 24/08/2013	Emissor do parecer: Caroline Sabino do Nascimento
Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A	Prestadora: IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA	CRM do médico: 312915

PARECER

Data da análise: 17/02/2014

Valorização do IML: 0,00

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: POLITRAUMA

Resultados terapêuticos: TTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: ARNALDO KACELNIK

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	% Dimensão	Graduação
Danos não definidos.		
		Valor avaliado: 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014097588**Cidade:** Campo Maior**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ANTONIA EDILENE DE SOUSA **Data do acidente:** 24/08/2013**Emissor do parecer:** Jessica de Oliveira Vidal**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços**CRM do médico:** 6302

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA MÃO ESQUERDA LESÃO LIGAMENTAR EM JOELHO ESQUERDO**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA LEVE LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DOS QUIRODÁCTILOS E LEVE PERDA DE FORÇA DE PREENSÃO PALMAR ESQUERDA. APRESENTA MODERADA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO E MODERADA PERDA DE FORÇA DE EXTENSÃO EM JOELHO ESQUERDO.**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDA A TRATAMENTO ORTOPÉDICO COM COLOCAÇÃO DE ÓRTESE GESSADA POR 40 DIAS. ALTA MEDICA**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 22/02/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 12.825,00**Médico avaliador:** GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR**UF do CRM do médico:** CE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50
Perda funcional completa de uma das mãos	70	1	25

Valor avaliado: 4.050,00

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/03/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA EDILENE DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00248

CONTA: 00000007734-9

Nr. da Autenticação 3C7212FE1BB7532A