

# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 complicação.

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

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

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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 PREENSÃO 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 seqüela 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 enquadramento 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  
CRM/CE - 6302

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



Assinatura do perito examinador - CRM

Assinatura do perito revisor - CRM





**Serviços Técnicos**  
Reguladora de sinistro DPVAT

**ARUANA SEGUROS**

## AVISO DE SINISTRO DPVAT

**Tipo de Sinistro**      Morte ( )      Invalidez ( X )      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	Veic. Identificado	Placa	Tipo de Veículo	Estado
3	1 - Transportado			
	2 - Não transportado	SIM	NIJ-9270	MOTOCICLETA
	3 - motorista			PI

CAMPO MAIOR – PI, 28/01/2014.  
**Local e Data**

Antonia Edilane de Sousa  
**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](http://www.jlreguladora.com.br)



Seguradora Líder - DPVAT

## 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 **COMERCIAL** E RENDA MENSAL DE R\$ **850,50** (\*)

NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO 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:

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](http://www.receita.federal.gov.br));

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

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

BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUI O CÓDIGO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR). CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_

( ) CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 - AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUI O CÓDIGO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR). CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

( ) CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 - AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUI O CÓDIGO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR). CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

( ) CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 - AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUI O CÓDIGO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR). CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

(X) CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 - AGÊNCIA **0248** (INCLUI 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**

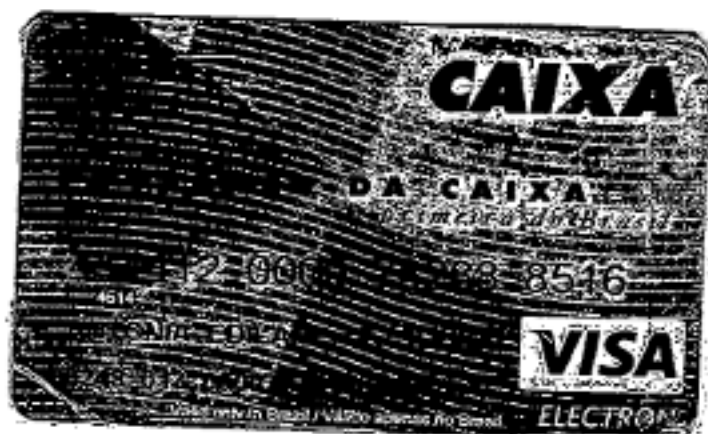
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

*Antonia Edilane de Sousa*

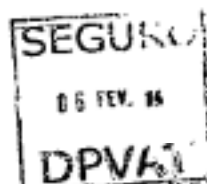
## ATENÇÃO

- 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204



0248 013. 7734-9





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CAMPO MAIOR

Endereço

LOCALIDADE SOSSEGO DOS CORNOS, Nº:

Complemento

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

\*1004026\*

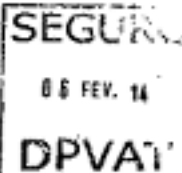


Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Data/Hora

24/08/2013 - 20:00



Ponto de Referência

PI 113 QUE LIGA CAMPO MAIOR À CABECEI

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO PATRICIO PRAZERES JORGE

RG: 3074207 PI

Mãe: ROSA MARIA DOS PRAZERES JORGE

Pai: FRANCISCO DÁRIO JORE

Endereço: RUA TRAVESSA CANUDO, Nº 70

Bairro: SANTA CRUZ

Cidade: CAMPO MAIOR - CEP: 64280-000

Telefone(s): 86-9442-3502

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

Nome: ROSA MARIA DOS PRAZERES JORGE

RG: 1018437 SSP PI

Mãe: ALBERTINA RODRIGUES DOS PRAZERES

Endereço: TRAVESSA URUGAUI, Nº 20

Bairro: FATIMA

Cidade: CAMPO MAIOR - CEP: 64280-000

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA COMPROMISSADA

Nome: ANTONIA EDILANE DE SOUSA

RG: 523413488 SSP PI

Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES DE SOUSA

Pai: ANTONIO BALBINO DE SOUSA

Endereço: RUA PARNAÍBA, Nº 292

Bairro: SÃO JOÃO

Cidade: CAMPO MAIOR

Telefone(s): 86-9402-0306

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA COMPROMISSADA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA 125 FAN

