
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. 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

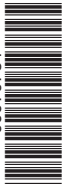
Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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



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, retorne 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.

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.seguradoralider.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

Carta nº 14449987



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Idade da vítima ou AS:

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:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Telefone:

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

RENDA MENSAL:

☒ 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\$10.001,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (juntamente com os bancos abaixo, assinalar uma opção)

☐ Unibanco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3827

CONTA:

25550

1

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar 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 eventuais juros, 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 de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda 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 motivo semelhante, quando o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica das costas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia condonância com a futura responsabilidade civil, ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (na Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco 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 tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nasceu (tal nasceu)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou

nasceu (tal nasceu)?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que apresentarem esta declaração verdadeira, e de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a nulidade do seguro, com a consequente perda do prêmio pago, e a aplicação das penas previstas no art. 171 do Código Penal.

Local e Data:

São Pedro do Rio Grande 25-02-19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

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

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA

as CAIXA

Loterias CAIXA

Loteria

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC ~~0800~~ 726 0101
OUVIDORIA ~~0800~~ 725 7474

021-513986945-0

21/JAN/2019

HORA DE 12:24:01

LOT: 15.811786-0

TERM: 015551

LOCALIDADE: SAO PEDRO DO PIAUÍ

AG. VINCULADA: 3827

CONTROLE: 006255512

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3827 013 00025550-1

MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

VALOR

:

R\$ 600

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO 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

MUTIRAO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

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

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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	CG 125 FAN KS	2012	ODU0134	9C2JC4110CR547535	00462079023	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: PI Bairro: ALTO DA CRUZ

RELATO DA OCORRÊNCIA

A noticiante compareceu a esta delegacia de policia civil, para comunicar um acidente de trânsito, fato ocorrido na Rua Antonio Mundoca, próximo ao comercial VAGUIM no Bairro 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 policia militar; a noticiante fraturou a tibia esquerda e lesionou o joelho. Diante do exposto pede providencia por parte desta Delegacia de Policia 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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000019/2019-07

Delegado de Polícia

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

Muelly da Cruz Batista Mendes



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Idade da vítima ou AS:

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:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Telefone:

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

RENDA MENSAL:

☒ 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 OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (juntamente com os bancos abaixo, assinale uma opção)

☐ Unibanco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3827

CONTA:

25550

1

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar 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 eventuais juros, 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 de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda 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 motivo semelhante, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em submeter à avaliação médica das listas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia condonância com a futura responsabilidade civil, ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco 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 tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que apresentarem esta declaração verdadeira, e de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a anulação do seguro e a consequente perda da indenização, bem como a aplicação das penas previstas no art. 171 do Código Penal.

Local e Data:

São Pedro do Rio Grande 25.02.19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Mirely da Cruz Batista Cardoso

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

PJ CORRETORA DE SEGUROS

07 MAR 2019

DPVAT

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

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: 015551

LOCALIDADE: SAO PEDRO DO PIAUÍ

AG. VINCULADA: 3827

CONTROLE: 006255512

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3827 013 00025550-1

MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

VALOR

:

R\$ 4,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS.ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

021-513986945-0

1ª VIA

2.8

OPERADOR DO SISTEMA - ISTAEL

DATA E HORA - 01/11/2018 15:21:34

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PRONTUARIO: 124376 NOME DO PACIENTE: NIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO NASC: 29/09/1989
RAÇA: 099 IDADE: 29 Anos, 1 Mês e 13 Dias.
SEXO: F TELEFONE NOVEL: (86) 32801-244 TELEFONE FIXO: ???
CEP: 54430-000 MUNICIPIO (RESID): SÃO PEDRO DO PIAUÍ UF: PI 15GE: 2210508
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO: UF:
ENDERECO: RUA LEONIDAS MELLO - nº 2885 BAIRRO: ALTO DA CRUZ
CNS: 898000195278749 RG: 2749526 - ORGÃO EMISSOR: SSP/PI
NOME DO PAI: RAIMUNDO CARDOSO DO NASCIMENTO
NOME DA MÃE: MARIA DO AMPARO BATISTA

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

Acidente de moto sem capacete negro peda
de consciência. Repre dor em joelho (E).
PD = 80/60 mmHg

EXAMES FÍSICOS:

APN

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

① Froum - 10ml + 100 ml SPO, 9% e lacto
② Rugi doctate 500mg e obito (154)
Solicitado RX joelho e fêmur (E)

Dra. Amanda Gois
Médica
CRM 7030 PI

[Assinatura]

AMANDA GOIS
CRM 7030 PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



PD-EGAR

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: 000000025550-1

Nr. da Autenticação 49562E42F7EC6AD1



Para contato com a
Eletrobras informe
este número

SEU CODIGO

0212596-0

COMPANHIA SANEAMENTO DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sol - Teresina - PI
CEP: 64.000-991 | Telefone: 3611.283-4
Site: Piauí/Contato: Energia elétrica - São Pi
Rajoneiro: Cálculo de energia elétrica - São Pi

Nº da Água: Piauí 015478584

A Partir: Serviço de Saneamento Básico - TSEE (Tributação)
Lei nº 30.430 de 20 de maio de 2002

DEZEMBRO/2018 01/01/2019 91 62,92

MARIA DO AMPARO BATISTA
R. LEONIDAS MELO 2085 CENTRO
CPF: 00024426695383
CEP: 64.430-000 - SÃO PEDRO DO PIAUÍ

DADOS DA CATEGORIA	VALOR	DADOS DO CATEGORIA	VALOR
Atual	34453	Atual	24/12/2018
Anterior	34362	Anterior	26/11/2018
Quantidade de Multiplicadores	1,000	Problema Técnico	22/01/2019
Conta de Mês	91	Exatidão	21/12/2018
Cumulado Faturados	91	Apresentação	24/12/2018

NORMAL

28

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classificação: Ração: 1457189 Código: 1.4.1.1

PERÍODO A WH	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
NOV/18 129	CONSUMO 30 A R\$ 0,297695 =	8,92
OUT/18 129	61 A R\$ 0,510348 =	31,12
SET/18 104	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)	6,97
AGO/18 92	DIFERENÇA DE TARIFA	39,92
JUL/18 73	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	27,85
JUN/18 74	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 09/18-00	1,42
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		

REAJUSTE TARIFÁRIO MÉDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFORME RESOLUÇÃO 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.

