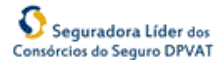


## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## 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**Valoração 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	Gradação
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: 000000001557-8

---

Nr. da Autenticação 3C7BA75F5C6565DA

Emissão: 29/01/2014 13:27:13

## CONTOMED ADULTO

15 Paissandu, 1842 - Centro - Teresina-PI Fone: (86) 3131-1234  
 Igcplus - SISAC - Sistema de Gestão Hospitalar

Identificação: ROSILENE SAMPAIO  
 Tipo: PARTICULAR (PLAMTA)  
 Geral: GERAL  
 Data de Nascimento: 13/09/1969  
 Endereço: Rua 5 5869  
 Teresina/PI  
 Telefone: 8688894969

Código: 923107.01  
 Matrícula: SM  
 Sexo: Feminino  
 Profissão:  
 E. Civil: Solteira(a)  
 Idade: 44 anos  
 CI: 1246487/SPPPI  
 Histórico: Em pronto socorro  
 Últ. Pagto: ( )  
 Médico: HENRIQUE NEIVA CAVALCANTE

Data Atd.: 22/12/2013 22:23:00  
 Guia:  
 Senha:  
 Local: consultório (02)  
 Tipo: 4. Reg. Atend.  
 Resp:  
 Recepção: ANDERSONI  
 Obs:  
 Validade: / /

## Quadro Clínico

Paciente sofreu acidente com motocicleta há 1 hora com TCE associado.  
 No momento refere cefaleia e náusea. Glorup 15 e D-REFR. CT de crânio  
 mostra hematoma sub-galeal occipital esquerdo

CID10:

## Diagnóstico

TCE

## Exames Solicitados

CT de crânio

## Conduta

Alta

Orientação quanto a sinais de HxT

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



TIPO

Prescrição

Horário

Enfermagem/Observação

CAPEMISA  
 13 FEV 2014

RECEBIMOS

06 MAR 2014

Dr. Henrique Neiva Cavalcante  
 NEUROLOGISTA  
 CRM-PI 3566

Ass. Médico

Ass. Enf

## Consumo de Material

Material	Quant	Material	Quant	Material	Quant	Material	Quant
Luas		Seringa	ml				
Aguilha 45 x 12		Seringa	ml				
Aguilha		Seringa	ml				
Scalp		Seringa	ml				

Destino Paciente

Teresina-PI, 29/01/2014

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

Ass. Paciente ou Responsável

CONTOMED ADULTO - 1842

1842 21 14

PRONTOMED ADULTO		Convênio	PARTICULAR ( PLAMTA )
Paciente	ROSILENE SAMPAIO	Data	11
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 FEV 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:**

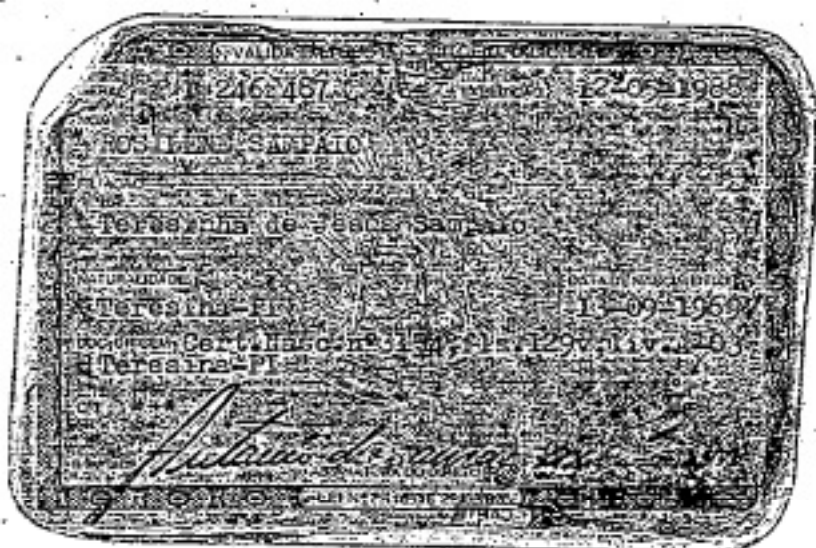
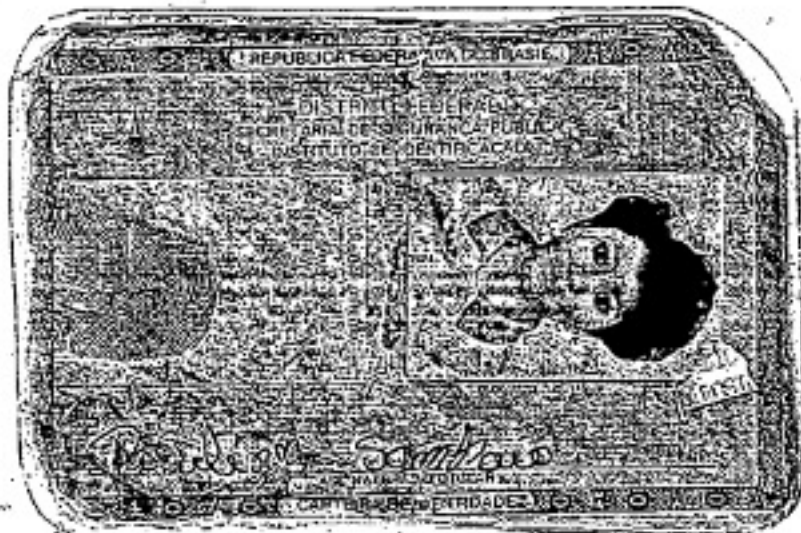
Alta

Orientações

Tipo de Saída: ALTA

RECEBIDO

06 MAR 2014





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rosilene Sampaio, portador da  
carteira de  
identidade nº 1.246.487 e inscrita no CPF nº 313.130.023-09  
residente e domiciliado na  
VL. VILAS PARIS, Q.F. C. 5968 Renascença II  
Cidade Teresina, Estado Piauí, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para  
fins de  
prova do Seguro DPVAT; ou  
(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo  
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;  
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a  
cobertura da  
inutilidade 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-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora  
Líder DPVAT para a  
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do  
art. 3º da Lei nº  
6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa  
prévia  
concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugnação, caso  
discordar do seu  
conteúdo.

Rosilene Sampaio

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Teresina - Piauí 04/02/2014

local e data

CAPEMISA

13 FEV 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 da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Rosilene Sampaio  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.246.487 EXPEDIDO POR SSP-PF EM 12/05/88 E  
 CPF 811110023-04 / CNPJ 00000000-0000-00, 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



CAPEMISA

13 FEV 2014

1) Os seguintes documentos não:

- 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 de 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](http://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 1557-8

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

LOCAL Teresina-Piauí DATA 04/02/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Rosilene Sampaio

## ATENÇÃO

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

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAPEMISA

13 FEV 2014





**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

Município

TERESINA

Endereço

AV. MARECHAL CASTELO BRANCO, Nº:

Complemento

PROXIMO AS ASSEMBLEIA LEGISLATIVA

Ponto de Referência

BOLETIM DE Ocorrência

"100203"



**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: ROSILENE SAMPAIO

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 1246487

Mãe: TERESINHA DE JEUS SAMPAIO

Pa: IGNORADO

Endereço: RENASCENÇA II, Nº

Bairro: RENASCENÇA II

Cidade: TERESINA

CAPEMISA

13 FEV 2014

**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 RELATA 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 PROXIMO 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 de Polícia  
Civil do Estado do Piauí  
Mat. 108.617-X

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rosilene Sampaio


RG nº 1.246.487, data de expedição 12/05/1988

Órgão SSP - DF, CPF nº 811.110.023-04, venho perante a

este instrumento declarar que não possuo 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça) <u>VL. Vilas Pavis</u>	COMPROVANTE DE RESIDENCIA  *1004040*
Número	
Apto / Complemento <u>A: F C: 5968</u>	
Bairro	CAPEMISA
<u>Renascença II</u>	13 FEV 2014
Cidade	
<u>Teresina</u>	
Estado	
<u>Piauí</u>	
CEP	
Telefone de Contato	
<u>(86) 8133-1777 / 9949-3100 / 9401.2688 / 3221-5607 / 3303-2104</u>	
E-mail	
<u>miriane.16@hotmail.com</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina-Piauí 04/02/14

Assinatura do Declarante: Rosilene Sampaio

# **Eletrobras** Distribuição Piauí

ROTEIRO DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ  
MARANHÃO, 739, CENTRO SUL - TERESINA - PI  
CEP: 64.000-000  
FONE: (085) 3361-1000  
FAX: (085) 3361-1001  
E-MAIL: atendimento@eletrobras.com.br

CLIENTE: ROSILENE SAMPAIO  
ENDEREÇO: VL VILA PARIS S/N Q-F C-5968 B-URBANO

LOCALIDADE: TERESINA CEP: 64.000-000  
CNPJ: 00001111002304

## **DADOS SOBRE LEITURA**

Leitura Atual:	4324	Data da Leitura Atual:	30/10/2013
Leitura Anterior:	4134	Data da Leitura Anterior:	27/09/2013
Consumo Medido:	190	Data da Próxima Leitura:	30/11/2013
Consumo Estimado:	190	Data de Emissão:	30/10/2013
Constante da Multicópiador:	1	Data de Apresentação:	30/10/2013
Forma de Pagamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	33
Número de dígitos de Leitura:	5		

## **CARACTERÍSTICAS DA SUA UNIDADE CONSUMIDORA**

Classe	Uso	Medidor	Porta	Código Pat.	Mês 12 Meses
MONO	MONO	A1412517		14111	220

ROTEIRO: 19.001.71.65.143200

## **HISTÓRICO DE CONSUMO**

MES/ANO	CONSUMO	MES/ANO	CONSUMO
JUL/13	191	JUN/13	226
AGO/13	128	FEV/13	272
SET/13	147		
OUT/13	208		
NOV/13	255		

## **VALORES FATURADOS**

CONSUMO	30 A R\$ 0,145178 =	4,35
CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)	70 A R\$ 0,248872 =	17,42
DIFERENÇA DE TARIFA	90 A R\$ 0,373315 =	33,59
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		4,27
CORREÇÃO MONETÁRIA: 07/13-00		24,84
MULTA POR ATRASO 07/13-00		19,19
PARCELAMENTO DE DÉBITOS: 5/24		1,04
JUROS DE MORA DE IMPO 07/13-00		3,17
		87,37
		3,80

CAPEMISA  
13 FEV 2014

RESERVA DE FISCOS: 885F, E497, 1076, 0CE5, F888, 801C, 38C6, E54D  
COMPOSIÇÃO DA FATURA  
Valor de Energia: 29,40  
Valor de Transmissão: 2,01  
Valor de Encargos: 4,35  
Valor de Tributos: 18,31  
Valor de ICMS: 20,00%  
Valor de ICMS: 16,04  
Valor de PIS: 0,41  
Valor de COFINS: 1,86  
Valor a Pagar R\$ 160,66  
Vencimento 06/11/2013

INDICADORES DE CONTINUIDADE				FIC:				OMIC:			
DIC:				TRIMESTRAL				ANUAL			
MESES	TRIMESTRAL	ANUAL	TRIMESTRAL	ANUAL	TRIMESTRAL	ANUAL	TRIMESTRAL	ANUAL	TRIMESTRAL	ANUAL	TRIMESTRAL
LIMITE	5,07	10,15	20,30	3,23	6,47	12,95	2,86				
REALIZADO	2,77			2,00			2,00				

CONSUMO: TERESINA-MARQUES  
REAVISO DE VENCIMENTO  
Valor R\$ 142,35  
Vencimento 06/11/2013

ROTEIRO: 19.001.71.65.143200  
CÓDIGO ÚNICO: 393848-4  
TOTAL A PAGAR - R\$ 160,66  
Vencimento 06/11/2013

**Eletrobras**  
Distribuição Piauí

N.F.: 001112653

Mês Faturado: 10/2013

Vencimento: 06/11/2013

ELETOBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ  
AV. MARANHÃO, 739, CENTRO SUL - TERESINA - PI  
CEP: 64.000-000 FONE: (085) 3361-1000

83640000001 1 60660017000 9 00000000393 9 84841013003 4

DT. LEIT.: 30/10/2013 T. ENTR.: 01  
TOTAL: 160,66 CARGA: 011  
TRREG.: 000 COLETOR: 0012



DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

\*10041



Rosilene Sampaio

Atesto q' os dados fornecidos a  
pac. acima apresentam afecção  
crônica e vertigens, devido a fratura  
de ossos do crânio (parietal e occipital  
E), decorrentes de trauma craniano  
por queda de moto. Apresenta limi-  
tação funcional, pois as síndromes preje-  
deram sua vida laborativa.

02/02/14

CAPEMISA  
13 FEV 2014

7  
Dr. Aylton B. Melo  
MÉDICO  
CRM-PI 2985

## TOMED ADULTO

Alissandu, 1842 - Centro - Teresina-PI Fone: (86) 3131-1234  
 SUS - SISAC - Sistema de Gestão Hospitalar

Nome: ROSILENE SAMPAIO  
 Tipo: PARTICULAR (PLANTA)  
 Geral

Data de Nascimento: 13/09/1969  
 Endereço: Rua 5 5869  
 VILA PARIS  
 Teresina/PI

Fone: 8688894969

Código: 923107.01  
 Matrícula: 88  
 Sexo: Feminino  
 Profissão:  
 E. Civil: Solteiro(a)  
 Idade: 44 anos  
 CI: 1246487/SSPPI  
 Histórico: Em pronto socorro  
 UilPagto: //  
 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: //

Adro Clínico: Paciente sofreu acidente com motocicleta há 1 hora com TCE associado.  
 No momento refere cefaleia e náusea. Glascow 15 e P-R-E-F-R. CT de crânio  
 mostra hematoma sub-galeal occipital esquerdo

CID10:

agnóstico  
 TCE

Exames Solicitados

ct de crânio

Condução

Alta

Orientação quanto a sinais de H+C

Prescrição

Horário

Enfermagem/Observação

CAPEMISA

13 FEV 2014

Dr. Henrique Neiva Cavalcante  
 NEUROLOGISTA  
 CRM-PI 3586

Ass Médico

Ass. Enf

Consumo de Material

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

Destino Paciente

Teresina-PI, 29/01/2014

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

Ass. Paciente ou Responsável

COPIA DE AUTOGRAFIA

2014 01 14

PRONTOMED ADULTO		Convênio	PARTICULAR ( PLAMTA )
Paciente	ROSILENE SAMPAIO	Data	1 / 1
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 FEV 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

**med  
imagem**

Nome: **ROSILENE SAMPAIO**  
Sexo: **FEM** Idade: **44 anos**  
Médico: **HENRIQUE NEIVA CAVALCANTE**  
Data: **23/12/2013 08:16:58**  
Código: **923107.01**

**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:**

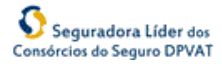
1. ~~FRATURA COMPLETA, ALINHADA, ACOMETENDO OS OSSOS OCCIPITAL~~  
E PARIETAL À ESQUERDA;
2. **HEMATOMA SUBGALEAL PARIETAL ESQUERDO.**
3. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

  
Dr. Leonardo Veloso  
CRM 3013



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí  
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826  
E-mail: falecom@medimagem.com.br  
Visite nosso site: www.medimagem.com.br

## 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**Valoração 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