2013 OUA9070

9C2JC4110DR425831

554372312

Vermelha

Condutor: FRANCISCO PATRICIO 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 Cabaceiras do Piauí à Campo Maior na motocicleta de propriedade do Sr. MALISON JOSÉ DA SILVA ALVES, conduzia a Srta. ANTONIA EDILANE DE SOUSA, e nas proximidades da localidade Sossego dos Cornos,

Boletim de Ocorrência emitido em: 20/11/2013 16:47 - SisBO@2011-2013 AT1

Bela Alexandra Santos Silva  
Delegada de Polícia Civil - SSP/PI  
Mot. 270533-8

Página 1/2

foram os 10 pontos os pontos



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 105362.002783/2013-48

zona rural de esta cidade, foi surpreendido por um veículo que trafegava no sentido contrário com luz alta encandeando sua visão e após o veículo passar colidiu-se com uma placa de sinalização da PI-115; QUE, devido essa colisão veio a cair juntamente com sua passageira; QUE, devido essa queda fraturou da patela do joelho direito e fratura do pé direito e grande lesão no couro cabeludo, acima do olho esquerdo; QUE, a passageira sofreu escoriações e forte pancada do ombro direito; QUE, ambos foram socorridos por uma equipe do SAMU e conduzidos ao Hospital Regional de Campo Maior-PI, ficando internado para procedimentos cirúrgicos em torno de vinte e cinco dias."

*Francisco Das Chagas Silva*  
Francisco Das Chagas Silva - Mat. 0095109  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA  
Chefe de Polígrafo  
Mat. 9.308-8

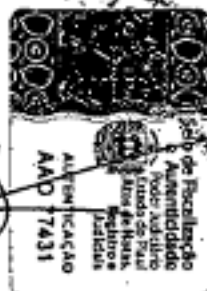
*Francisco Patrício Prazeres Jorge*

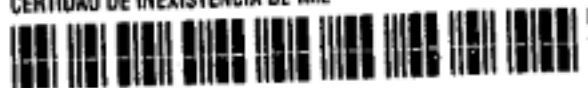
FRANCISCO PATRÍCIO PRAZERES JORGE - Noticiante  
Responsável pela Informação

*Bel. James Guerra Júnior*  
Bel. James Guerra Júnior  
Delegado Geral de Polícia  
Civil do Estado do Piauí  
Mat. 108.617-X

*Bela Alexandra Santos Silva*  
Bela Alexandra Santos Silva  
Delegada de Polícia Civil - SSRPI  
Mat. 270533-8

ANTÔNIO SIMEÃO DE NOTAS  
Bela Alexandra Santos Silva  
Rua Alexandre Camargo, 372  
AUTENTICAÇÃO-Autenticar a seguinte  
cópia, que é reprodução fiel do original  
C. Maior-PI, 05/01/2013





## 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

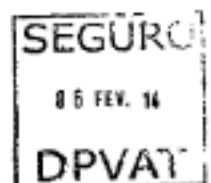
Cidade CAMPO MAIOR, Estado PIAUI, declaro, sob pena da lei, que

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 Líder 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.



Antônia 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

SEGURO

06 FEV. 14

DPVAT

Por ser a expressão da verdade, firmo-me.

Local **CAMPO MAIOR** Data **27/01/2014**

Antonia Edilane de Sousa

Assinatura do declarante

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.040.748/0001-89 (Insc. Fiscal: 14.301.363-5)  
Nota Fiscal / Cópia de Nota Fiscal - SCS B-1  
Regime especial de Imposto de Renda - SCS B-1

Nº da Nota Fiscal: 000976483

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE 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 CONCEIÇÃO ALVES DE SOUSA  
R. PARNAIBA 292 292 B-URBANO

CEP: 64.280-000 - CAMPO MAIOR

ROT: 149 810 18 64 112500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	28157	Atual:	24/12/2013
Anterior:	28070	Anterior:	26/11/2013
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	27/01/2014
Consumo Medido:	87	Emissão:	24/12/2013
Consumo Faturado:	87	Aprovação:	24/12/2013

Forma de Faturamento: NORMAL - Código de Irregularidade: - - - - - Dias de Consumo: 28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classificação: - - - - - Ligar: - - - - - Número Medidor: - - - - - Poste: - - - - - Código Pat: - - - - - Média 12 meses: - - - - -

RESID. BX. RENDA MCNO A140449 1.4.1.1 95

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
NOV/13	103	CONSUMO	30 A R\$ 0,140025 = 4,20
OUT/13	91		57 A R\$ 0,240037 = 13,68
SET/13	118	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	2,95
AGO/13	93	DIFERENÇA DE TARIFA	17,54
JUL/13	94	SUBVENCAO BAIXA RENDA	14,04
JUN/13	100		
MAI/13	88		
ABR/13	98		
MAR/13	90		
FEV/13	82		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
0 A 30 - R\$ 0,140025			
31 A 87 - R\$ 0,240037			

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.  
Parabéns! Até o dia 16/12/2013, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCO 2885.A461.7944.26A6.93FF.C68A.FECA.140C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	13,47	Base de Cálculo:	35,42
Energia:	11,96	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	0,92	Valor do ICMS:	7,08
Encargos:	1,99	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	7,08	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			RIC			DMC	DKR	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Índice	8,85	17,70	35,40	4,35	8,71	17,42	4,82		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Conjunto	CAMPO MAIOR						Período de apuração:	10/2013 R\$:	9,69

SEGURO  
06 FEV. 14  
DPVAT



SECRETARIA  
MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**

**SUS** Sistema  
Único  
de Saúde

**SAMU CAMPO MAIOR**  
**REGISTRO DE OCORRÊNCIA**



Ambulância Acionada: 1258 Data: 29/08/12

Local da Ocorrência: Av. ...

Nome do Paciente: Amélia ...

Sexo: ( ) M (x) F Idade: 80

Saída do P.A. 20:22 Chegada ao Local: 20:41

Saída do Local: 20:55 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                 |   |

**SEGURO**  
08 FEV. 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 80 mmHg  
Pulso -  
Respiração -

**OBSERVAÇÕES:** Paciente consciente, orientada, sem alterações de nível de consciência. Trauma de cabeça com fratura de crânio e hemorragia intracranial. Lesões de pele no tórax e abdômen. Lesões de pele no membro superior direito. Lesões de pele no membro inferior direito. Lesões de pele no membro superior esquerdo. Lesões de pele no membro inferior esquerdo. Lesões de pele no tórax e abdômen. Lesões de pele no membro superior direito. Lesões de pele no membro inferior direito. Lesões de pele no membro superior esquerdo. Lesões de pele no membro inferior esquerdo.

**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: DR. ...

### ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Antonia Edilane de Sousa  
 ENDEREÇO: R. Parnaíba nº 292  
 FILIAÇÃO (MÃE): Maria da Conceição A. Sousa  
 DATA DE NASCIMENTO: 29/02/83  
 RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Nº DO CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_  
 DATA: 24/08/13 HORÁRIO: 21:06 TEL. P/ CONTATO: \_\_\_\_\_

### DESCRIÇÃO DO EXAME CLÍNICO / EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

[illegible]

*KLES*  
- Luis Andre de Silva  
Enfermeiro  
- 31 353 893

Assinatura Médico/ Carimbo

Assinatura do Enfermeiro / Carimbo

Assinatura do Responsável

SEGURO
05 FEB. 14
OPVAT



## 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

*[Assinatura]*  
Presidente

Série - A

00972

### ATESTADO MÉDICO

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

*Dr. Lucio Edilene de Azeite*

RG/CPF \_\_\_\_\_

portador CID \_\_\_\_\_

(autorizado pelo paciente)

*Problemas de saúde desde que  
permaneceu internado no  
Hospital por um período  
de 15 (quinze) dias para  
recuperação*

Marco Antonio Miranda Pereira

CRM 1860

Marco Antonio Miranda Pereira

CRM 1860

CRM

1860

CPF

32667804372

SEGI

06 FEV. 14

DPVA

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

## RECEITUÁRIO

Antônio Edilson de Souza

*med*

1) Cefalexina 500 mg — 28 comp.

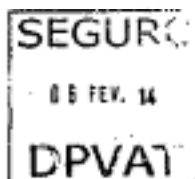
Tomar 1 comp. VO 6/6 h por

7 dias

2) Nimesulida 100 mg — 100

Tomar 1 comp. VO 12/12 h por

5 dias



*Antônio Edilson de Souza*  
Médico  
CRM-MG 6629  
Cadastr. em 02/09

Médico (a)



Carimbo Município Solicitante

## Ficha de Marcação de Consultas / Exames

Procedimento(s) (Em caso de exame solicitar no máximo 3)

ORTOPEDIA

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

Nº do Cadastro SUS

Nome do Paciente (Preencher sem abreviar)

Antonio Edilson de Souza

Nascimento

28/02/83

Idade

50

Sexo

Masc.

Fem.

Documento do Paciente (Tipo, número)

Nome da Mãe

Maurício Antônio A. Silva

Endereço (Logradouro, número)

R. Paineira 292

Bairro

J. João

Complemento

CEP

Município

O. Man

UF

PR

Fone

9402-0306

Dados Clínicos

Transtorno em OT

Data da Solicitação

09/02/13

Carimbo Assinal Médico Solicitante

Dr. Hilton Ferreira de Oliveira

CPF 425.811.000-00

## Protocolo CERAS:

Agendamento - Marcação Via Central

Local de Atendimento

Nome do Profissional

Endereço

Data e Hora do Comparecimento

Carimbo Assinal. 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. 13

DPVA

Sinal Gráfico 06 0322-2533



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8500-1

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE USO CIENTÍFICO

PROIBIDO PLASTIFICAR

*Antonia Edilane de Sousa*

CARTeira de Identificação

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

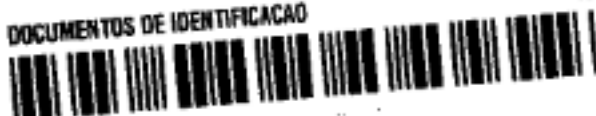
**CPF**

985.914.953-49

ANTONIA EDILANE DE SOUSA

28/02/1983

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



\*1004031

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 52.341.348-8 DATA DE EMISSÃO 14/DEZ/2007

Nome ANTONIA EDILANE DE SOUSA

FILIAÇÃO ANTONIO BALBINO DE SOUSA

E MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES DE SOUSA

ANTONIA EDILANE DE SOUSA

CAMPO MAIOR - PI

DATA DE NASCIMENTO 28/FEV/1983

DOC ORIGINAL CAMPO MAIOR - PI

CAMPO MAIOR

CN: LV.A22 / FLS. 207V/N. 027384

985.914.953/49

ASSINADO EM 14/12/2007

LEI Nº 7.116 DE 2006

MAIO/2003

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identificação.

**CAIXA**

SÉGURO

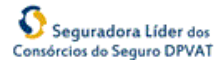
06 FEV. 14

DPVAT

(86) 9449-1960

9441-3502

## 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**Valoração 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**

Danos não definidos.

**% Dimensão Graduação****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 MÉDICA**Sequelae permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO**Sequelae :** 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: 000000007734-9

---

Nr. da Autenticação 3C7212FE1BB7532A