

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014123063	Cidade: Teresina	Natureza: Invalidez
Vítima: ROSILENE SAMPAIO	Data do acidente: 22/12/2013	Emissor do parecer: Arnaldo Kacelnik
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A	Prestadora: IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA	CRM do médico: 312915

PARECER

Data da análise: 17/03/2014

Valorização do IML: 0,00

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE + FRATURA DOS OSSOS DO CRÂNIO

Resultados terapêuticos: TTT CONSERVADOR

Sequelas permanentes: DEFICIT NEUROLÓGICO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DANO LEVE NEUROLÓGICO DANO RESIDUAL EM ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: ARNALDO KACELNIK

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100	1	25
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100	1	10

Valor avaliado: 4.725,00

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/03/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSILENE SAMPAIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 00000001557-8

Nr. da Autenticação 3C7BA75F5C6565DA

CONTÔMEO ADULTO
Av. Palmeira, 1842 - Centro - Teresina-PI Fone: (86) 3131-1234
Agoplus - SISAC - Sistema de Gestão Hospitalar

Identidade
Número
Ano
Data
Nascimento
Endereço
Telefone

ROSHLENE SAMPAIO
PARTICULAR (PLAMTA)
GERAL
13/09/1969
Rua 5 5869
VILA PARIS
Teresina/PI
8688894969

Código 923107.01
Matrícula 811
Sexo Feminino
Profissão
E. Civil Solteiro(a)
Idade 44 anos
C.I. 1245487/SSPPI
Histórico Em pronto socorro
Ult. Pagto / /
Médico HENRIQUE NEIVA CAVALCANTE

Data Atd. , 22/12/2013 22:23:00

Guia

Senha

Local consultório (02)

Tipo 4.Peq.Alend.

Resp

Recepção ANDERSON

Obs

Validado / /

Quadro Clínico

Paciente sofre acidente com motocicleta há 1 hora com TCE associado.
No momento refere cefaleia intensa. Glasgow 15 e PDR=FR . CT de crânio
mostra hematomas sub-reatos occipital esquerdo

CID10:

Diagnóstico

TCE

Exames Solicitados

CT de crânio

Conduita

Alta

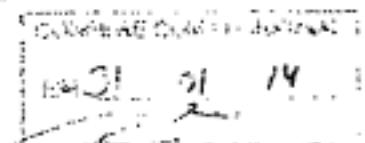
Orientaçãoenviar a storia de TCE

DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR

TIPO



Prescrição	Horário	Enfermagem/Observação	
Dr. Henrique Neiva Cavalcante NEUROLOGISTA T-PI 3566		CAPEMISA 13 FEV 2014	
Ass. Médico		RECESSO 06 MAR 2014	
Ass. Enf _____			
Consumo de Material			
Material	Quant	Material	Quant
Luvas		Seringa ml	
Ağulha 45 x 12		Seringa ml	
Ağulha Scalp		Seringa ml	
Destino Paciente			
() Internação () Observação () Alta () Outros			
Ass. Paciente ou Responsável			
Teresina-PI, 29/01/2014			



14/01/2014

PRONTOMED ADULTO		Convênio	PARTICULAR (PLAMTA)
Paciente	ROSILENE SAMPAIO	Data	11/01/2014
Idade	44 anos	Internado	
Peso	,00 Kg	Código	923107.01
Altura	,00 m	Leito	
Médico	HENRIQUE NEIVA CAVALCANTE	Número	Evolução nº

22/12/2013 HENRIQUE NEIVA - Emergência

Quadro Clínico:

Paciente sofreu acidente com motocicleta há 1 hora com TCE associado. No momento refere cefaléia e náusea. Glasgow 15 e PD=PE =FR

Diagnóstico:

TCE

Exames Solicitados:

CT de crânio s/c

Conduta:

Tipo de Saída: SADT

CAPEMISA

13 FEB 2014

22/12/2013 HENRIQUE NEIVA - Emergência

Quadro Clínico:

Paciente retorna com CT de crânio mostrando hematoma sub-galeal occipital esquerdo

Diagnóstico:

Exames Solicitados:

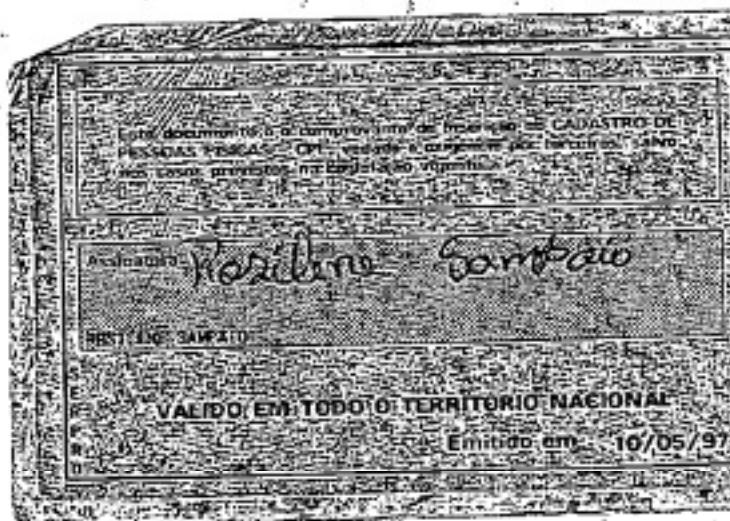
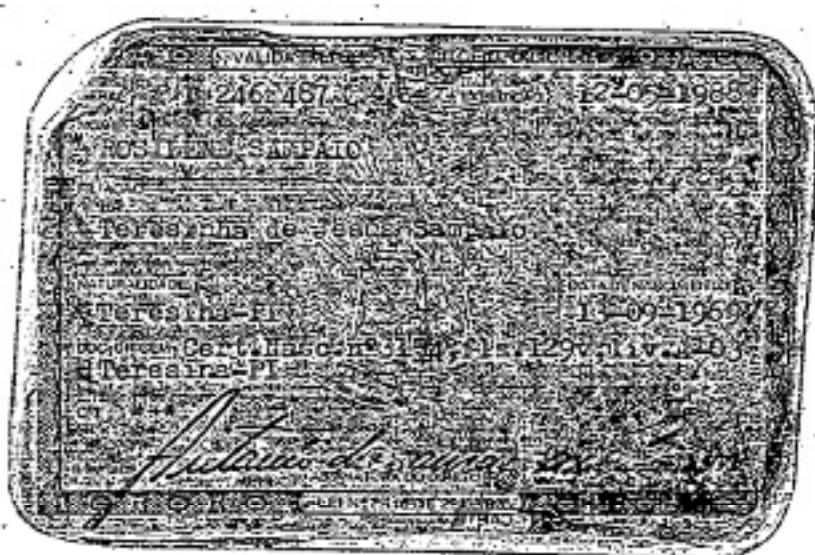
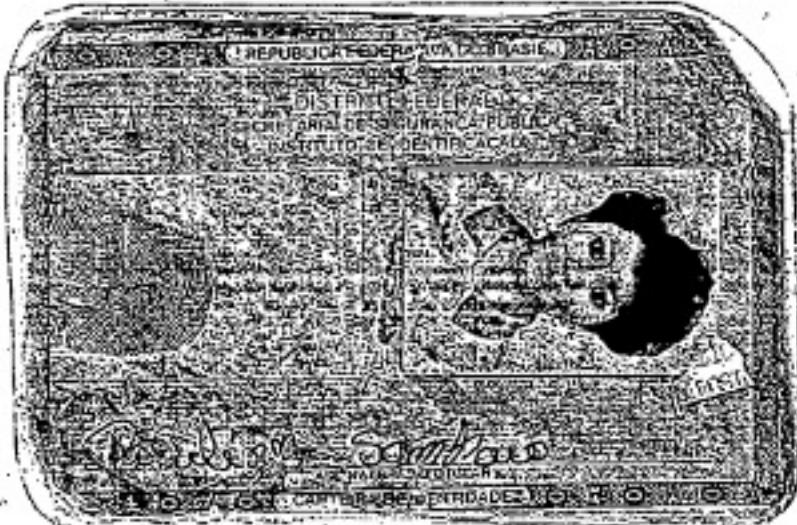
Conduta:

Alta

Orientações

Tipo de Saída: ALTA







DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI.

Eu, Rosilene Sampaio, portador da
carteira de
identidade nº 1.246.487 expedida no CPE/MF sob o nº
313.110.023 - 09,
residente e domiciliado na
UL. VILAS PARIS, Q:F C: 5968 Renascença Z.F
cidade Teresina, Estado Piauí, declaro, sob as
penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IMI, para os fins de
requisitamento de:
Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
(1) Não há estabelecimento do IMI no município da minha residência; ou
(2) O estabelecimento do IMI localizado no Município em que resido não realiza perícias para
fins de
próva do Seguro DPVAT; ou
(3) O estabelecimento do IMI localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro-DPVAT, para a
cobertura de
invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que
esta declaração
permita o prosseguimento à análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do
Instituto Médico
Legal-IMI, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora
Uber-DPVAT para a
correta avaliação da existência e atendimento do grau da lesão, assim como, para os fins do §1º do
art. 3º da Lei nº
6.194/74.
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa
pávila
concordância com a futura avaliação médica ou negativa ao direito de indenização, caso
discrede do seu
contendido.

Rosilene Sampaio

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Teresina - Piauí 04/02/2014

Lugar e data

CAPEMISA

13 FEVEREIRO 2014



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Rosilene Sampaio

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.246.483

EXPEDIDO POR SSP-PE

EM 12/05/88

CPF 81110023-04 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rosilene Sampaio, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

*1004039

! Para evitar a reprogramação

1) Os seguintes documentos não c



CAPEMISA

13 FEV 2014

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

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

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

- CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 3389 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 1557-3

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

LOCAL Teresina- Piauí DATA 04/02/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$15.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAPEMISA

13 FEB 2014



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

120 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000483/2014-14

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francisco Ribeiro De Sousa

Delegado: SEBASTIÃO ALVES DE ALENCAR NETO

Data/Hora: 03/02/2014 - 10:31

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

22/12/2013 - 23:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

BOLETO DE ULTRAMAR

"10040"

Município

TERESINA



Endereço

AV. MARECHAL CASTELO BRANCO, N°:

Ponto de Referência

Complemento

PRÓXIMO AS ASSEMBLEIA LEGISLATIVA



DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ROSILENE SAMPAIO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 1246487

Mãe: TERESINHA DE JEUS SAMPAIO

CAPEMISA

Pai: IGNORADO

13 FEB 2014

Endereço: RENASCENÇA II, N°:

Bairro: RENASCENÇA II

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão Corporal (outros).

RELATO DA OCORRÊNCIA

A DECLARANTE ESTEVE NESTA DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRANSITO PARA RELATAR QUE TRAFEGAVA EM UMA MOTO COMO GARUPA, HONDA/CG 125 FAN KS, ANO 2009/2010, PL- NIF- 7649, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO CARDOSO DE OLIVEIRA SOBRINHO, CPF- 349296303-04, SENTIDO CENTRO/SUDESTE, EM UMA PARADA PRÓXIMO AO PREDIO DA ASSEMBLEIA LEGISLATIVA, UM OUTRO VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO, COLIDIU COM LATERAL ESQUERDA DA MOTO QUE A DECLARANTE/VITIMA ANDAVA COMO GARUPA, QUE CAIU EM SEGUIDA, SOFRENDO LESÃO COORPORAL DE ACORDO COM O LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO PRONTOMED ADULTO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA SENHORA DE FRANCILENE SLVS DOS SANTOS, RG- 2275262-PI.

Francisco Ribeiro De Sousa - Mat. 0093548
AGENTE DE POLÍCIA

ROSILENE SAMPAIO - Noticiante
Responsável pela Informação

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rosilene Sampaio

RG nº 3.246.487, data de expedição 12/05/1988

Órgão SSP - BF, CPF nº 211.110.023-09, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA		*100404*
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)		
<u>VL. Vilas Páris</u>		
Número		
Apto / Complemento	<u>a: F C: 5968</u>	
Bairro	<u>Renascença II</u>	CAPEMISA
Cidade	<u>Teresina</u>	13.FEV.2014
Estado	<u>Piauí</u>	
CEP		
Telefone de Contato		
<u>(86) 8133-1777 / 9949-3100 / 9401-2688 / 3221-5607 / 3303-2104</u>		
E-mail	<u>rosilene.16@hotmail.com</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina - Piauí 04/02/14

Assinatura do Declarante: Rosilene Sampaio



DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

1004



Rosilene Sampaio

Alento p/ os duros fins que a
pac. acima apresente afaleia
crônica e vertigens, devido a fratura
de ossos do crânio (parietal e occipital
E), decorrentes de trauma craniano
por queda de moto. Apresenta limi-
tações funcionais, porém as informaçõe
permitem sua vida laborativa.

07/02/14

CAPEMISA
113 FEV 2014

Dr. Aylard B. Melo
MÉDICO
CRM-PI 2985

CNPJ: 11.444.5555/0001-49 - Insc. Municipal 200123-3
Rua Wilson Soares, 525 • São Cristóvão
CEP: 64052-310 • Teresina-PI
Tel.: 86 3232-6309 I 9966-3300
essentialsaudade@hotmail.com

ROSENNE SAMPAIO
PARTICULAR (PLAMTA)
GERAL
13/09/1969
Rua 5 5869
VILA PARIS
Teresina/PI
8688894969

Código 923107.01
Matrícula 8M
Sexo Feminino
Profissão E. Civil Soterrim(a)
Idade 44 anos
C.I. 1246487/SSPPI
Histórico Em pronto socorro
UIL/Pagto / /
Médico HENRIQUE NEIVA CAVALCANTE

Data Atd. 22/12/2013 22:23:00
Guia
Senha
Local consultórios (02)
Tipo 4.Peq.Atend.
Resp
Recepção ANDERSONL
Obs
Validade / /

quadro Clínico
Paciente sofre acidente com motocicleta há 1 hora Com TCE associado.
No momento refere cefaléia enxaqueca - Glasgow 15 e PBF=PEFR . CT de crânio
mostra hematomas sub-axial occipital esquerdo

CID10:

agnóstico

TCE

exames Solicitados

CT de crânio

Conduta

Alta.

Orientação envio a séticos de HTCC

Prescrição

Horário

Enfermagem/Observação

CAPEMISA
13 FEV 2014

Jr. Henrique Neiva Cavalcante
NEUROLOGISTA
T-PI 3586

Ass. Médico

Ass. Enf _____

Consumo de Material

Material	Quant	Material	Quant	Material	Quant	Material	Quant
Luvas		Seringa ml					
Ağulha 45 x 12		Seringa ml					
Ağulha		Seringa ml					
Scalp		Seringa ml					

Teresina-PI, 29/01/2014

Destino Paciente

() Internação () Observação () Alta () Outros

Ass. Paciente ou Responsável

31.01.14
KCA

PRONTOMED ADULTO		Convênio	PARTICULAR (PLAMTA)
Paciente	ROSILENE SAMPAIO	Data	/ /
Idade	44 anos	Internado	
Peso	,00 Kg	Código	923107.01
Altura	,00 m	Leito	
Médico	HENRIQUE NEIVA CAVALCANTE	Número	Evolução nº

22/12/2013 HENRIQUE NEIVA - Emergência

Quadro Clínico:

Paciente sofreu acidente com motocicleta há 1 hora com TCE associado. No momento refere cefaléia e náusea. Glasgow 15 e PD=PE =FR

Diagnóstico:

TCE

CAPEMISA

Exames Solicitados:

CT de crânio s/c

13 FEV 2014

Conduta:

Tipo de Saída: SADT

22/12/2013 HENRIQUE NEIVA - Emergência

Quadro Clínico:

Paciente retorna com CT de crânio mostrando hematoma sub-galeal occipital esquerdo

Diagnóstico:

Exames Solicitados:

Conduta:

Alta

Orientações

Tipo de Saída: ALTA

Nome: ROSILENE SAMPAIO
Sexo: FEM Idade: 44 anos
Médico: HENRIQUE NEIVA CAVALCANTE
Data: 23/12/2013 08:16:56
Código: 923107.01

med
imagem

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO
(3 filmes) (LE) (CL)

TÉCNICA

Estudo realizado com tomógrafo multi-slice através de aquisição volumétrica dos dados, com cortes submilimétricos, antes e após administração endovenosa do meio de contraste iodado, que foram pós-processados, obtendo-se imagens axiais.

ACHADOS:

Fratura completa, alinhada, acometendo os ossos occipital e parietal à esquerda.
Aumento do volume das partes moles extracranianas, em região parietal esquerda.
Parênquima encefálico apresentando valores de atenuação radiológica dentro dos limites normais.
Cisternas e sulcos corticais sem modificações.
Sistema ventricular: com morfologia e dimensões anatômicas.
Ausência de desvios das estruturas da linha média ou calcificações patológicas.

CAPEMISA

13 FEV 2014

CONCLUSÃO:

1. FRATURA COMPLETA, ALINHADA, ACOMETENDO OS OSSOS OCCIPITAL E PARIETAL À ESQUERDA;
2. HEMATOMA SUBGALEAL PARIETAL ESQUERDO.
3. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.


Dr. Henrique Neiva Cavalcante
CRM 3013



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014123063	Cidade: Teresina	Natureza: Invalidez
Vítima: ROSILENE SAMPAIO	Data do acidente: 22/12/2013	Emissor do parecer: Arnaldo Kacelnik
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A	Prestadora: IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA	CRM do médico: 906387

PARECER

Data da análise: 25/02/2014

Valorização do IML: 0,00

Perícia médica: Não

Diagnóstico: POLITRAUMA

Resultados terapêuticos: TTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Encaminhar BAM do Hospital onde se deu o primeiro atendimento, com a descrição das lesões agudas e as condutas médicas realizadas para corrigi-las.

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: RAFAEL SANTOS

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	% Dimensão	Graduação
Danos não definidos.		

Valor avaliado: 0,00