RESERVADO AO FISCO 8501.0001.9F06.5F2E.26B2.0080.7321.000F



TIM BLACK

Página 1 de 1

R\$ 139,47

VENCIMENTO

25/01/2019

EMISSION: 07/01/2019

POSTAGEM: 21/01/2019

FATURA: 36492324

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
64325-000 - ELÉSBÃO VELOSO - PI

CLIENTE: 8699993007

CPF/CNPJ: 84189442153

ACESSO: 86999993007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 0000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Como cliente TIM Black automaticamente este mês você poderá pagar sua fatura até o dia 10/01/2019, sem cobranças de juros e multa. Consta nessa fatura a cobrança de um tempo de ligação Serviço de Voz 4G para o número 86999993007.

Serviços TIM S.A.

VALOR



Oferta TIM Pós C Plus

R\$ 139,90



CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

R\$ 5,70



OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

R\$ -6,29

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

SUAS CHAMADAS

Como cliente TIM Black, a nossa oferta de
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)

com o plano de 10GB da TIM Pós C Plus

inclui:

• 10GB de internet

• 100 minutos locais e DDD com 41

• 1GB de Internet para Vídeo

• 100 MMS

• 100 Mensagens de Texto

• 100 SMS

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	1	31	07/12 a 06/01	139,90
Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)	-	-	9/12	31	07/12 a 06/01	-50,60
10GB de internet	10GB	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
100 minutos locais e DDD com 41	Ilimitado	163m36s	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
1GB de Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
100 MMS	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
100 Mensagens de Texto	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído
100 SMS	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.app.meutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

QUANTIDADE	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUNTE	PÓS 0,71
30%	R\$ 107,08	R\$ 32,12	FUNTE: R\$ 0,56		
925%					

Informações Complementares - Plano(s) e Serviço(s)

Incluído no(s) Plano(s)

Franchise(s)

R\$ 137,49

SVA

R\$ 52,50

Desconto(s) Franchise(s)

R\$ -38,18

Desconto(s) SVA

R\$ -13,82

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

07 MAR 2019

DPVAT

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus que pode ser usado para pagar a fatura mensal. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou siga para a central de atendimento.

CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

NÚMERO DA CONTA DE DÉBITO AUTOMÁTICO
0000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
JAN/2019

DATA DE EMISSÃO
07/01/2019

DATA DE VENCIMENTO
25/01/2019

VALOR
R\$ 139,47

86999993007 - 9

39470109011 - 7

00364922324 - 9

00121336776 - 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 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. d'ou: 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 nº 445/12, que trata da 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ACIDENTE, CAPITALIZAÇÃO E RESSGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA. TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva

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

Mirely da Cruz Batista Cardoso inscrito (a) no CPF sob o nº 053.939.413 / 48

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Mirely da Cruz Batista Cardoso

inscrito (a) no CPF sob o nº 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 a cópia do comprovante de residência do 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>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elsebas Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com</u>	CEP: <u>64.325-000</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99981.6008</u>

Local e Data: Elsebas Veloso Piauí 25.02.2019

Adriana Carla de Sousa Silva

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Maria do Amparo Batista
RG nº 4873261 data de expedição 2007, 18
Órgão SSP/PI portador do CPF nº 24426695368 com
domicílio na cidade de São Pedro - PI no Estado de
Piauí onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Leonidas Melo nº 2085
complemento Casa declaro, sob as penas da Lei, que o veículo acima
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Mirely da Cruz B. Cardoso o condutor era
Mirely da Cruz Batista Cardoso
Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda - CG - 125 FAN. KS.
Ano: 2012/2012
Placa: DDV-0134
Chassi: 9C20CH110CR547535
Data do Acidente: 1º-11-2018-São Pedro - PI
Local e Data:

Maria do Amparo Batista
Assinatura do Declarante

Mirely da Cruz Batista Cardoso
Assinatura do Condutor

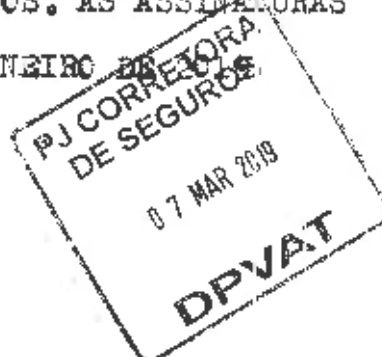
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

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, APRESENTARAM IDENTI-
DADES E CPF'S, FOI FEITO CARTÃO DE AUTOGRAFOS. AS ASSINATURAS
APOSTAS NO DOCUMENTO SÃO AUTÊNTICAS.

SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI, 04 DE JANEIRO DE

Wilson Barbosa Pereira
WILSON BARBOSA PEREIRA

TABELIÃO.



CARTÓRIO DO OFÍCIO
Wilson Barbosa Pereira
(Tabelião)
São Pedro do Piauí-PI

2.8

OPERADOR DO SISTEMA - ISTAEL

DATA E HORA - 01/11/2018 15:21:34

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PRONTUARIO: 24376 NOME DO PACIENTE: NIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO NASC: 19/09/1989
RAÇA: 099 IDADE: 29 Anos, 1 Mês e 13 Dias.
SEXO: F TELEFONE MOVEL: (86)32801-244 TELEFONE FIXO: ???
CEP: 64430-000 MUNICIPIO (RESID): SÃO PEDRO DO PIAUÍ UF: PI IBGE: 2210508
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO: UF:
ENDERECO: RUA LEONIDAS WELLO - nº 2085 BAIRRO: ALTO DA CRUZ
CNS: 098000195278749 RG: 2749526 - ORGÃO EMISSOR: SSP/PI
NOME DO PAI: RAIMUNDO CARDOSO DO NASCIMENTO
NOME DA MÃE: MARIA DO AMPARO BATISTA

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

Acidente de moto sem capacete negro peda
de consórcio. Regue dor em olhos (E)
PD = 80/60 mmHg

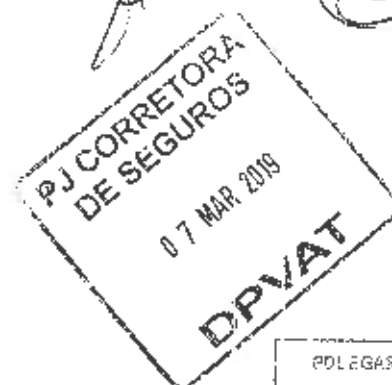
EXAMES FÍSICOS:

APN

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

① Tramadol - 1comp + 100 ml SPO, 9% e levito
② Ruiz lactato sone. e obito (154)
Solicit RX olho e p. meir (E)



Dra. Amanda Gois
Médica
CRM 7030 PI

AMANDA GOIS
CRM 7030 PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



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 OBRIGATORIA A SUA APRESENTAÇÃO.

NOME COMPLETO DA VITIMA

MIRIEL DA CRUZ BATISTA CARVALHO

NUMERO DO SINISTRO

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO PACIENTE

01.11.18

DATA DO INICIO DO TRATAMENTO MÉDICO

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO

OZIEL CARLOS BARBOSA LIMA

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

FRATURA FOCAL DISTAL DA FIBULA ESQUERDA

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

Procedimento cirúrgico - com colocação de placas metálicas

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

☐ SIM ☒ NÃO

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 (Especificar o seguimento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º DIFICULDADE

66% mobilidade de difíceis

2º Coluna

3º

4º

5º



AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 01.11.18 A 11.02.19 QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL

DATA

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SUPERINTENDENCIA DE ASSISTENCIA A SAUDE-SUPAS
DIR. DE UNID. DE CONTROLE, AVALIAÇÃO, REGULAÇÃO E AUDITORIA - DIJCARA

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CEP/H

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: Amorinda Gies Sousa

CRM: 7030

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO

() Obstetrícia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria ☒ Outro Ortopedia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Mirley da Cruz Batista Codomo

Data de Nascimento 19/09/89 Idade: 29 anos

Sexo: () Masculino ☒ Feminino

CPF 898 00195273749 Cartão Nacional de Saúde 898 00195273749

Município de Procedência São Pedro - PI

HDA: Vítima de acidente de moto há 4h evoluiu d
por um MIE, realizado RX e evidenciado fratura

HD: Fratura fechada distal de fíbula (E) CID

ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR

- ☒ 4 - Espontânea
- 3 - Comandos
- 2 - À dor
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA VERBAL

- ☒ 5 - Orientado
- 4 - Confusa
- 3 - Palavras inapropriadas
- 2 - Palavras incompreensíveis
- 1 - Nenhuma

RESPOSTA MOTORA

- ☒ 6 - Obedece a comandos
- 5 - Localiza dor
- 4 - Movimento de respirada
- 3 - Flexão anormal
- 2 - Extensão anormal
- 1 - Nenhuma

SINAIS VITAIS

Tax. °C P: bpm R: mrm PA: mmHg Sat O₂ Glicemia: mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS.

- () Oxigênio ☒ Hidratação Venosa Ringer lactato
- () Aspiração ☒ Medicação (especificar) Tramadol
- () Curativo () Outros:

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)

Rox X MIE

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO

Hospital: HPM

Clínica/Posto: Senha: 2018.11.0107 7736





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



Confere com o(a) original e
foi apresentado(a) e deu fe
Em, 11/04/19

Setor do Arquivo Técnico do HPM

Luiz Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM
Chefe do Arquivo Técnico do HPM PI
RG: 10519819-2 Mat. 14495-9

NOME DO PACIENTE: Mirely da Cruz Batista Cardoso

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 426616/18

Obs: Não fornecemos 2ª via.

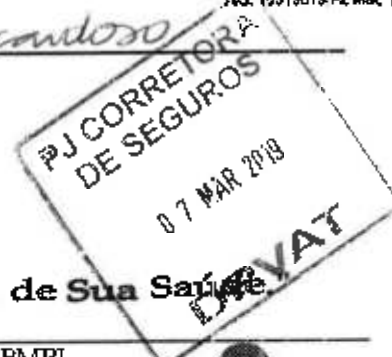
HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Piauí
GOVERNO DO
REPRESENTANTE

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado

Luiz Henrique Vasconcelos Reis 1º TEN PM
RG: 10519819-2 Mat. 14495-9
Chefe do Setor de Arquivo Técnico



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 145728
AIH: 2218101809693

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES
2323451

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DA POLICIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES
2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE
898000195278749 MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

NASCIMENTO SEXO PRONTUARIO
19/09/1989 F 07

DOCUMENTO CPF TELEFONE NOME DA MÃE
05393947348 MARIA DO AMPARO BATISTA

RESPONSÁVEL
MARIA DO AMPARO BATISTA

CEP ENDEREÇO - LOGRADOURO
64430000

NUMERO / LOTE
2085

BAIRRO COMPLEMENTO
CENTRO

MUNICÍPIO
SAO PEDRO DO PIAUI

UF
PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS INFORMAÇÕES ACIMA CONTIDAS NA TRANSFERENCIA.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Lot. Henrique V. Gonçalves Rm 1º TÉNPM
Rm 1º 135138191-2º Mai 14455-8
Rm 1º 135138191-2º Mai 14455-8

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

LEITO/CLINICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (FEMININO)

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

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO
01/11/2018

DANILO DA SILVA LEITE
CPF: 00350606382

DATA ADMISSÃO
01/11/2018 21:37

DATA ALTA
08/11/2018 13:29

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CRM:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO
SEGURODORA

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

TANIA MOREIRA AREA LEAO
CPF: 47061359315

CRM:

DATA ANALISE: 12/11/2018
15:42:20

CPP

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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 822458
3 - Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	4 - CNES 2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO	6 - Prontuário: 426616
7 - CNS: 708104874878910	8 - Nascimento: 19/09/1989
9 - Sexo: F	CPF: 86-9.8134188
11 - Mãe: MARIA DO AMPARO BATISTA	12 - Fone: 86-9.8134188
13 - Resp: MARIA DO AMPARO BATISTA	14 - Cor: PARDA
15 - Endere: RUA LEONIDAS MELO 2085 CENTRO	19 - CEP: 84430-000
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:

Doença degenerativa, dor (E)

21 - Condições que justificam a internação:

Intensidade da dor

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

Ex + RF

Luz de Luzes Visuais e Reis 11 TEMPH
RDB 105 98 93 2 Mai 14195-9
Fale o Selo de A. para Fale:

23 - Diagnóstico Inicial: **FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA**

24 - Cid Princ.: **S821** 25 - Cid Sec.: **_____** 26 - Cid C. Ass.: **_____**

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced.: 0408050551	27 - Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL	Tempo SUS 3
29 - Clínica: POSTO 1	30 - Carater.: 02	31 - Documento: 16778899841
33 - Nome Profissional / Assistente: LEANDRO PONCE LEAL	34 - Data de Solicitação: 13/11/2018	35 - Ass.: Carimp. Med. Solicitante

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.	40 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE. Empresa:	44 - CBOR:
38 - () Acidente de Trabalho Trajetos.			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.			

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47 - Data Autorização: 21/11/18
48 - Documento:	49 - Num. Documento:

61 - Assinatura Paciente ou Responsável.

Maria do Amparo Batista

Assinatura: **Maria do Amparo Batista**

Impressa: **14/08/51**



Polícia Militar do Piauí

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		13/11/2018
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO		Pront.: 428616
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc.: 19/09/1989 Sexo: F	Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Atendimento: 822458	Enfermaria: POSTO I	ENF 112 LEITO
CLÍNICA		Leito: 12		
Médico Assistente		Pai:		
Permanência		Mãe: MARIA DO AMPARO BATISTA		
CLÍNICA		RG: 2749526		
		Residência:		
		RUA LEONIDAS MELO	Bairro: CENTRO	
		Nr: 2085	Cidade: SÃO PEDRO DO PIAUÍ	
		Cep: 64430000	Telefone: 86 - 98134188	

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

Doente relatou dor abdominal (A)

Assinado: [Assinatura]
 LUGAR DE ASSINATURA: 10/11/2018
 RGPM 105198 93-27/141 14105-9
 Data: 10/11/2018

DIAGNÓSTICO

Provisório:	CID S821
Principal: <i>Febre, dor abdominal (A)</i>	CID

Procedimento:		
Síntomas e Sinais Principais	Causa Médica	Hist. Patológico.
<i>Doente relatou dor abdominal (A)</i>		

TRATAMENTO

Tipo:	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico			<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirúrgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação	Data da Alta	Data da Hospitalização
13/11/2018 14:37:44	08/11/2018	/ /

ALTA

Saída	Transferência	Óbito
<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE ____/____/____

Assinatura: _____

"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	FICHA DE PRONTUÁRIO						TE 01 / 11 / 18	
SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	NOME: Mirely da Cruz Batista Cardoso						Nº	
IDEN N/OUTROS HOSPITAIS	Data de Nascimento	Sexo	COD	ECVIL	Reg.	Profissão	Grau de Dependência	
SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	19.09.1989	F						
CLÍNICA	Categorias						Naturalidade	Nat. INAMPS outros
	Residência (Rua, Av, Etc.)						Nº	Bairro
	Rua Leonidas Melo						2085	Alto Cruz
Médico Assistente	Pai: Raimundo Cardoso do Nascimento						Naturalidade	
	Mãe: Maria do Amparo Batista						Naturalidade	
Permanência	Segurado						CP	
	Residência (Rua, Av, Etc.)						Nº	Bairro
CLÍNICA								

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

Paciente vítima de acidente motociclistico, apresenta dor um punha E. Nega comorbidades, nje alergias.

Luis Henrique Vazquez Res 1º TEN PM
9:30PM 15:08 93-21 Aet 14495-9
tel. 1 Sda 3644444444

DIAGNÓSTICO

Provisório	Fratura de extremidade distal do fêmur	CID						
Principal		CID						
Procedimento								

Sintomas e Sinais Principais	Causa Médica	Histo - Patológico
Paciente anictérica, acatolítica, ativa, ACP: fisiológica. FC: 75 bpm SPO ₂ 96%		

TRATAMENTO

Tipo	Terapêutica Médica	Operação	Eficácia
<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Médico Cirurgião		Principal Acessório	<input type="checkbox"/> Eficaz <input type="checkbox"/> Ineficaz <input type="checkbox"/> Prejudicial <input type="checkbox"/> Não Avalista

DURAÇÃO

Data da Internação	Hora	Data da alta	Hora	Data da Hospitalização
		08/11/18		

ALTA

SAÍDA	Transferência	Óbito
<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A pedido Menção pr Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório	<input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros

Sra. Cyndia Almeida N. LUSTOS
Médica
CRM - 1211

(Modificar assinatura.)

ASSINATURA



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



BOLETIM DE CIRURGIA

DATA: 06/10/19
Nº DO PRONTUÁRIO: 11827
CÓD DA CIRURGIA: 11827
SALA: 11827

Descrição da Cirurgia:

Exatidão ~ 20% nos pontos.
Art. ~ 100%, em pie, em pie, em pie
Exatidão ~ 100%
Exatidão ~ 100%
Exatidão ~ 100%
Exatidão ~ 100%
Exatidão ~ 100%
Exatidão ~ 100%
Exatidão ~ 100%

Luis He... 1920... 1º TEN PW
RG 115198193-21 MG: 14495-9
Fido: 39014 Arjuim Tervic

Cirurgia: Fract. platib tibial (E)

Cirurgião: Dr. Danilo 11827

1º Auxiliar: -

2º Auxiliar: -

3º Auxiliar: -

Instrumentador: Almeida

Circulante: José do Jesus Machat
Auxiliar de Enfermagem
CORCEN-PI 628.234

**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 fíbula.
- Redução do espaço articular fêmoro-tibial.
- Espaço fêmoro-patelar preservado.
- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Controle ortopédico de fratura no joelho.

[Assinatura]
CUIB Henrique de Azeiteiro Reis 1º TFM PM
RGPM 105198193-2 Mai 14495-0
Setor de Atendimento Técnico

[Assinatura]
IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

Av. Hgino Cunha, 1642 - Jhotas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.169/0002-25

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



DATA: 08/10/2014
Nº DO PRONTUÁRIO: 114
CÓD DA CIRURGIA: 09050525

NOME: miry de C. Luz Batista Cardoso Idade: _____ Sexo: _____ ASA: _____
 PROCEDIMENTO: Pont. Hb. Transf. 1x1x1 Apt. Enf. a Leito: _____
 CIRURGIÃO: Dr. La. Leite AUX: _____ ANEST: Livia ANESTESIA: Propof
 INSTR.: Dr. La. Leite GIRC.: Livia INICIO: _____ FIM: _____ SALA: ch
 P.A.: _____ F.C.: _____ PESO: _____ Hto: _____ Glicemia: _____ Creatina: _____ Respir: _____

- training
- monitoring
- check and
- reward

ANÁLISE INICIAL		SEQUÊNCIA	
OXIGENIO			
1			
2			
REPOSIÇÃO POTENCIAL			
SaO ₂ (%)		100 100 100 100	
E.C.G.			
EtCO ₂ (mmHg)			
MONITORIZAÇÃO		<p>Oxigênio</p> <p>Coração</p> <p>Respiração</p> <p>Temperatura</p> <p>Diálise</p> <p>Medicamentos</p>	
<p>INÍCIO E FIM DA ANESTESIA V.P.A. L. PA. MELA</p> <p>FREQUÊNCIA CARDÍACA A.B.A. DIÁSTOLICA</p> <p>TEMPERATURA</p>		<p>INÍCIO</p> <p>FIM</p>	
DIURESE (ml)		DURAÇÃO	

① Deflagration
 ② Detonation
 ③ Deflagration
 ④ Detonation
 ⑤ Deflagration
 ⑥ Detonation

INIC	FIM
4715	12.30

Técnica Anestésica:
 HIPOFANESTESIA

Comentários Adicionais: ASCESSO E ANTI-SEPSIA: PUNÇÃO
em 24-5 PARAMEDIANHA DE OMBILICO 276
ml de líquido claro. pH = 7,25, PGL 194, G
glucose 100mg; nível bacteriano em T8

MONITORIAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetro	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> PAM	<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/>		
	<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>		
	Resep	Time	Início	Fim	Tempo
	Oxigênio ()				
	N ₂ O ()				
	Ar. Med. ()				

Medicamentos Usados

Adrenalina	_____	Amp
Água dest. 10ml	_____	Amp
Atropina	_____	Amp
Bexina	_____	Amp
Bromoprida	_____	Amp
Cefazolina 1g	_____	Fr
Cefatrina	_____	Fr
Ciprofloxacina	_____	Fr
Clonidin	_____	Amp
Coláide 1 l	_____	Fl
Dexametazona	_____	Amp
Diázepam	_____	Amp
Dimorf mg	_____	Amp
Dipirona	_____	Amp

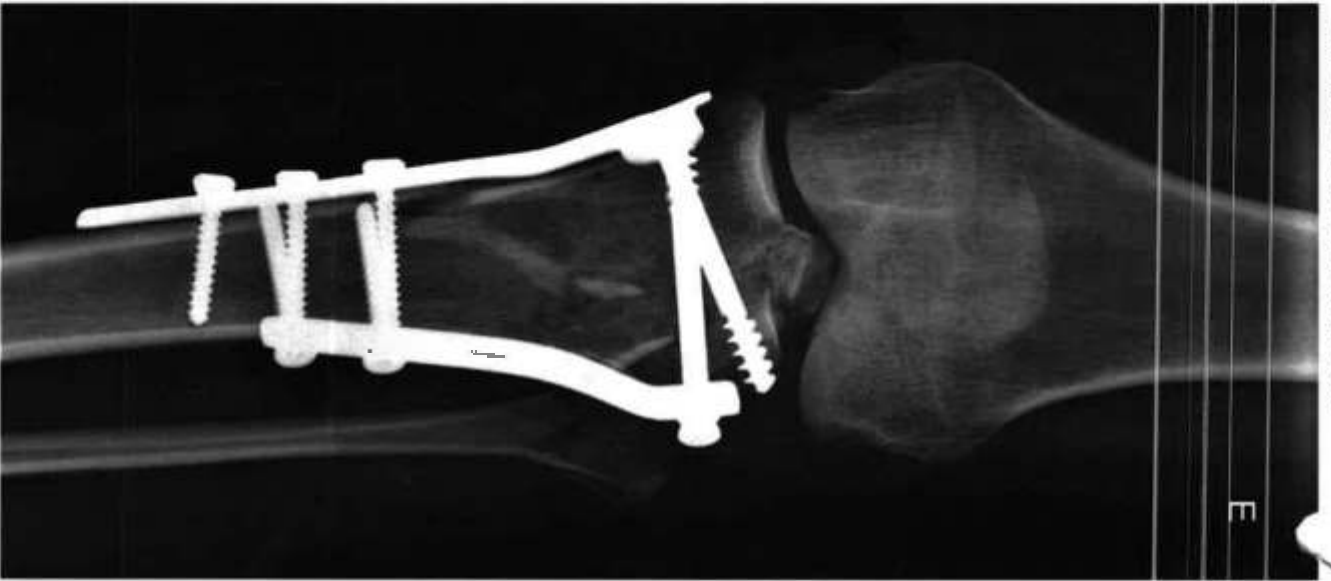
Dolasetron	.....	Amp
Droperidol	.....	Amp
Etorixil	.....	Amp
Efedrin	.....	Amp
Enflurano	.....	ml
Fentanil	.....	ml
Fentanil (S/C)	.....	Amp
Hebitano	.....	ml
Hidrocortisona	.....	ml
Isoflurano	.....	ml
Jelco n°	.....	Und
Lidocaina	..... % .. V.	Fr
Metoclopramide	.....	Amp
Manitol	.....	Fr

Nidazolan	Fr
Metronidazol	Fr
Neocina Paa 0,5%	Amp
Narcan	Amp
Novabupri 0,5%	Fr
Nubain	Amp
Neocina %	Fr
Neocina 0,5% isobar	Amp
Neostigmina	Amp
Ornepsazol	Fr
Ondasetron	Amp
Poliso Caf	Fr
Pancuronio	Amp
Profenid	Fr

Propofol	_____ ml	_____ Amp
Panlididase	_____	_____ Amp
Quelclon	_____	_____ Amp
Quetamina	_____ ml	
Remifentanyl	_____	_____ Fr
Ringier-Letado	_____	_____ Fr
S. Fisfol 1g, 0.5%	_____ ml	_____ Fr
S. Glicocido 5%	_____ ml	_____ Fr
Scalip n°	_____	_____ Und
Treacur	_____	_____ Amp
Vilatil	_____	_____ Fr
Tlopanal	_____	_____ Fr

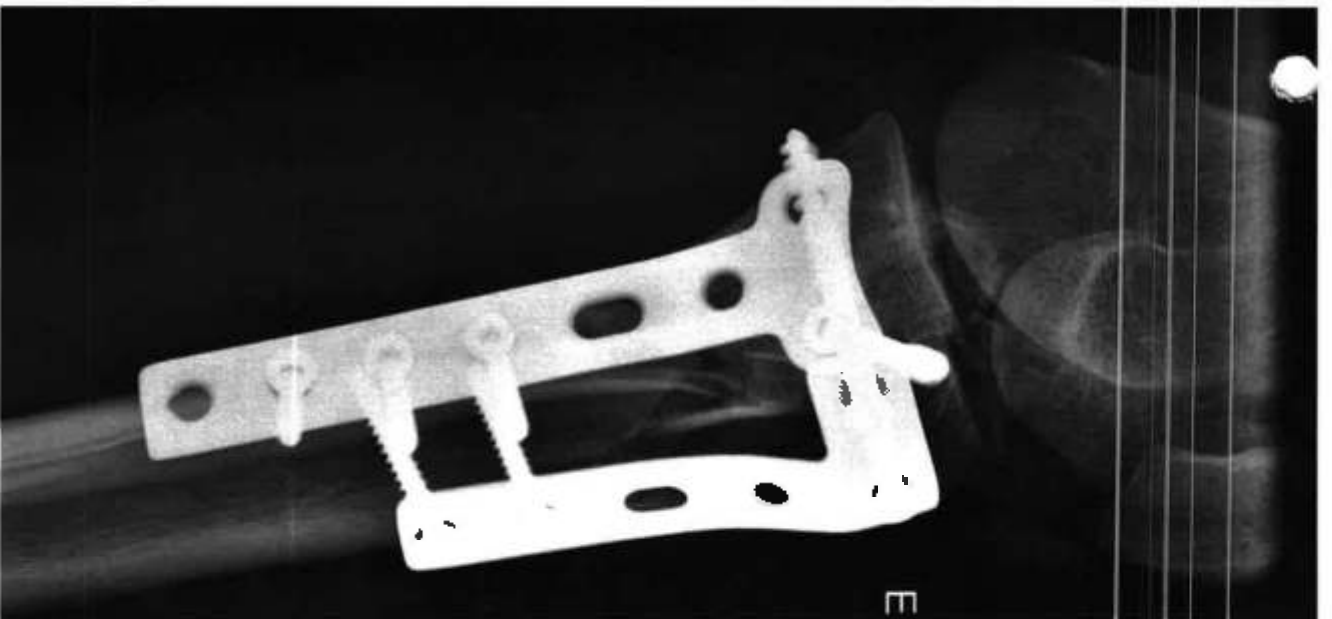
Dr. Livio Lima Verde
Médico Anestesiologista
CRMV: 4566

ID: INT. 06 08/11/18
 Paciente: MIRIELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO
 Idade: 029Y
 Sexo: F



Hora: 15:48
 Exame: 08/11/2018

HPM
 LUIS VICTOR MORAES REIS 1º TEN
 RG PM 101198193-27 Mai 14435-9
 Chefe do Serviço de Radiologia





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 tíbia proximal.
Fratura completa, desalinhada, na cabeça da fíbula.
Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.
Densificação de partes moles suprapatelares, podendo estar relacionada a derrame articular.

[Assinatura]
Luis Henrique de Castro Reis 1º TEN PM
RGPM 105193193-2º Mai 14495-9
Chefe do Serviço de Radiologia

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura completa, desalinhada, cominutiva, com extensão articular na tíbia proximal.
Fratura completa, desalinhada, na cabeça da fíbula.
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 COS
CRM: 33

ID: 128250

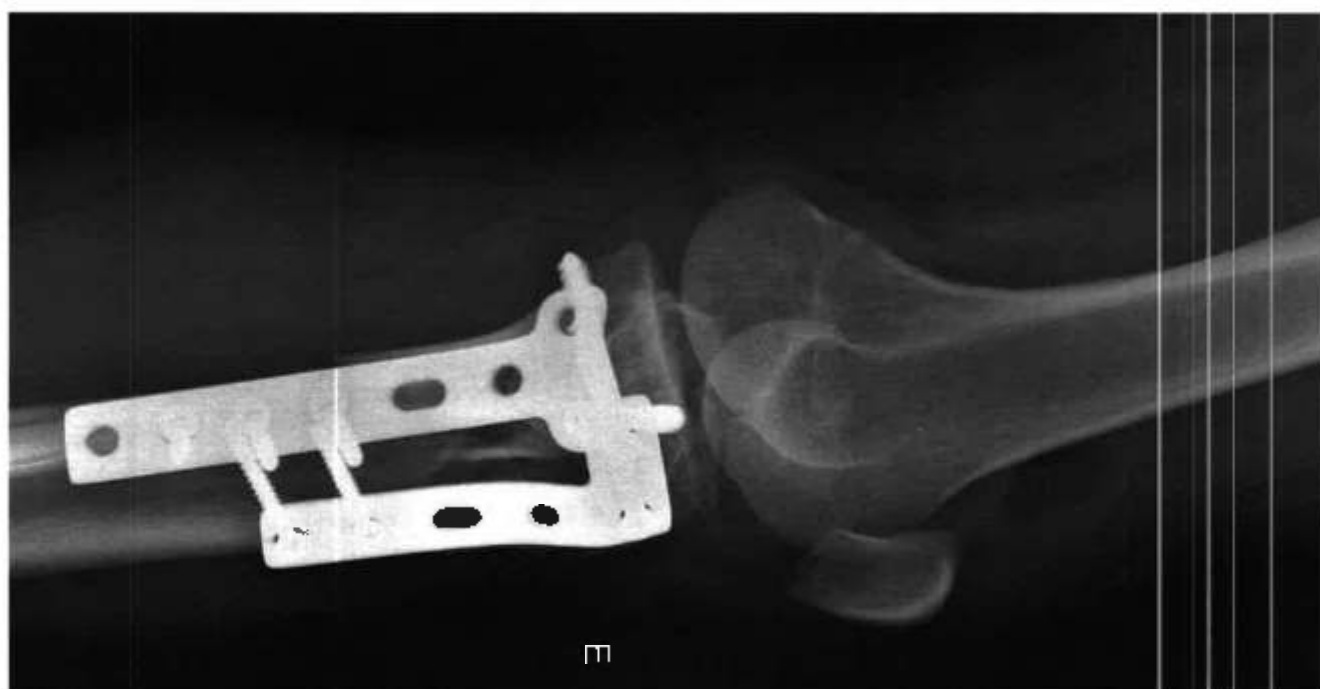
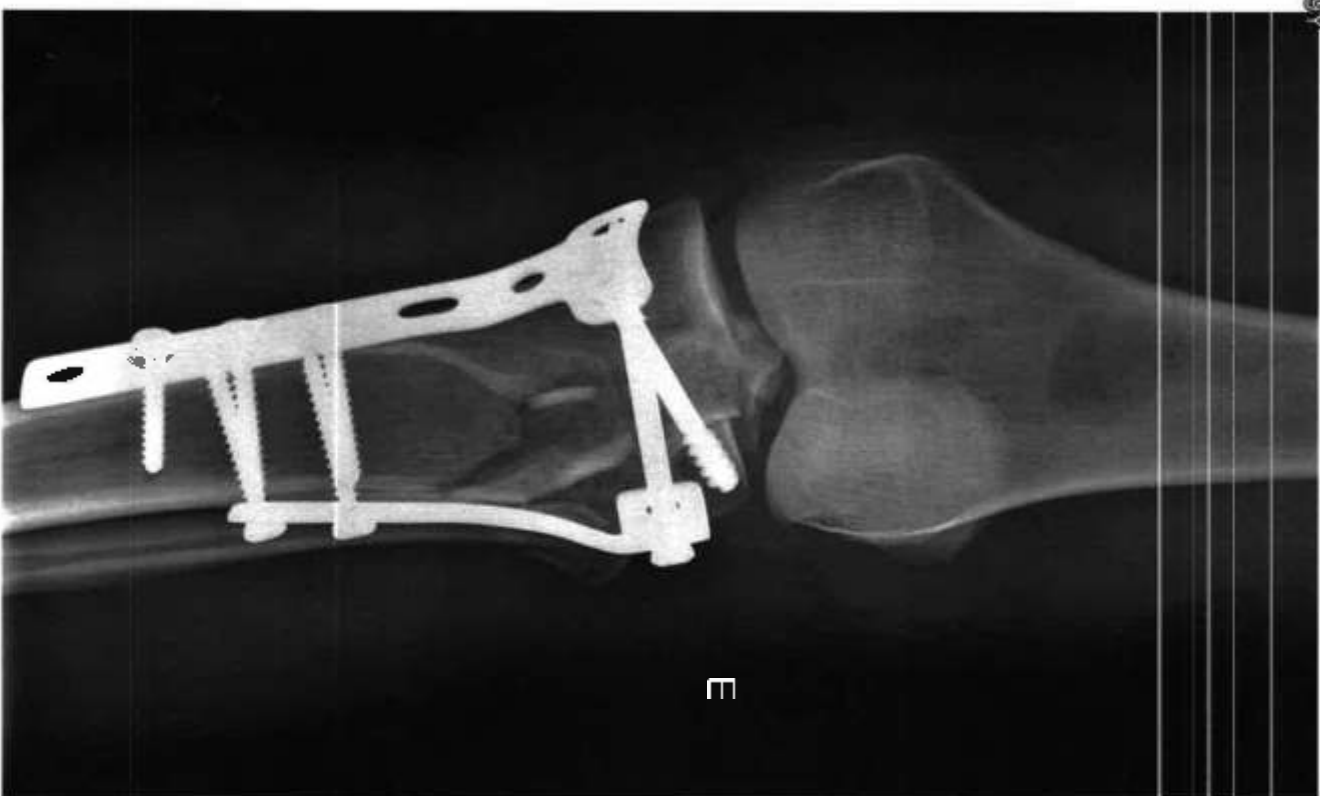
Paciente: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARBOSO

Idade: 029Y

Sexo: F

HPM

[Handwritten Signature]
Clas. Histo. e Pat. Oncol. 10: EN PM
RGPM 105198193-21 Mai 14495.9
Fase 2 Segundo Arquivo Técnico



**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: -PI****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 avulsão prejudicada.
- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Controle ortopédico de fraturas no joelho.

Luiz Henrique de Sousa Reis
Luiz Henrique de Sousa Reis 1º TEN PM
RCPM/195198193-2/ Mai 14405-B
Chefe de Seção de Arquivo Técnico

*Ivan Fontenele Gomes***IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI**

Av. Hino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (66) 3227-6265
Fax (66) 3216-1620

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

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

PRESSÃO ARTERIAL:	120x80(mmHg)	FREQ. CARDÍACA:	70bpm	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:	20rpm
GLICEMIA:		NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	15	USO DE O2:		

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

TILATILRANITIDINADIPIRONATRAMADOLFILATIL

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

Darlene Gili
Médica
CRM-PA 4615
CRM-MA 3825

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



ID: INT. 01 05/11/2018
Paciente: MIRIELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO
Idade: 029Y
Sexo: F



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

Handwritten signature
Evis Henrique Maciel Reis 1º TEN PM
RGPM 105198-93-2º M: 14495-9
Instituto Selo de Arqueologia

HPM



PJ CORRETORES
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

nte:

Mirely de Azevedo Cardoso

Laudos Médicos

Paciente apresenta o diagnóstico de fratura de platô tibial (t) completa. Submetido a procedimento cirúrgico (osteossíntese de platô tibial medial e lateral) evoluindo com dores e edemas recorrentes. Refere dor incapacitante para o trabalho. Sugiro afastamento do trabalho por um período de 30 (trinta e três) dias para tratamento e reabilitação.

(70-582)

Dr. Elton Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 7424 - CRO-PI 5073
RBO-1-13178

26 ABR. 2019

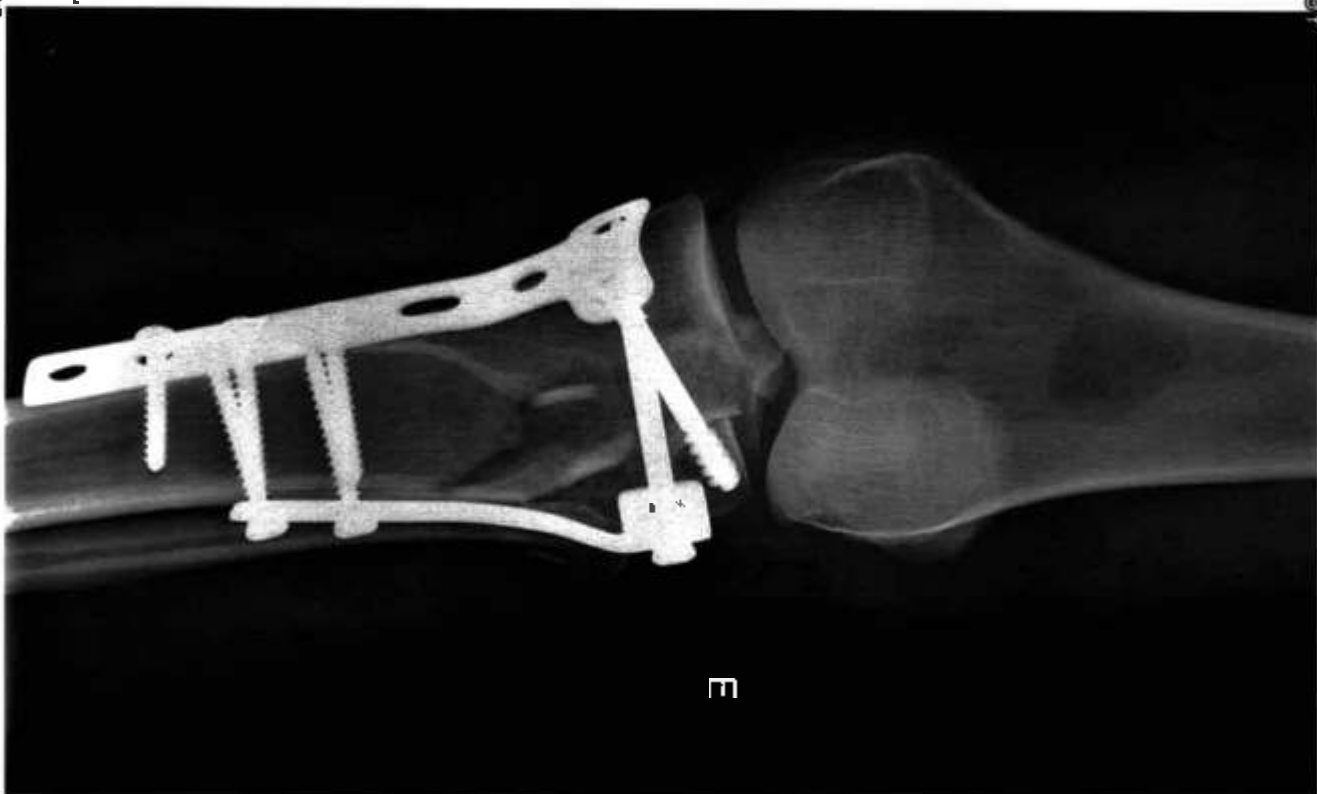
VOLTANDO A CONSULTA QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA.

ID: 128250

Paciente: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOZO

Idade: 029Y

Sexo: F



HPM

[Signature]
Luis Henrique Paschoa dos Reis 1º TEN PM
RG 105198193-2 1 Mai 14495-9
Unidade 3 Setor de Arquivo Técnico



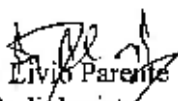
Cliente: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO
Convênio: PRÓ SAÚDE
Solicitante: Dr. MEDICO NÃO DEFINIDO
Código: 370975.01

Idade: 29 anos
Sexo: FEM
Data: 29/05/2019 10:23:00

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.749.526 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/11/13

NOME MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

FILIAÇÃO MARIA DO AMPARO BATISTA RAIMUNDO CARDOSO DO NASCIMENTO

SÃO PEDRO DO PIAUI-PI 19/09/1981

CERT. NASC. 14722 L A18 F 348

EXP BARRO DURO-PI 11/12/91

TERESINA - PI

053.939.473-48

LEI Nº 7.216 DE 28/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
07 MAR 2013
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Mirely da Cruz Batista Cardoso

ASSINATURA DO TITULAR

0201829

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
07 MAR 2019
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 011670297521
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CDD RENOVAM FINTRO EXERCÍCIO
1 00462079023 2015

2401
003b
b5e7
48ea
3a16
250a
8073
b065
5b54
6e02
3416

MARIA DO AMPARO BATISTA

CPL/CPNJ PLACA
24426695368 ODV-0134

PLACA ANT/UF CHASSI
9C2JC4110CR547535

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NEHUMA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD
HONDA/CG 125 FAN KS 2012 2012

CAP/MOT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
029/0124CC PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC./COTAS
1ª IPVA
2ª
3ª PAISO

PAGAR, PVA PARCELAMENTO/COTAS
00000000

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO FAGO

OBSERVAÇÕES
SEM RESTRICÇÕES

LOCAL DATA
SAO PEDRO DO PINHI 24/02/2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUAS CARGAS A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU "SEGURO DPVAT"

PI Nº 011670297521 BILHETE DE SEGURO DPVAT

24426695368 ODV-0134 2015

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 02 120

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 24/02/2016

VIA CDD/CPNJ PLACA
1 24426695368 ODV-0134

RENOVAM MARCA/MODELO
00462079023 HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. ANO MOD CHASSI
2012 2012 9C2JC4110CR547535

PRÊMIO TARIFÁRIO

PVE (R\$) CENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,03 014,33 143,36

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) OUTRAS DESPESAS SEGURO (R\$)
004,15 001,10 242,01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELAR 12/11/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.908/0001-04
www.seguradoralider.com.br

PI CORRETORA
DE SEGUROS

07 MAR 2019

DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 80°) 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**CARTA REANÁLISE
DE PROCESSO DE INVALIDEZ**

EU Marilyn da Cruz Cardoso

R.G. 2.749.526 E CPF 053.933.473-218 RESIDENTE NA

RU/AV: Rua Pequenas Ind

Nº 2585

BAIRRO Centro CIDADE São João do Rio UF: Pi

Relatar que que testemunha de acidente de trânsito

no dia 01.11.18, onde fui para uma consulta médica

DPVAT, onde recebi R\$ 1.687,50 pois não concordei com

o valor pois minhas despesas são significativas. Criei

procuras constitutivas comprovando a necessidade de

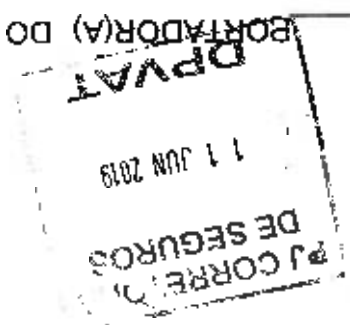
o recolhimento do plano físico, gratado com plano e procuras

metódicas, postas no atendimento procuras da gestão.

Cidade São João do Rio, 06 / 06 / 2019.

Marilyn da Cruz B. Cardoso
(Assinatura)

Declaro uma consulta médica DPVAT, seguros em aviso novos laudos.



SOLICITAÇÃO DE REABENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, Mirely da Cruz Batista Cardoso
 RG 2.749.526 / 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) 99981.6008 (86) 99426.0920

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

Indicou uma nova perícia médica DPVAT.
Pois fui para uma perícia médica,
onde avaliaram o meu processo e o médico
Hir Jamon Aguiar me pagaram R\$ 1.687,50
Pois eu não concordo com o valor, pois fiquei
com sequelas definitivas, solicito outro médico
avaliar o meu processo.

Local: São Pedro do Piauí UF: Pi DATA 06/06/19

Mirely da Cruz B. Cardoso

ASSINATURA



OBS:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 80°) 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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 PROXIMAIS 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

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 **Data do acidente:** 01/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
CARDOSO

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 PROXIMAIS 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Mirely da Cruz Batista Cardoso BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL solteira PROFISSÃO Lavadeira CI RGN.º 2749526 CPF/ MF
Nº 05393947348 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
RUA Leônidas Melo nº 2085
CIDADE DE São Pedro-Pi
ESTADO Piauí CEP. 64430000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 849.394.433-53 E RG SOB
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

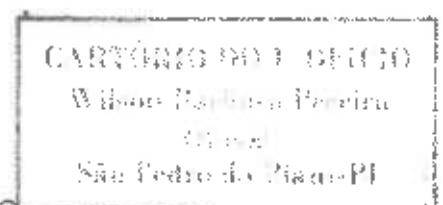
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos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

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

Cobertura: Inválidez Data Fato: 01/11/18



São Pedro do Piauí de Janeiro de 2019



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 AUTOGRÁFO, A ASSINATU-
RA APOSTA NO DOCUMENTO É AUTÊNTICA.-

SÃO PEDRO DO PIAUI-PI, 04 DE JANEIRO DE 2019
WILSON BARBOSA PEREIRA-OFFICIAL.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0078517/19

Vítima: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

CPF: 053.939.473-48

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/11/2018

Titular do CPF: MIRELY DA CRUZ
BATISTA CARDOSO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/11/2018

Titular do CPF: MIRELY DA CRUZ
BATISTA CARDOSO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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 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: 11/06/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

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?

[☒] 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)?

[☒] 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
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI