

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190184437**

**Vítima: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO**

**Data do Acidente: 01/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190184437**

**Vítima: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO**

**Data do Acidente: 01/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190184437**      **Vítima: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO**  
**Data do Acidente: 01/11/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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

**Recebedor: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO**

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

Banco: **104**

Agência: **000003827**

Conta: **0000025550-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: **MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO**

Nº Sinistro: **3190184437**  
**MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO**

Data do Acidente: **01/11/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190184437**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) da cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do Registro da ASU:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Mirely da Cruz Batista Condoso

CPF: 053.939.473.48

Número: 0085 Complemento:

CEP: 64430000

Tel.(DDO): (186) 997816008

Prefeitura:

Lamego

Endereço:

Rua Leonidas Melo

Bairro:

Alto da Cruz

Cidade:

Elesbão Veloso

Estado:

Piauí

E-mail:

Recurso - se

CEP:

Tel.(DDO):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

RENDIMENTO:

 RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (selecionar uma das opções): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (selecionar uma das opções):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3827

CONTA: 25550

(Inserir o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e ou em favor a este, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por meio formalizado, fazendo o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento anteriormente mencionado, desde já, eu me submeto à avaliação médica da Unidade de Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 37, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura perícia médica da residência do direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:Gênero da Parceiro(a) com a vítima:  Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tiver filhos, informar quantos:  Vivos  Falecidos Vítima deu à luz (na nascença)?  Sim  Não Vítima deu à luz (na nascença)?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que, na data da morte, estavam em situação de vida, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a perda da cobertura do seguro, bem como a restituição das cotas, da infração do artigo 19º do Código Penal.

Local e Data: São Pedro da Lagoa, 25.08.13

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A FOGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:

PJCORPO  
DE SEGUROS

DPVAT

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ADO, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do laudo traçado constado, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

 Loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

021-513986945-0

21/JAN/2019

HORA DF 12:24:01

LOT: 15.811786-0

TERM: 016551

OCORRÊNCIA: SAO PEDRO DA PIABA

AG. VINCULADA: 3827

CONTROLE: 006269512

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3827 013 08025550-1

MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

VALOR : 154,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO  
DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS.

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

021-513986945-0

1ª VIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000019/2019-07

Unidade de Registro: DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gregório Luiz De Sousa

Data/Hora: 17/01/2019 - 09:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Endereço

RUA ANTONIO MUNDOCA, Nº: S/N

Complemento

Data/Hora

01/11/2018 - 15:00

Bairro

MUTIRÃO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2.749.526 SSP PI

Mãe: MARIA DO AMPARO BATISTA

Pai: RAIMUNDO CARDOSO DO NASCIMENTO

Endereço: RUA LEONIDAS MELO, Nº 2085

Bairro: ALTO DA CRUZ

Cidade: SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-8127-9111

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
07 MAI 2019

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 125 FAN KS

Ano: Placa: Chassi:

2012 ODU0134 9C2JC4110CR547535

Renavam:

00462079023 Cor:

Vermelha

Condutor: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

RG: 2.749.526 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA LEONIDAS MELO Número: 2085 Complemento:

Cidade: SÃO PEDRO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: ALTO DA CRUZ

Proprietário: MARIA DO AMPARO BATISTA

End: AV. LEONIDAS MELO Número: 2085

Cidade: SÃO PEDRO DO PIAUÍ UF: Bairro: ALTO DA CRUZ

RELATO DA OCORRÊNCIA

A noticiante compareceu a esta delegacia de polícia civil, para comunicar um acidente de transito , fato ocorrido na Rua Antonio Mundoca, próximo ao comercial VAgum no Baimo mutirão; relata a noticiante que estava conduzindo sua motocicleta; que ao passar sobre uma sarjeta da via , perdeu o equilíbrio e caiu ; a noticiante relata que ao cair foi levada pela ambulância do hospital de São Pedro, foi examinado pelo médico de plantão e transferida para Teresina no hospital da polícia militar; a noticiante fraturou a tibia esquerda e lesionou o joelho. Diante do exposto pede providencia por parte desta Delegacia de Polícia Civil. Era o Boletim.

Gregório Luiz De Sousa - Mat. 0096920  
AGENTE DE POLÍCIA

Gregório Luiz de  
Sousa  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 009692-0

Mirely Da Cruz Batista Cardoso  
MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO - Noticiante  
Responsável pela Informação





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

660 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000019/2019-07

Delegado de Polícia

Delegado Luiz de Sousa  
Delegacia de Polícia Civil  
Nº. 009692-0

Marily da Cruz Batista Pereira



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) da cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do Registro da ASU:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Mirely da Cruz Batista Condoso

CPF: 053.939.473.48

Prefeitura:

Lameador

Endereço:

Rua Leonidas Melo

Número: 3085

Bairro:

Altô da Cruz

Cidade:

Elesbônio Veloso

Complemento:

Estado:

Pernambuco

CEP: 54430-000

E-mail:

Recurso - se

Tel. (DDD): (86) 99781-6008

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).

RENDIMENTO:

 RECLUSO INFORMAR SEM RENDA ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA.

 CONTA POUPANÇA (selecionar uma das opções): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (selecionar uma das opções):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3827

CONTA:

255530

(Inserir o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e ou em favor a este, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por meio formalizado, fazendo o preenchimento da anexa do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento anexado, constando, desde já, que me submeter à avaliação médica à custa da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 37, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura perícia médica da residência do direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:Gênero da Parceiro(a) com a vítima:  Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tiver filhos, informar quantos:  Vivos  Falecidos Vítima deu à luz (na nascença)?  Sim  Não Vítima deu à luz (na nascença)?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que, na data da morte, estavam casadas com a vítima, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a perda da cobertura do seguro e a não recebimento, além de multa correspondente ao valor da indenização devida. Art. 19º do Código Penal.

Local e Data: São Pedro da Aldeia, 25.08.13

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A FOGO

## TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:

P.JORGE  
DE SEGURÓ

07 MAR 2013

DPVAT

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ADOG, na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do laudo da perícia do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

 Loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

021-513986945-0

21/JAN/2019

HORA DF 12:24:01

LOT: 15.811786-0

TERM: 016551

OCORRÊNCIA: SAO PEDRO DA PIABA

AG. VINCULADA: 3827

CONTROLE: 006269512

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3827 013 08025550-1

MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

VALOR : 154,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO  
DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS.

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

021-513986945-0

1ª VIA

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PRONTUÁRIO: 24376

NOME DO PACIENTE: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

NASC: 29/09/1989

RACA: 099

IDADE: 29 Anos, 1 Mês e 13 Dias.

SEXO: F

TELEFONE MOVEL: (86)32881-244 TELEFONE FIXO: ???

CEP: 64430-000

MUNICIPIO (RESID): SÃO PEDRO DO PIAUÍ

UF: PI ISGE: 2210508

NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO:

UF:

ENDERECO: RUA LEONIDAS MELLO - nº 2085

BAIRRO: ALTO DA CRUZ

CNS: 898000195278749 RG: 2749526 - ORGÃO EMISSOR: SSPPI

04

NOME DO PAI: RAIMUNDO CARDOSO DO NASCIMENTO

NOME DA MÃE: MARIA DO AMPARO BATISTA

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

Acidente de moto seu copilote nego pede  
de coicevaca. Regre dor em joelho (E).  
PD = 80/60 mmHg

EXAMES FÍSICOS:

NPA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

- ① Fimol - 10mp + 100 ml SFC, 9% em leito  
② Ringer lactato scame em aberto (5')

Solicita RX joelho e fêmur (E)



Dra. Amanda Gois  
Médica  
CRM/PI 2030

AMANDA GOIS  
CRM 2030 PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

# 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: 28/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 00000025550-1

---

Nr. da Autenticação 49562E42F7EC6AD1



**COMPANHIA PIRELLA SISTEMAS DE PAPEL**  
Av. Mairiporá, 759 - Centro - SP - 04300-000  
(011) 504.0450 / (011) 503-9311 / fax: 19-3613283-6  
Sexta-Féria / Quarta-Feira Difícil - São Paulo - SP - 01230-000  
E-mail: [compi@compipaper.com.br](mailto:compi@compipaper.com.br)

Punto contiene 0 filas.  
Detalles informe  
selección

SEU-CODIGE  
0212596-0

Wright's Library 015478584

A Revista "Journal of Sustainable Electricity" é TSEEE Foi criada

DEZERTEUR/793X 01/01/2019

01/01/2019

91

62.92

MARIA DO AMPARO BATISTA  
R. LEONIDAS MELO 2085 2085 CENTRO  
CPF: 00024426695368  
CEP: 64.430-000 - SAO PEDRO DO PIAUÍ

DATA DE VENCIMENTO	VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO	VENCIMENTO
Aberto	34453	Aberto	24/12/2018
Aberto	34362	Aberto	26/11/2018
Ampliação de Multiplicador	1.000	Antecipado	22/01/2019
Conselho Monetário	91	Próximo Leilão	21/12/2018
Conselho Monetário	91	Encerrado	24/12/2018
Comunidade Fazendeiros	FCAM	Agronegócios	24/12/2018

NORMAL

DIAZOIC ACID OF CONCHINEOL

**RESID. BIX RENDA** **MONO** **A157189** **1.4.1.1**

DETALHES CONSUMO	VALOR	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
MENSAL CONSUMO			
NOV/18	129	CONSUNO	30 A R\$ 0,297695
OUT/18	129	61 A R\$ 0,510348	= 31,12
SET/18	104	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	6,97
AGO/18	92	DIFERENCA DE TARIFA	34,97
JUL/18	73	SUBVENCAO BAIIXA RENDA	27,85
JUN/18	74	CORRECAO MONETARIA IG 09/18-00	1,43
MAI/18	69	MULTA POR ATRASO 09/18-00	1,14
ABR/18	71	JUROS POR ATRASO 09/18-00	1,22
MAR/18	77	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,06
FEV/18	72		
TOTAL SEM TABELA:			
R\$ 4.70 - 0,510348			
R\$ 4.70 - 0,510348			

**REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFORME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.**  
**LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25**  
Parabéns! Até o dia 21/12/2018, não constatamos faturas **vencidas** nessa Unidade Consumidora.

RESERVATION DE FICHE 8501 DEET 4E06.5E2E.2602.0080.7321.09DE

A rectangular stamp with a double-line border. The text "PJ CORRETORA" is on the top line and "DE SEGUROS" is on the bottom line, both rotated diagonally upwards from left to right. In the center, the date "07 MAR 2019" is printed. Along the bottom edge, the letters "DPVAT" are printed diagonally from left to right.

**TIM**  
**BLACK**

Até o dia 25 de cada mês  
R\$ 139,47  
P. 07/01/2019 - 06/01/2019  
CNPJ: 00.123.456/0001-11

Pagamento de:

**R\$ 139,47**

**VENCIMENTO**

**25/01/2019**

**EMISSÃO: 07/01/2019**

**POSTAGEM: 21/01/2019**

**FATURA: 3649013024**

**MIRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**  
RUA SETE DE SETEMBRO, 244  
INTRO  
6325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

CLIENTE: 1.674.917-73

CPF/CNPJ: 84189402-53

ACesso: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776-14

**IMPORTANTE PARA ADRIANA**

Devido ao seu comportamento excepcionalmente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 25/01/2019, sem cobranças de juros e multa. Consta nessa fatura a cobrança de um débito em sua Conta de Voz 4G para o número 86999993007.

**RESUMO DA SUA CONTA DE 07/DEZ/2018**

Serviços TIM S.A.

VALOR

**Oferto TIM Pós C Plus**

R\$ 139,47

**CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM**

R\$ 5,71

**OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS**

R\$ -6,29

**VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007**

**DETALHES**

O seu plano TIM Pós C Plus (067/PÓS/SMP) oferece:  
**Oferto TIM Pós C Plus (067/PÓS/SMP)**  
 - Oferto TIM Pós C Plus  
 - Acesso à Internet  
 - 10GB de internet  
 - Ilimitado de chamadas e DDD com 41  
 - Ilimitado de Internet para Vídeo  
 - 10 Minutos  
 - 10 Minutos de Vídeo  
 - 10 Minutos de Vídeo 30GB

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	31	07/12 a 06/01	R\$ 139,47
-	9/12	31	07/12 a 06/01		R\$ 6,29
-					R\$ 139,47
10GB	-	1	31	07/12 a 06/01	Internet
Ilimitado	163m36s	1	31	07/12 a 06/01	Internet
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Internet
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Internet
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Internet
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Internet
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Internet
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Internet
-	-	1	31	07/12 a 06/01	Internet

**MAIS DETALHES DA SUA CONTA**

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a  
confortabilidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite  
[www.app.tim.com.br](http://www.app.tim.com.br) do seu celular TIM, Central de Atendimento: 1056

490.000.000.000 ALIQUOTA BASE DE CÁLCULO VALOR FUST: R\$ 0,71  
3% R\$ 107,08 R\$ 32,12 FUNTEL: R\$ 0,56  
100.000.000.000.000 3,65%  
90.000.000.000.000 9,25%  
O valor das taxas (3%) e FUNTEL (0,56%) não são repassados às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviço(s)  
Incluídos no(s) Plano(s):  
Fone(s): R\$ 137,49  
SVA R\$ 52,50  
Desconto(s) Fone(s): R\$ -38,18  
Desconto(s) SVA R\$ -13,82

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

07 MAR 2019

**DPVAT**

**TIM**

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao pedir o débito automático e ainda ganha um bônus de 10% a mais no mês. Para mais informações e condições, entre em [www.tim.com.br](http://www.tim.com.br) ou ligue para o central de atendimento 1056.

**CLIENTE**

**MIRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000009121536776014	JAN/2019	07/01/2019	25/01/2019	R\$ 139,47

81620070003 39470129011-7 00364922324-9 00121536776-2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento** (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouv doris: 0800 021 91 95

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata de prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ARRETA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TÉM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N°9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Souza Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do beneficiário

Mirely da Cruz Batista Condoso inscrito (a) no CPF sob o N° 053.939.413 / 48  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Mirely da Cruz Batista Condoso

Inscrito (a) no CPF sob o N° 053.939.413 / 48, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

**Recusa informar**

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando à cópia do comprovante de residência o endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Sete de Setembro</u>	Número:	<u>244</u>	Complemento:	<u>Centro</u>
Bairros:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Elesbás Veloso</u>	Estado:	<u>Pearná</u>
E-mail:	<u>carladrianasousa@gmail.com</u>	CEP:	<u>64.325.000</u>	Tel.(DDD):	<u>(86) 99984.6008</u>

Local e Data: Elesbás Veloso-Perná - 25.02.2019

Adriana Carla de Souza Silva  
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria do Amparo Batista

RG nº 4873261

Data de expedição 20/07/18

Órgão SSPPI portador do CPF nº 24426695368

Endereço no bairro de São Pedro PI, no Estado do

Piauí, onde reside na Rua/Avanida/Estrada nº 2085

complemento casa. declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é (ão) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Mirely da Cruz B-Cardoso e condutor era

Mirely da Cruz Batista Cardoso

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG 125 FAN KS

Ano: 2012/2012

Placa: ODV 0134

Chassi: GC20CH110CR547535

Data do Acidente: 1º-11-2018-São Pedro - PI

Lugar e Data:

Maria do Amparo Batista

(Assinatura do Declarante)

Mirely da Cruz Batista Cardoso

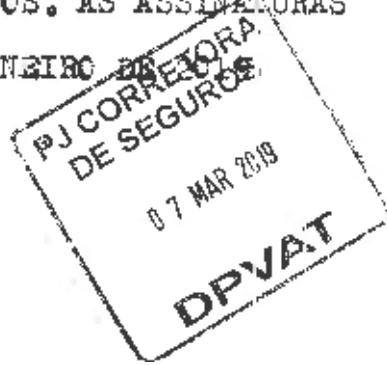
(Assinatura do Condutor) (caso seja um terceiro que não a vítima realmente do sinistro)

RECONHEÇO AS, DIGO? RECONHEÇO COMO VERDADEIRAS AS FIRMAS DE:  
MARIA DO AMPARO BATISTA e MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO,  
TENDO AS MESMAS COMPARECIDAS EM CARTÓRIO, APRESENTABAM IDENTI-  
DADES E CPF'S, FCI FEITO CARTÃO DE AUTOGRAFOS. AS ASSINATURAS  
APOSTAS NO DOCUMENTO SÃO AUTÉNTICAS.

SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI, 04 DE JANEIRO DE

WILSON BARBOSA PEREIRA

TABELIÃO.



CARTÓRIO DO TÓPIO

Wilson Barbosa Pereira

Ofício

São Pedro do Piauí-PI

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PRONTUÁRIO: 24376

NOME DO PACIENTE: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

NASC: 19/09/1989

RACA: 099

IDADE: 29 Anos, 1 Mês e 13 Dias.

SEXO: F

TELEFONE MÓVEL: (86)32801-244 TELFONE FIXO: ???

CEP: 64430-000

MUNICIPIO (RESID): SÃO PEDRO DO PIAUÍ

UF: PI SIGE: 2210508

NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A)

MUNICIPIO NASCIMENTO:

UF:

ENDERECO: RUA LEONIDAS MELLO - n° 2085

BAIRRO: ALTO DA CRUZ

CNS: 098600195278749 RG: 2749526 - ÓRGÃO EMISSOR: SSPPI

AI

NOME DO PAI: RAIMUNDO CARDOSO DO NASCIMENTO

NOME DA MÃE: MARIA DO AMPARO BATISTA

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

Acidente de moto seu copilote negro pede  
de coiso/verba. Regre dor em jolho (E)  
PB = 80/60 mmHg

EXAMES FÍSICOS:

APN

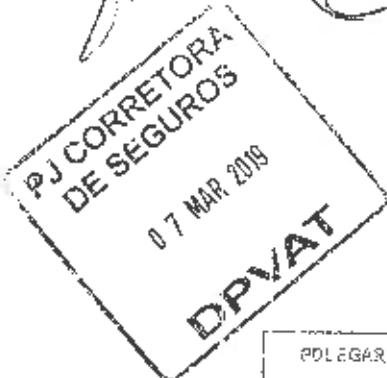
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

① Tramadol - 100 mg + 100 ml sfo, 9% e leito

② Rx gás lactato saudável e aberto (15%)

Solicita RX jolho e fúner (E)



POLIGAR

Dra. Amanda Gois  
Médica  
CRM 7030 PI  


AMANDA GOIS  
CRM 7030 PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Contato: hospital@saopedro.pi.gov.br  
www.saopedropiaui.pi.gov.br



**CONSULTÓRIO MÉDICO**  
**CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES LABORATORIAIS**  
**RUA LEÔNIDAS MELO, 2218 - BAIRRO ALTO DA CRUZ**  
**SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI - FONE: 9 8127-8610**



**RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL )**

ATENÇÃO : A FINALIDADE DESTE RELATÓRIO É AGILIZAR A AVALIAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE, NÃO SENDO OBRIGATÓRIA A SUA APRESENTAÇÃO.

**NOME COMPLETO DA VITIMA**

Mirelton da Cruz Batista Cardoso

**NUMERO DO SINISTRO**

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO ( DE PRÓPRIO PUNHO )**

**DATA DO PACIENTE**

01.11.18

**DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO**

**NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO**

Oziel Batista Barbosa Lima

**LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE :**

Fratura facial distal da fibula esquerda

**DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)**

Procedimento cirúrgico - com colo crico deslocado

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE ?  SIM  NÃO  
EM CASO POSITIVO DESCREVER

**COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE :**

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO

A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.  
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificando o seguimento ou órgão atingido)

**SEGMENTO ANATOMICO OU ÓRGÃO AFETADO**

1º Queda de ferro

6 faixa metálica de ferro

2º Coluna

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
01 MAR 2018  
CP 417

3º

4º

5º

AFIRO QUE ASSISTI E/OU AVALEI A VITIMA NO PERÍODO DE 01.11.18 A 11.12.18, E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL

DATA

OZIEL CARVALHO  
CRM 241400  
ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA

## CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CEFIH

## SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA 01/11/18 HORA: 18:00 Nº DOTELEFONE: 3280 - 1244

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro MUNICÍPIO: São Pedro do Piauí  
 MÉDICO: Amonilda Góes Souza CRM: 7030

## NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

Obstetrícia  Trauma  Clínico  Cirúrgica  Pediatria  Outro Ortopédico

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Mirilly da Cruz Botelho Coimbra

Data de Nascimento 13/09/89 Idade: 29 anos Sexo:  Masculino  Feminino

CPF \_\_\_\_\_ Cartão Nacional de Saúde 898 000195272749

Município de Procedência São Pedro - PI

HDA: Vítima de acidente de moto há 4h sentiu dor em MIE, realizado RX e evidenciado fratura

HD: Fratura aberta distal de fibula (E) CID: \_\_\_\_\_

ESCALA DE GLASGOW: 15

## ABERTURA OCULAR

- Espontânea
- Comandos
- À dor
- Nenhuma

## RESPOSTA VERBAL

- Orientado
- Confusa
- Palavras inapropriadas
- Palavras incompreensíveis
- Nenhuma

## RESPOSTA MOTORA

- Obedece a comandos
- Localiza dor
- Movimento de retrada
- Flexão anormal
- Extensão anormal
- Nenhuma

## SINAIS VITAIS

Tax. \_\_\_\_ °C P: \_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_ mrm PA: \_\_\_\_ mmHg Sat O<sub>2</sub>: \_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_ mg/dl

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

- Oxigênio Hidratação Venosa Ruagi locto
- Aspiração Medicação (especificar) Trombol
- Curativo ( ) Outros:

## EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Ras X MFE

PJ CORRETORA DE SEGUROS  
RGPM 105198-03-21 Mat. 14495-9  
União Siderurgica-Tecnic

01 MAR 2018

REVAT  
Handasor  
Médico  
HPM

Assinatura e carimbo do Médico

## HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM

Clinica/Posto: \_\_\_\_\_

Senha: 20181101077736



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



Confere com o(a) original c  
foi apresentado(a) e cou fe

Em, 11/01/19

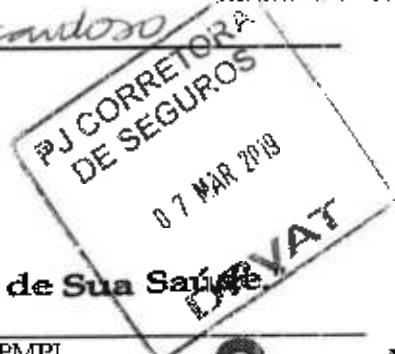
Setor do Arquivo Técnico da PM

Luis Henrique Vasconcelos Paixão / TEN PM  
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI  
RG: 10519819-1-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Mirely da Cruz Batista condoso

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 426616/18

Obs: Não fornecemos 2ª via.



HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

**Piauí**  
GOVERNO DO  
ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMPI  
Av. Higino Cunha, N° 1642 – Bairro Ilhotas – Teresina-PI  
CEP 64.014-220  
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

**Saúde**  
Secretaria do Estado

Luis Henrique Vasconcelos Paixão / TEN PM  
RGPM 1.0519819-1-2 Mat. 14495-9  
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

**ESTABELECIMENTO SOLICITANTE**  
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

**ESTABELECIMENTO EXECUTANTE**  
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES  
2323451

CNES  
2323451

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898000195278749	MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO	19/09/1989	F	07
DOCUMENTO	CPF TELEFONE NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
05393947348	MARIA DO AMPARO BATISTA	MARIA DO AMPARO BATISTA		
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NÚMERO / LOTE		
64430000		2085		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
CENTRO		SAO PEDRO DO PIAU	PI	

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUI COM DOR EM MEMBRO ESQUERDO, REALIZADO RX EVIDENCIANDO FRATURA FECHADA DISTAL E FÍBULA ESQUERDA.

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO  
AS INFORMACOES ACIMA CONTIDAS NA TRANSFERENCIA.PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)  
RX

## INFORMACOES COMPLEMENTARES

Lub-Henrique F. Fonseca Reg 1º TEPMP  
Reg. 105198193-2 Mat. 14455-9

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL  
S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIACID 10  
SECUNDÁRIOCID 10 CAUSAS  
ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

## LEITO/CLINICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (FEMININO)

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

## CARATER

URGENCIA

DATA  
SOLICITAÇÃO  
01/11/2018DATA ADMISSÃO  
01/11/2018 21:37DATA ALTA  
08/11/2018 13:29MOTIVO ALTA  
MELHORADODANILO DA SILVA LEITE  
CRM: 00350606382

CRM:

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CB/NATUREZA DA LESÃO
---------------	--------------------	---------------	--------------------------	-----------------	-------------------------

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

## AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA		
TANIA MOREIRA AREA LEAO CRM: 47061359315	DATA ANALISE: 12/11/2018 15:12:20	CRM:	DATA ANALISE

## ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

2 - CNES

2323451

Atendimento

3 - Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE

4 - CNES

2323451

822458

## Identificação do Paciente

5 - Nome: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

6 - Prontuário: 426616

7 - CNS: 708104874878910

8 - Nascimento: 19/09/1988

9 - Sexo: F CPF:

11 - Mae: MARIA DO AMPARO BATISTA

12 - Fone: 86-9.8134188

13 - Resp:

14 - Cor: Parda

15 - Ender: RUA LEONIDAS MELO

2085 CENTRO

19 - CEP: 64430-000

16 - Munic: SAO PEDRO DO PIAUI

17 - Cod. IBGE: 221050

18 - UF: PI

RG: 27495-26

## Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

*Dores, Inchaços, vermelhidão*

Luis Antônio Viscocchia Reis - TENPH  
RG/PV 105-98-932 Mat. 24195-9  
Praça do Sol, 300 Centro - Rio Branco

21 - Condições que justificam a Internação:

*Internamento emergencial*

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultado de Exames Realizados)

*IX + EF*

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S821

25 - Cid Sec.:

26 - Cid C.Ass.:

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

## Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced. 27 - Procedimento Solicitado:

040805051 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

Tempo SUS  
329 - Clínica:  
POSTO I

30 - Carater:

Ident:

31 - Documento:

32 Doc. Med. Solic.  
CPF 1677869984133 - Nome Profissional / Assistente  
LEANDRO PONCE LEAL34 - Data de Solicitação:  
13/11/2018

38 - Ass. C. Ass. / Empregador / Méd. Substituto

## Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - ( ) Acidente de Trânsito.

39 - CNPJ Seguradora:

42 - Nº. Bilhete:

41 - Série

37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico.

42 - CNPJ Empresa:

43 - CNAE. Empresa

44 - CBOR.

38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajeto.

46 - Vinculo com a Previdência. ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado.

## Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Data Autorização

2011/18

48 - Documento

49 - Num. Documento

*Leandro Ponce Leal*  
Assinatura: 13/11/2018  
CNPJ: 16778699841  
CPF: 16778699841  
RG: 27495-26

61 - Assinatura Paciente ou Responsável:

*Maria do Amparo Batista*

Assinatura: 13/11/2018  
Nome: MARIA DO AMPARO BATISTA  
Cargo: Paciente  
Consulta SUS: 14:38:51  
Impresso: 14:38:51



**Polícia Militar do Piauí**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**



**FOLHA DE INTERNAÇÃO**

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM  NÃO

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM  NÃO

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

**FICHA DE PRONTUÁRIO**

10/11/2018

Nome: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

Pront.: 428816

Nasc.: 19/08/1989 Sexo: F

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 822458

Enfermaria: POSTO I

ENF 112 LEITO

Leito: 12

Pai:

Mãe: MARIA DO AMPARO BATISTA

RG: 2749526

Residência:

RUA LEONIDAS MELO

Nr: 2085

Cep: 64430000

Bairro: CENTRO

Cidade: SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Telefone: 86 - 98134188

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

*[Handwritten signature]*  
Luis Henrique Vaz de Melo Neto 1º TEN PM  
RGPM 015198-93-27 Mat. 14105-9  
Tele: 066 do Núcleo Teuto

**DIAGNÓSTICO**

Provisão:

CID S821

Principal:

CID

Procedimento:

Sintomas e Sinais Principais

Causa Médica

Histó - Patológico.

**TRATAMENTO**

Tipo:

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- Nenhuma
- Médico
- Cirurgia
- Médico Cirúrgico

- Nenhuma
- Médico
- Cirurgia
- Médico Cirúrgico

**DURAÇÃO**

Data/Hora de Internação  
13/11/2018 14:37:44

Data da Alta:  
08/11/2018

Data da Hospitalização:  
/ /

**ALTA**

Salda

Transferência

Óbito

- Curado
- Melhorado
- Inalterado
- A Pedido
- Internação p/ Diagnóstico

- Divisão Médica
- Por Indisciplina
- Evasão
- P. Ambulatório

- Fisiologia
- Psiquiatria
- Outros

- Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
- Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
- Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE \_\_\_\_\_

Assinatura: *[Signature]*

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520  
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI . CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC 035.372-8

# FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE N/HOSPITAL

SIM  NÃO

IDEN N/OUTROS HOSPITAIS

SIM  NÃO

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

## FICHA DE PRONTUÁRIO

TE 01/11/18

Nº

Mirely da Cruz Batista Gaudoso

Data Nasc. 19.09.1989 Sess. F Cód. Civil Reg. Profissão

Gênero de Dependência

Categoría Naturalidade Piauiense

Mat. INAMPS outros

Residência (Rua, Av, Etc.) Rua Joaquim das Melo

Nº 3085 Bairro Alto Guara

Morada Raimundo Gaudoso do Nascimento

Naturalidade

Mae Maria do Amparo Batista

Segurado

CP.

Residência (Rua, Av, Etc.)

Nº Barro

Histórico Clínico Registro as palavras do Doente e todos os Achados de Exam. a Que Foi Submetido

Paciente vítima de acidente motociclistico, apresentar dor em perna E. Nega comorbidades, nenhuma alergia.

Luis Henrique Viegas Melo Res. 1º TEN PM  
RQPM 1/0198 93-21 Vat 14495-9  
IEF 11/SP 36 Anulado leonar

## DIAGNÓSTICO

Provisório

**Fratura de extremidade distal da tibia**

CID

Principal

CID

Procedimento

Sintomas e Sinais Principais

Paciente anestésica, cianótica, ativa,  
ACP: fisiológica. FC: 75 bpm STO<sub>2</sub> 96%

Causa Médica

Histo - Patológico

## TRATAMENTO

Tipo

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia

- Nenhuma
- Médico
- Cirurgia
- Médico Cirúrgico

Principal

Acessório

Eficácia

Ineficaz

Prejudicial

Não Avalista

## DURAÇÃO

Data da Internação

Hora

Data da alta

Hora

Data de Hospitalização

## ALTA

SADIA

Transferência

Óbito

- Curado
- Divisão Médica
- Melhorado
- Por Indisciplina
- Inabilitado
- Evasão
- A pedito
- P. Ambulatório

- Fisiologia
- Psiquiatria
- Outros

- Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico.
- Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico.
- Ocorrido após 48 horas de internação.

Motivação pt Diagnóstico

ASSINATURA

gracilis  
Medica  
2018-11-21

(Medicar assinatura).



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
PÓLICIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 06/01/19  
Nº DO PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_  
CÓD DA CIRURGIA: \_\_\_\_\_  
SALA: 19

Descrição da Cirurgia:

paciente com 294 nos regentes.  
Afibriloso, emagrecido, com aspecto extre-  
mamente ótimo - ótima  
fórmula - pressão de pele ótima  
sem nódulos  
moleza - pressão de pele normal  
coração comum  
estômico  
cânulas - ótima

Luis Henrique Vazconcelos Ribeiro 1º TEN PM  
RGPM 135198193-2 Mat. 14495-9  
Méd. J. S. J. Arjum Térrea

Cirurgia: Fract. plato tibial ( )

Cirurgião: Dr. Domílio (1827)

1º Auxiliar: \_\_\_\_\_

2º Auxiliar: \_\_\_\_\_

3º Auxiliar: \_\_\_\_\_

Instrumentador: *A. M. / do*

Circulante: *José de Jesus Machado*

Auxiliar de Enfermagem:  
CORONEL 16.234



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**  
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

**Nº ORDEM.....:** 128250  
**NOME.....:** MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO  
**MÉDICO SOLIC:**  
**DATA LAUDO...:** 29/11/2018  
**CONVÊNIO:** INTERNO

**DATA REALIZ:** 08/11/2018  
**IDADE:** 29 anos  
**CRM:** -PI  
**CÓDIGO:** 40597

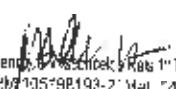
**RX JOELHO ESQUERDO**

O estudo radiológico do fêmur esquerdo realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Presença de fratura cominutiva comprometendo a superfície articular ao nível do platô tibial, fixada com placa e parafusos metálicos.
- ▷ Fratura na extremidade proximal da fibula.
- ▷ Redução do espaço articular fêmoro-tibial.
- Espaço fêmoro-patelar preservado.
- Aumento de partes moles.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

**Controle ortopédico de fratura no joelho.**

  
 Luis Henrique Fontenele Gomes 1º TEP PM  
 RGPM 105-98193-2 / Mat 74495-0  
 Unidade de Serviços de Atendimento Técnico

  
**IVAN FONTENELE GOMES**  
 CRM-2426-PI

Av. Higino Coimbra, 1642 – Inhotim – Teresina/PI  
 CEP 64014-220 – CNPJ 07.444.169/0002-28

Telefone: (86) 3227-6265  
 Fax: (86) 3218-1520



**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
PÓLICIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

BOLETIM DE ANESTESIA

NAME: Maria da C. de J. Batista Corrêa Unidade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ ASA: \_\_\_\_\_  
PROCEDIMENTO: Portaria Tumoral Sist. Apt/Enf e Letras: \_\_\_\_\_  
CIRURGÃO: Paulo Lobo AUX: \_\_\_\_\_ ANEST: Luis ANESTESIA: Enxagu  
INSTR: Batista CIRG: Stefani INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ SALA: \_\_\_\_\_  
P.A. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ Creatina: \_\_\_\_\_ Respir: \_\_\_\_\_

AUTOM. INHALADORES	OXIGENIO	SEQUÊNCIA
	1	
	2	
REPORTADO NTE	3F 3F 300 300	
SaO <sub>2</sub> (%)	100 100 100 100	
E.C.G.		
EtCO <sub>2</sub> (mmHg)		
MONITORIZAÇÃO	# 380 360 340 320 300 280 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0	(Defazolin Oxforadren Dafra 4 g Citalafil 2 g Glycione 2 g
X INÍCIO FIM UMA ANESTÉSICOS PA. E PA. MÉDIA - FREQUÊNCIA CARDÍACA A PA. SISTÓLICA		
FENOTERATINA		
DIURESE (ml)		14:15 12.3 DURAÇÃO

Tantra Anatomie

## HADUFANESTESIA

Comentários Adicionais: ASSAPSIA e ANTI-SEPSIA: Pura  
ver 24-3 PARA MENTIRANAS PRINCIPALMENTE 276  
nos sanguíneos claramente nos 194 e  
nos ócios que possam ser benéficos em 18.

MONITOREAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> Capnômetro	<input type="checkbox"/>		
SISTEMA DE ALARME	<input checked="" type="checkbox"/> PAMI	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>		
REFERÊNCIA	Ritmo	Timel.	Início	Fim	Tempo
	Oxigênio	1			
N <sub>2</sub> O	1				
Ar Medic.	1				

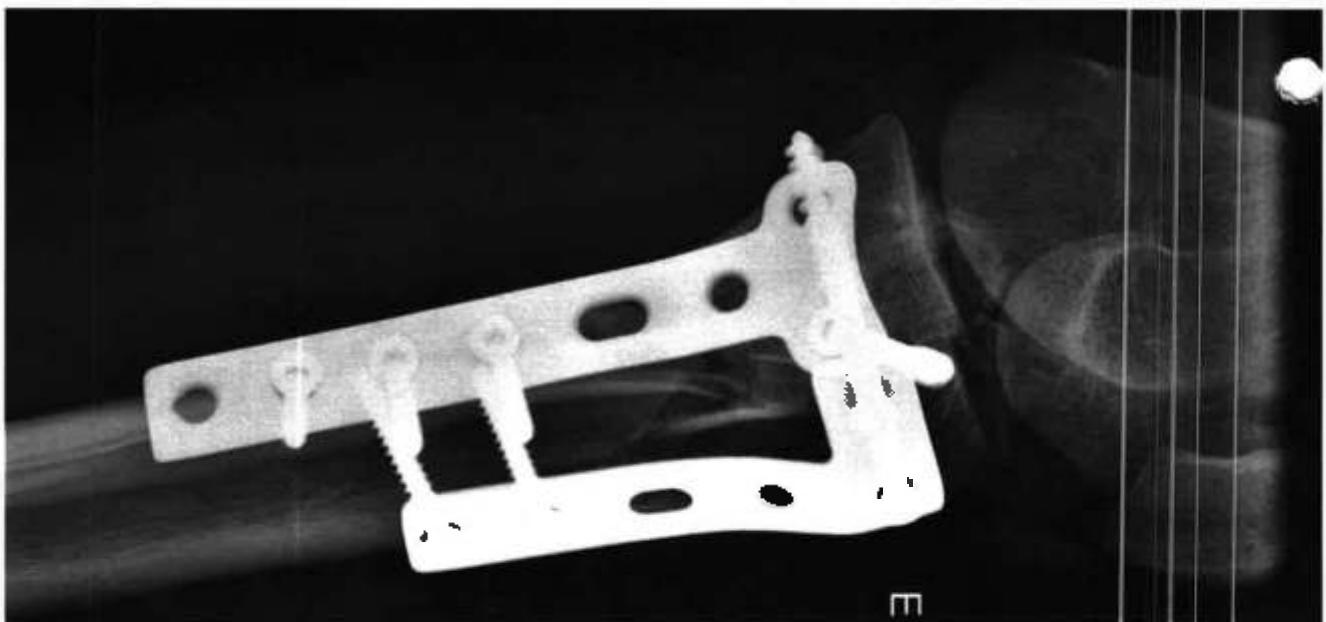
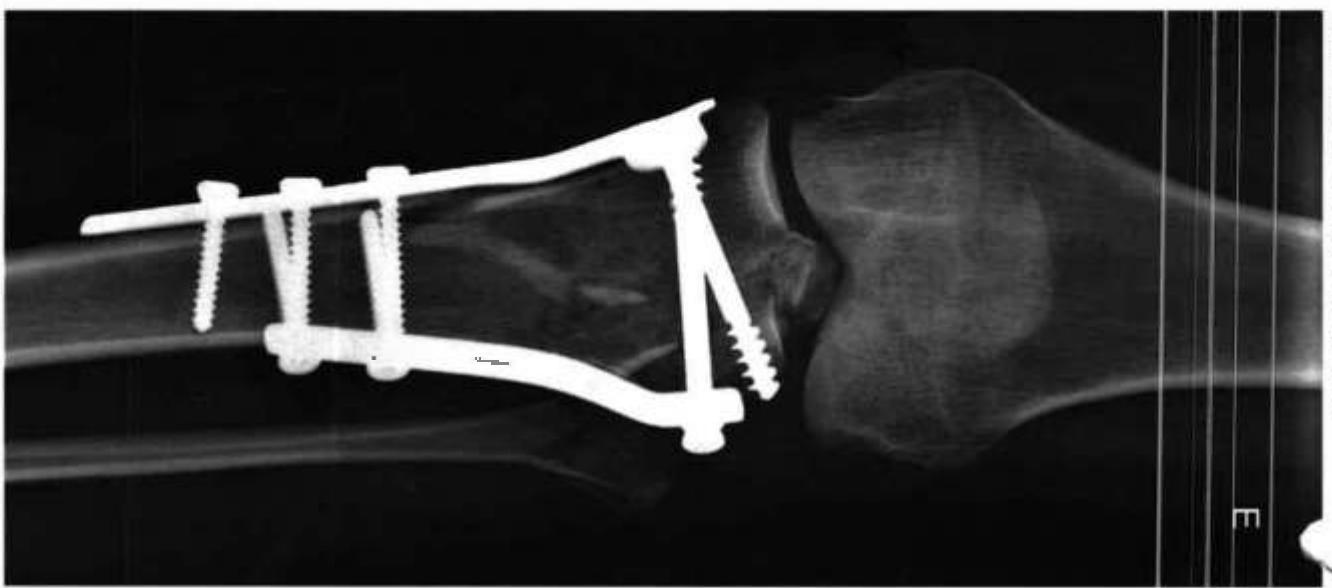
#### Medicamentos Utilizados

Adrenálina	Amp	Dolatâns	Amp	Midazolam	Ft	Propofol	ml
Água dest. 10ml	Amp	Droperidol	Amp	Metronidazol	Fr	Ranitidina	Amp
Atropina	Amp	Etoril	Amp	Necocaina Pca 0,5%	Amp	Quelolin	Amp
Bextra	Amp	Efradol	Amp	Narcam	Amp	Quetamina	ml
Bromoprida	Amp	Enflurano	ml	Novabupr 0,5%	Fr	Remimantenil	Fr
Cefazolina 1g	Fr	Fentanil	ml	Nubain	Amp	Ranigac-Lietado	Fr
Cefotolina	Fr	Fentanil (S/C)	Amp	Necocaina 1%	V Fr	S. Fisiolog. 0,5%	ml Fr
Ciprofloxacin	Fr	Holotano	ml	Necocaina 0,5% isobar.	Amp	S. Glicorato 5%	ml Fr
Cloridrín	Amp	Hidrocortisona	ml	Nestimigmina	Amp	Scalp N°	Und
Colistida I	Fr	Isoflurano	ml	Omeprazol	Fr	Tracur	Amp
Dexametazona	Amp	Jelco n°	Und	Ondasetsone	Amp	Tilitil	Fr
Diazepam	Amp	Lidocaina	% V Fr	Polidol Cef.	Fr	Tloental	Fr
Diflumor	mg	Metoclopramida	Amp	Pancuronio	Amp		
Dipirona	Amp	Manitol	Fr	Profenid	Fr		

**Dr. Lívio Lima Verde**  
Médico-Anestesiologista  
CRM-PI: 14556

ID: INT. 06 85511718  
Paciente: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO  
Idade: 023Y  
Sexo: F

Luis Fernando Vásquez de los Ríos "TEN RÍOS"  
RG PM 104199193-21/Mal 14495-9  
Chefe do Serviço de Informações Técnicas





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 128234  
PACIENTE: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO  
NOME DA MÃE: MARIA DO AMPARO BATISTA  
DATA DO NASCIMENTO: 19/09/1989  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 13/11/2018  
DATA DO LAUDO: 27/11/2018  
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura completa, desalinhada, cominutiva, com extensão articular na tibia proximal.

Fratura completa, desalinhada, na cabeça da fibula.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Densificação de partes moles suprapatelares, podendo estar relacionada a derrame articular.

Luis Henrique Macêdo Res 1º TENT PM  
CRM: 105193193-2 Mat: 14495-9  
Chefe: 1º Sargento Arquim Leitão

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura completa, desalinhada, cominutiva, com extensão articular na tibia proximal.

Fratura completa, desalinhada, na cabeça da fibula.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Densificação de partes moles suprapatelares, podendo estar relacionada a derrame articular.

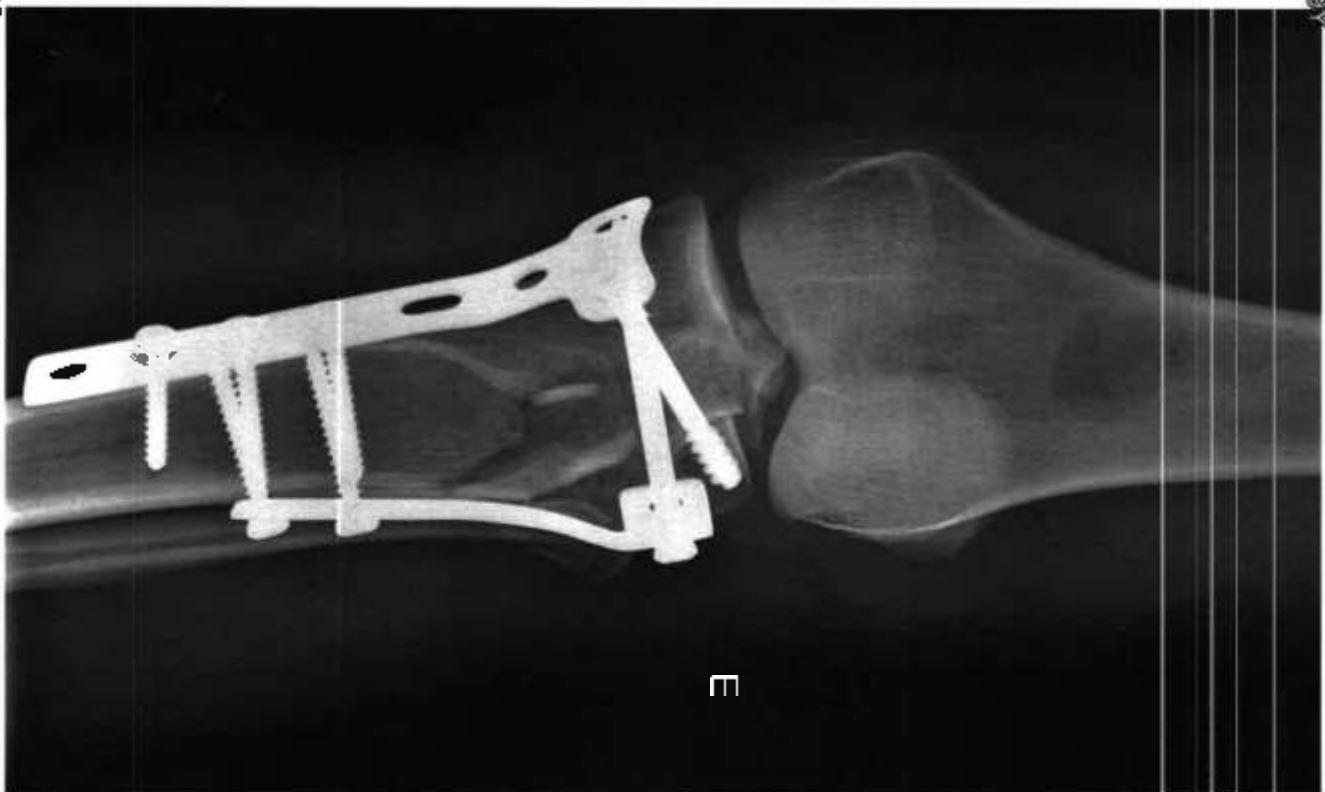
\*Correlacionar com dados clínicos.



NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA  
CRM: 3326

ID: 122850  
Patient: MIRELY DACRUZ BATISTA CARDOSO  
Idade: 029Y  
Sexo: F

Hora: 12:08  
Exame: 08/11/2018



*[Handwritten signature]*  
Luis Henrique da Cruz Batista Cardoso 17 EN PM  
RG/M 105198193-21 Mat 144959  
Natal - Rio Grande do Norte/Temico

HFM





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**  
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

**Nº ORDEM.....: 128223****NOME.....: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO****MÉDICO SOLIC:****DATA LAUDO...: 29/11/2018****CONVÊNIO: INTERNO****DATA REALIZ: 06/11/2018****IDADE: 29 anos****CRM: -P1****CÓDIGO: 40597****RX JOELHO ESQUERDO**

O estudo radiológico do joelho esquerdo realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Presença de fratura cominutiva no platô tibial, comprometendo a superfície articular, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Fratura na extremidade proximal da fíbula.
- Redução do espaço articular fêmoro-tibial.
- Espaço fêmoro-patelar com avaliação prejudicada.
- Aumento de partes moles.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

**Controle ortopédico de fraturas no joelho.**

  
Luis Henrique Fontenele Gomes Reg. 1º TEN PM  
RG PM 105198 193-21 Mat. 14406-9  
Quarto de Sargento do Núcleo Tático

  
**IVAN FONTENELE GOMES**  
CRM-2426-PI

Av. Higino Coimbra, 1642 – Inhotim – Teresina/PI  
CEP 64014-220 – CNPJ 07.444.109/0002-26

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1620

## COMPROVANTE DE REGULACAO

<b>AUTORIZAÇÃO:</b> 411461826	<b>Nº REGULAÇÃO:</b> 47927	<b>TIPO:</b> EXAME EM HOSPITAL
<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b>	2323451 - HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM - (86) 3216-1520	
<b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b>	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
<b>LEITO:</b>	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	
<b>PACIENTE:</b> MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO	<b>NASCIMENTO:</b> 19/05/1989	

## DADOS CLÍNICOS

## HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE COM FRATURA COMUNITIVA PLATO TIBIAL, NECESSITANDO REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA JOELHO ESQ. PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO.

## PROVAS DIAGNÓSTICAS:

## EXAMES SOLICITADOS:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

## DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

## COMORBIDADE:

<b>PRESSAO ARTERIAL:</b>	120x80(mmHg)	<b>FREQ. CARDIACA:</b>	70bpm	<b>SATURAÇÃO:</b>	<b>FREQ. RESPIRATORIA:</b>	20rpm
<b>GLICEMIA:</b>		<b>NIVEL DE CONSCIÊNCIA:</b>	15	<b>USO DE O2:</b>		

## USO DROGAS VASOATIVAS:

## USO ANTIBIÓTICOS:

## USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

TILOTRIL/ANITIDINADIPIRONA/DRAMADOL/SILATIL

**DATA:** 05/11/2018 11:46:12

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Darlene G/  
Carimbo  
Carimbo 05/11/2018



ID: INT. 04 05/11/2018  
Paciente: MARLEY DA CRUZ BAHIA CARDOSO  
Idade: 020Y  
Sexo: F

Hora: 09:53  
Data: 05/11/2018



Luis Henrique Macopackis Ribeiro TEN PM  
RGPA 105198-93-21 M:II 14495-9  
net - o Selo do Arquivo Técnico

HJM



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

11 JUN 2019

DPVAT

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ  
Av. Presidente Vargas, s/n - Centro - SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI  
CNPJ: 06.554.810/0005-08

RECEITUÁRIO

ite, Nirdy da Cruz Batista Cardoso

Lando, 16/04/2019

Paciente apresenta sintomas de oradura de plato tibial  
completa. Submetido a procedimento cirúrgico (osteosíntese  
de plato tibial medial e lateral) evoluindo com dores e edemas re-  
correntes. Refere dor incapacitante para o trabalho. Sugere afas-  
tamento do trabalho por um período de 180 (cento e oitenta)  
dias para tratamento e recupera-  
ção.

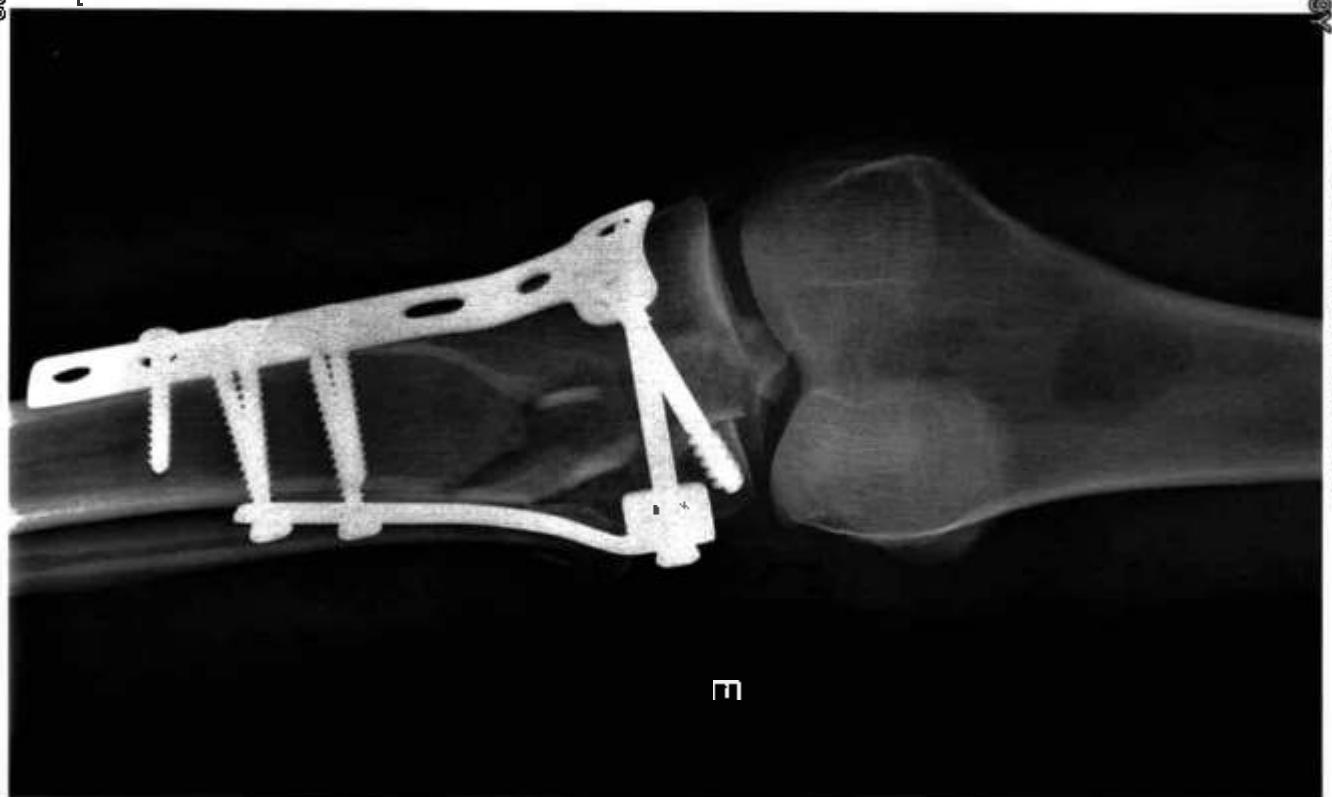
(FD-582)

Dr. Eliton Rocha  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PI 7466 - CRF-PI 507  
SAC: 010-13178

26 ABR. 2019

VOLTANDO A CONSULTA QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA.

ID: 128250  
Paciente: MIRELY DA CRUZ-BATISTA CARDOSO  
Idade: 029Y  
Sexo: F



HPM

Luis Henrique Vassouras e others © TEN PIA  
RGV 105198193-2 Mat 14495-9  
Fotografia Série de Rápios Técnicos



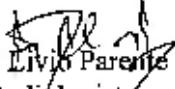
Hora: 12:06  
Exame: 02/12/2013

Cliente: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO Idade: 29 anos  
Convênio: PRÓ SAÚDE Sexo: FEM  
Solicitante: Dr. MEDICO NÃO DEFINIDO Data: 29/05/2019 10:23:00  
Código: 370975.01

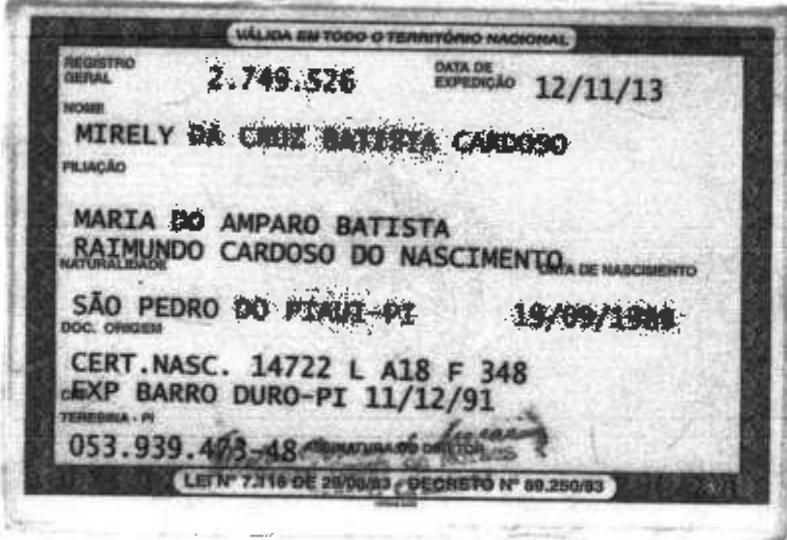
## RX DO JOELHO ESQUERDO

O estudo radiológico com Imagem digital FCR de alta resolução, nas incidências ântero-posterior e perfil demonstra:

- Osteossíntese cirúrgica através placa e parafusos metálicos de fratura ao nível do terço proximal do rádio. Bom alinhamento ósseo em fratura em fase de consolidação.
  - Restante da estrutura osteoarticular visualizada sem alterações.
  - Partes moles radiologicamente normais.
- Estudo radiológico para controle evolutivo pós-cirúrgico.



Dr. Lívio Parente  
Radiologista  
CRM 213- PI





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PI		Nº 011670297521	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	RNFRC	EXERCÍCIO
1	00462079023		2015
MARIA DO AMPARO BARBOSA			
***** ***** ***** ***** *****			
CPF/CNPJ	PLACA		
24426695368	ODV-0134		
PLACA ANT/NUV	CHASSI		
9C2JC4110CR547535			
TIPO DE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLO/NEHUMA	GASOLINA		
MARCA/MODELO	ANO EAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 125 FAN KS	2012	2012	
CAP/POV/CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
029/032400	PARTIC	VERMELHA	
I P V A	COTA UNICA FAZCA IPVA PARCELAMENTO/COTAS	VENC. COTA UNICA 1º IPVA 2º 3º PAGO 00000000	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOP (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO	
SEGURADO	EADCO		
OBSERVAÇÕES: PBT: 000.29 SEM RESTRIÇÕES			
LOCAL	DATA		
SÃO PEDRO DO PINH	24/02/2016		

MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE JAU-POR-SIG CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº: 011670297521 BILHETE DE SEGURO DPVAT

24426695368 ODV-0134 2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.detransegurodotravel.com.br](http://www.detransegurodotravel.com.br)

SAC DPVAT 0800 021 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 24/02/2016

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	24426695368	ODV-0134
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00462079023	HONDA/CG 125 FAN KS	
ABTO/FABR.	CHASSI	
2012	9C2JC4110CR547535	

PRÉMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	VALOR DO SEGURO (R\$)
129,03	014,33	143,36
DUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	VALOR DA PAG. SEGURO (R\$)
004,15	001,10	002,01
X COTA UNICA	PARCELA IG	DATA DE QUITAÇÃO
		12/11/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.888/0001-04

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

07 MAR 2019

DPVAT

DEZ-2016

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190184437      **Cidade:** São Pedro do Piauí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO      **Data do acidente:** 01/11/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

**Descrição do exame** AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 80º) **físico:** DO JOELHO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM FEVEREIRO DE 2019.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 21/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

que auxiliares novas ladeiras.  
folhado novo novo piso novo fundo novo DPUTAT, fogueira

Enquadrado da eng B. Ladeira  
(Assinatura)

Cidade São Paulo, 06/06/2019.

mobilizar, juntar, no extermínio, quando da explosão.  
ao nível da Praça da República, aliando com praxe e profissão  
física comunicação entre a autoridade policial  
e todos que nela se encontre, de imediato. Declaro  
DPUTAT, onde, neste dia 06/06/2019, constatado com  
os dias de 11/08, onde que não tem fundo novo  
afundar que que tem o fundo novo

Bairro Centro CIDADE São Paulo UF: SP

Nº 285

RUA AV. Paulista fundo novo

RG 03.919.526 E CPF 053.939.413-218 RESIDENTE NA

Enquadrado da Rua Paulista Ladeira  
DPUTAT BOFATADOR(A) DO

11 JUN 2019  
DE CORREÇÃO  
DE SEGURANÇA

DE PROCESSO DE INVÁLIDEZ

CARTA REANALISE

SOLICITAÇÃO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, Mirely da Cruz Batista Cardoso  
RG 2.349.526 / CPF 053.939.473-48

Residente a Rua Rua Leonidas Melo Cidade de  
São Pedro do Piauí Bairro: Centro  
UF Piauí CEP 64.430-000

Telefone para contato: (86) 33381.6008 (86) 133426.0920

Informo que não compareci anteriormente à perícia médica, pelo motivo a seguir:

Solicitei uma nova perícia médica DPVAT,  
pois que para uma perícia médica,  
onde analisaram o meu processo e o médico  
Dr. Antônio Aguiar me fizeram R\$ 3.687,50  
pois seu não concordar com o valor, pois tive  
com sequelas definitivas, solicitei outro médico  
analisar o meu processo.

Local: São Pedro do Piauí UFI: Pi DATA 06/06/13

Mirely da Cruz B. Cardoso

ASSINATURA

CORRETORA  
DE SEGUROS

11 JUN 2019

DPVAT

OBS:

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190184437      **Cidade:** São Pedro do Piauí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO      **Data do acidente:** 01/11/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

**Descrição do exame** AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 80º) **físico:** DO JOELHO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM FEVEREIRO DE 2019.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 21/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190184437      **Cidade:** São Pedro do Piauí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO      **Data do acidente:** 01/11/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** CONFORME PERÍCIA MÉDICA: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL REALIZADA EM 21/03/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.  
COMPLEMENTO POR REANÁLISE 0%.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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
			Total	0 %
				R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190184437      **Cidade:** São Pedro do Piauí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO      **Data do acidente:** 01/11/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*@RELATÓRIO MÉDICO PÁG 02 E DOC MÉDICA REFEREM SEQUELA PERMANENTE SECUNDÁRIA A FRATURA DISTAL DA FÍBULA ESQUERDA. EXAMES DE IMAGEM EVIDENCIAM FRATURAS PROXIMAS DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDAS. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190184437      **Cidade:** São Pedro do Piauí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO      **Data do acidente:** 01/11/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** CONFORME PERÍCIA MÉDICA: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL REALIZADA EM 21/03/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.  
COMPLEMENTO POR REANÁLISE 0%.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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
			Total	0 %
				R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190184437      **Cidade:** São Pedro do Piauí      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO      **Data do acidente:** 01/11/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** RELATÓRIO MÉDICO PÁG 02 E DOC MÉDICA REFEREM SEQUELA PERMANENTE SECUNDÁRIA A FRATURA DISTAL DA FÍBULA ESQUERDA. EXAMES DE IMAGEM EVIDENCIAM FRATURAS PROXIMAS DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDAS. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURAÇÃO

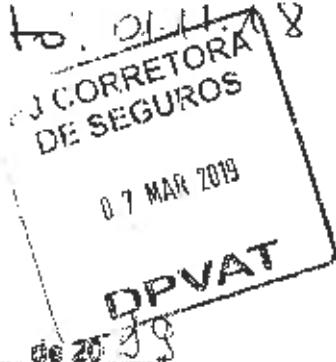
OUTORGANTE: Mirely da Cruz Batista Cardoso  
BRASILEIRO (a) ESTADO  
CIVIL Solteiro PROFISSÃO Taladradora CIRGN. # 2749526 CPF/MF  
Nº O 53939473618 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A  
RUA Debínday Melo nº 2085  
CIDADE DE São Pedro-PI  
ESTADO Piauí CEP 64430-000.

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF N° 849.394.433-53 E RG SOB N° 1651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO N°244 BAIRRO CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUÍ-PI

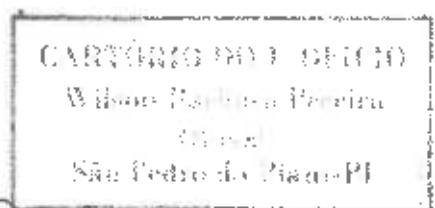
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Cobertura: Invólucro Data Fato: 01/01/18



São Pedro do Piauí de Janeiro de 2018



Mirely da Cruz Batista Cardoso

## OUTORGANTE

RECONHEÇO COMO VERDADEIRA A FIRMA DE: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO, TENDO A MESMA COMPARECIDO EM CARTÓRIO, APRESENTOU IDENTIDADE E CPF, FOI FEITO CARTÃO DE AUTOGRAFO, A ASSINATURA APONTADA NO DOCUMENTO É AUTÊNTICA.-

SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI, 04 DE JANEIRO DE 2019  
WILSON BARROS DA PEREIRA  
WILSON BARROS DA PEREIRA=OFICIAL.



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0078517/19

**Vítima:** MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

**CPF:** 053.939.473-48

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/11/2018

**Titular do CPF:** MIRELY DA CRUZ  
BATISTA CARDOSO

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO : 053.939.473-48

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/03/2019  
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
CPF: 849.394.433-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/03/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0078517/19

Número do Sinistro: 3190184437

Vítima: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

CPF: 053.939.473-48

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/11/2018

Titular do CPF: MIRELY DA CRUZ  
BATISTA CARDOSO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 11/06/2019

Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

CPF: 849.394.433-53

Data do cadastramento: 11/06/2019

Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

CPF: 059.344.647-01

\_\_\_\_\_  
ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

\_\_\_\_\_  
PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

**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: **3190184437**

Nome do(a) Examinado(a): **MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R LEONIDAS MELO, 2085, C - CENTRO - São Pedro do Piauí - PI - CEP 64430-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **2749526**

Data e local do acidente: [ **01/11/2018** ]

**RUA ANTONIO MUNDOCA - MUTIRAO - SÃO PEDRO DO PIAUÍ**

Data e local do exame: [ **21/03/2019** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.**

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

**AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 80º DO JOELHO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.**

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

[ **X** ] 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. ALTA DO TRATAMENTO EM FEVEREIRO DE 2019.**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**Limitação funcional do joelho esquerdo**

**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):

**Joelho esquerdo**

% 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

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.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI