

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: 19/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000010591-2

Nr. da Autenticação E0973F229F7F48D1

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: 21/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 168,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 000000010591-2

Nr. da Autenticação A6C19B71642F3938

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180468323 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 06/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA, PARAFUSOS E FIO DE KIRSCHNER). ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180468323 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 06/05/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA VOLAR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 10º) DO PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR GRAU IV E HIPOTROFIA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM AGOSTO DE 2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/01/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA PELA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 17/10/2018. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO EM GRAU LEVE. DE ACORDO COM PERÍCIA MÉDICA REALIZADA, ADEQUAR INDENIZAÇÃO COMPLEMENTANDO PARA DANO SEVERO DO PUNHO DIREITO.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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 dos punhos	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
Total			1,25 %	R\$ 168,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU

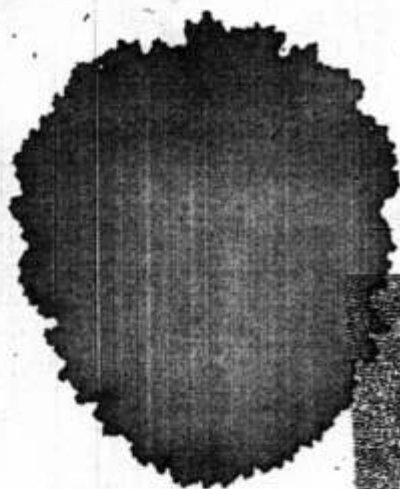


SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PEO (código)	04 Saída de PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	13 Ponto de referência			
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo		16 Idade	
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		18 Tipo de ocorrência		
Tipo de Ocorrência	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
	19 Vítima 20 Meio de locomoção 21 Outra parte envolvida 22 Equipamentos de segurança				
Exame Físico	23 Glasgow		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
Assistência	29 Dor		30 Fratura		31 Procedimentos realizados
	32 Hospital de Destino		33 Condições de entrada		34 Óbito
Observações Interdisciplinar					

DEPARTAMENTO DE REGISTRO
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO
05 OUT 2016
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cristóvão Colombo, 465 - Lj. C
Teresina - PI CEP: 64.067-970

Alton



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NOME DO PACIENTE: Maria Ruxilene dos Santos Sfr
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 475820

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Br. João Vitor 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

oib petiv

RAIO-X REALIZADO

DATA 06/05/2018 17:33:44

Técnico: (Assinatura) (Estação: ACCRO)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA	Prontuário:	475820
Mãe:	MARIA NATIVIDADE DOS SANTOS SILVA	Pai:	RAIMUNDO GOMES DA SILVA
End. Resid.:	RUA A N 591 - MAFRENSE - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento:	02/06/1988	Idade:	29a:11m:4d
Sexo:	Feminino	Fone:	86-99460-5498
Responsável:	DEUS	CNS:	
Profissão:	VENDEDORA	Documento:	RG: 2430955 - SSP PI
G. Instrução:	Médio Completo	E.Civil:	Concubinato
End. Local.:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	663767	Data:	06/05/2018 17:26:51	Condução:	AMBULÂNCIA DO SAMU		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Id. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não	CID Secundario:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, REFERE LOMBALGIA, DOR INTENSA EM MSD	FRANCISCA ELIZABETE DE MACEDO COREN 79289 Em: 06/05/2018 17:33:43		

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

Pet vítima de acidente de motocicleta há menos de 1h. Capacidade, nega vomito e perda de consciência. Trajeto pelo samu.

A- Via aérea livre. Cí color cervical e prancha.

B- MTD bilateralmente, 2/ R/A. Espinhas.

C- RR em 2T. BNF 2/2. FC: 125. Pulso arterial. Abdomen inocente.

D- Glângx 25. Sensibilidade, motricidade preservada em todos membros. ppil. m. f. b.

E- Diminuição de mobilidade em MSD. Dor em hemitórax E

RAIO-X REALIZADO

DATA 6/5/2018

Técnico: (Assinatura)

PA 120 X 90 mmHg Pulso: ____ FC: ____ bpm Temp.: ____

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de antebraço, D, braço, mão, tórax

SF 0,9% 500ml, IV, ager

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coentro de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____ / ____ / ____

HORA: ____

Se Internação, indique o Procedimento e CID

40800431

Procedimento

CID

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico



FMS
Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA



Nome do Paciente: Maria Deusilane dos Santos Silva

Nome do Médico: Maria D. S. Silva

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

PRONTUÁRIO

D. NASCIMENTO

CLÍNICA

INF. EJ. ART.

LEITO

MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE

ORTOPÉDIA

OBSERVAÇÕES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

DATA: / / HORA: :

1. Dieta Geral
2. SF 0,4g + SMOLELYN 12/12h
3. Digicora 0,3 sup + ADEV 5/6h
4. Tanacetam 20mg + ADEV 12/12h
5. Ranitidina 150mg + ADEV 8/8h
6. Pilsit 0,1 sup + ADEV 8/8h
7. CLOZ + 55V

Ediana Nogueira
NUTRICIONISTA
CRN: 3716

09:00 Medicação 55V

PA: 120/170 mmHg R: 20

PR: 71 bpm, T: 36,8

Med. Euf. c/ Metoprolol 50mg

Enteoprelia
CORREN 240-600

SEGRETO
Só para uso interno
do Hospital de Urgência de Teresina

Med. Euf. c/ Metoprolol 50mg
Enteoprelia
CORREN 240-600

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 OUT 2018

GENTE SEGURADORAS S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

Dr. Manoel

MÉDICO/CRM:

Maria Paula

Mod: 007



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente: Maria Deusilene dos Santos Silva
Diagnóstico pré-operatório: Fratura de diáfise distal de rádio + ulna
Operação - Tipo: Redução Cirúrgica + fixação interna com placas + parafusos fio X
Cirurgião: Dr. Gualberto 1º Assistente: Dr. Fernando de Oliveira
2º Assistente: Ortopedia e Traumatologia 3º Assistente: Ortopedia e Traumatologia
ERM-4245/TEOT: 11438 CRM-213907-TEOT 11913
Instrumentador(a): Dr. Adriano Anestésico(a): Dr. Adriano
Anestésico(a): Dr. Adriano Anestesia: IPPB

Data da Operação: 03.07.2018 Início: 14:00 Fim:

Diagnóstico Pós-operatório: Fratura extremamente cominutiva
Redução difícil.
Conseguido bom alinhamento no
AP e no perfil. Fratura estrutural

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Paciente em DDA sob anestesia
- 2) Preparo Habitual
- 3) Via dorsal direta em bordo radial de antebraço
- 4) Redução Cirúrgica + fixação interna com placas + parafusos em rádio sob radioscopia
- 5) Redução Cirúrgica + fixação interna de ulna distal com fio X intramedular sob radioscopia
- 6) Fechamento por planos
- 7) Curativo

FOLHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE	
Marta Deussilene dos Santos Silva			
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO
04.01.18	130x70	80 bpm	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA
EXAMES DE URINA			
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA			
SISTEMA CIRCULATÓRIO		ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO		ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO		SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL		CORTICOIDES	ATARAXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		OUTROS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)		APLICADO AS	EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES	
	1		
	2		
	3		
LÍQUIDOS	SO-UTO 500		
	400		
	SANGUE 300		
	200		
	OUTROS 100		
TEMPERATURA T	C°		
	260		
	240		
	2		
P. ARTERIAL	38		
V O	200		
PULSO	180		
	160		
	140		
INÍCIO E FIM ANESTESIA X	120		
	100		
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	90		
	80		
	40		
RESPIRAÇÃO O	20		
	10		
SÍMBOLOS		DURAÇÃO	
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERACÕES			
CIRURGIÕES			
ANESTESISTAS			
PARTICULARIDADES		CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	

SEGURO
SEGUROS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 OUT 2018
GENTE SEGURO S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 68.002-470
Teresina-Pi

Dr. Adriano Camilo
Anestesiologista
CRM-Pi 4033



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/05/2018

NOME DO PACIENTE	Maria Deusilene dos Santos Silva	PRONTUÁRIO Nº	475820
DIAGNÓSTICO		CIRURGIA	
ANESTESIA	3PB	Nº DA SALA	06
CIRURGIÃO	Dr. Bruno Fleire	CPF Nº	
AUXILIAR	Dr. Fernando	CPF Nº	
ANESTESIA	Dr. Adriano	CPF Nº	
INSTRUMENTADORA	Jeymy	CPF Nº	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	50		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	-		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
ÓGASES	PAC.	04		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-		Cateter 02		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletródos -		05 unid.	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Escovas -		03 unid.	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Cupam -		02 unid.	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				Faixa de sush -		02 unid.	
ALCOFIL							
MONONYLON 2-0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 2-0		02		CIRCULANTE:	Solange martinho		
PROLENE							

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 485 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi

FOLHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		N.º DE REGISTRO	
MARCIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA					
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
01.01.18	130x70mm	80b/m			
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRÍTICOS	GLICEMIA
					DOS UREIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA					
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	
SISTEMA DIGESTIVO				BRONquite	
ESTADO MENTAL				SISTEMA URINÁRIO	
				CORTICOIDES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ATARAXICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				OUTROS	
				FÍSICOS	
				APLICADO AS	
				EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO	14:20			15:40
	1				TOTAL DE DOSES
	2				
	3				
LÍQUIDOS	SO-UTO 500				
	400				
	SANGUE 300				
	200				
	OUTROS 100				
TEMPERATURA T	Cº	260			
		240			
P. ARTERIAL	38	2			
V O		200			
PULSO		180			
		160			
		140			
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120			
		100			
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		80			
		60			
RESPIRAÇÃO O		40			
		20			
		10			
SÍMBOLOS		SEQUÊNCIA			
		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
		6			
		7			
		8			
		9			
		10			
		11			
		12			
		13			
		14			
		15			
TÉCNICAS		DURAÇÃO			
BLOQUEIO DE PLEXO CERVICAL		INCIDENTE - ACIDENTE			
FINTAMENTO CERVICAL		E SEQUELA			
CIRURGIAS		DE PRATICA E			
ANESTESISTAS		DE PRATICA E			
DR. ADRIANO CAMILA		CONDICÕES POS-OPERATÓRIO			
ANESTESIOLOGISTA		IMEDIATAS			
CRM-PI 4033					
PARTICULARIDADES					



NEOCLÍNICA

Qualidade para sua saúde

Paciente: MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA

Nascimento: 02/06/1988



LAUDO MÉDICO

Atesto que paciente supracitada, vítima de acidente de trânsito, apresentou fratura gravíssima de ossos de antebraço direito, tendo sido operada com placa e parafusos além de pinos intraósseos, ficou internado durante mais de 02 (dois) dias. Apresenta alta definitiva atual, evolui com dor e limitação com impotência funcional punho direito de 70 %.

CID-10: S525/ S524/ M191

Dr. Glauson Nascimento
Ortopedia / Traumatologia
CRM-Pi 2775 / TECT 10604

Teresina, 18/12/2018

Dr. GLAUSON TUQUARRE NASCIMENTO
CRM 2775

Clinica Médica - Cardiologia - Procedimentos Cirúrgicos - Ginecologia - Gastroenterologia
Obstetrícia - Fonoaudiologia - Proctologia - Urologia - Ortopedia - Oftalmologia - Neurologia
Dermatologia - Otorrinolaringologia - Reumatologia

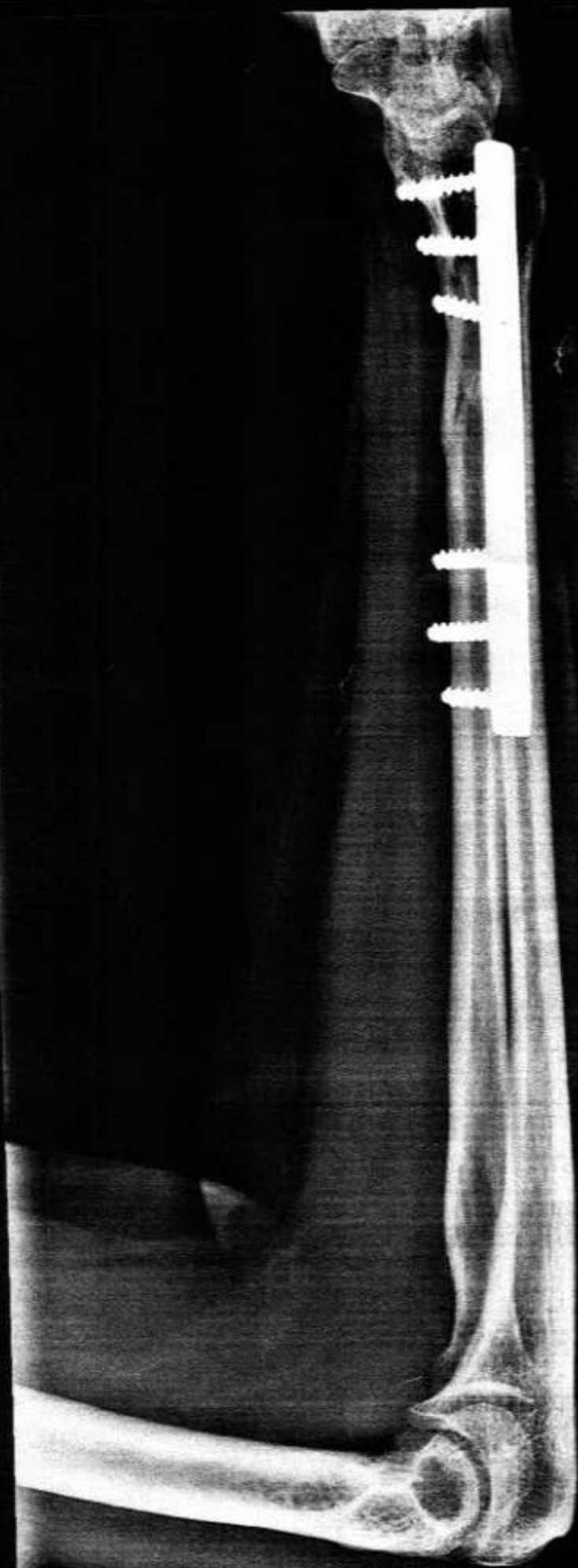
Rua Anísio de Abreu, 622 - Centro/Sul • Teresina-Piauí • Cep: 64.001-330

Fone/Fax: (86) 3131-6666 / 3221-6174 • www.neoclinica.net.br

DIR.

MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SI Time: 13/12/2018 12:14
ID: 550794 DOB: 2/6/1988 Sex: F





MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SI Time: 13/12/2018 12:14
ID: 550794 DOB: 2/6/1988 Sex: F

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.430.955	DATA DE EXPEDIÇÃO	13/09/16
NOME	MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA		
FILIAÇÃO	MARIA NATIVIDADE DOS SANTOS SILVA RAIMUNDO GOMES DA SILVA		
NATURALIDADE	UNIÃO-PI	DATA DE NASCIMENTO	02/06/1988
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 40493 L A83 F 563 CP EXP UNIÃO-PI 10/06/88 027.145.953-08		
0964802		ASSINATURA DO DIRETOR	<i>Marcos Pinheiro</i>
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 OUT 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Maria Deusilene dos Santos Silva
0964802

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

**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: **3180468323**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Tourino, 691, BAIRRO URBANO - Mafrense - Teresina - PI - CEP 64005-700

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2430955**

Data e local do acidente: [**06/05/2018**]

AV. PRINCIPAL DO JACINTA ANDRADE - JACINTA ANDRADE - TERESINA PI

Data e local do exame: [**10/01/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

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

VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA VOLAR, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 10º) DO PUNHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR GRAU IV E HIPOTROFIA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO.

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.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM AGOSTO DE 2018.

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 punho direito

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):

Punho direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

VÍTIMA JÁ INDENIZADA PELA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 17/10/2018. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO EM GRAU LEVE. DE ACORDO COM PERÍCIA MÉDICA REALIZADA, ADEQUAR INDENIZAÇÃO COMPLEMENTANDO PARA DANO SEVERO DO PUNHO DIREITO.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

027.145.953-08

Nome completo da vítima

Maria Deusilene Dos Santos Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Maria Deusilene Dos Santos Silva		CPF titular da conta 027.145.953-08	Profissão vendedora
Endereço R. Terino	Cidade Teresina	Número 691	Complemento Casa
Bairro urbano	Estado PI	CEP 64000-000	Telefone (DDD) (86) 3303-4104

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO 3828 (Informar dígito se existir)		D/V 10591 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO 2 (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO (Informar dígito se existir)	
D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO (Informar dígito se existir)		D/V (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na minha agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

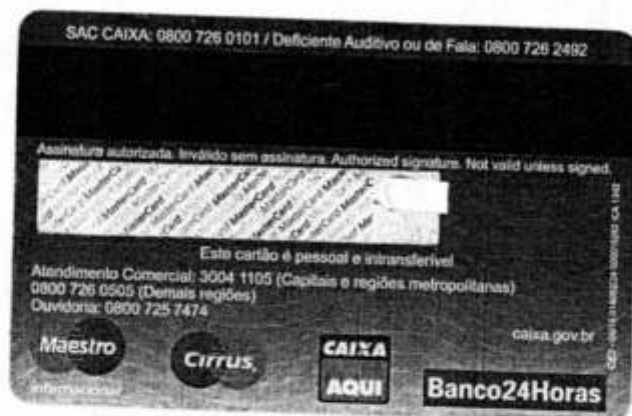
Teresina 04 de Outubro de 2018
Local e Data

Maria Deusilene Dos Santos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001635/2018-21

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 04/06/2018 - 08:10

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

06/05/2018 - 16:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. PRINCIPAL DO JACINTA ANDRADE, Nº:

Complemento

Bairro

JACINTA ANDRADE

Ponto de Referência

BATALHÃO DA PM

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 2430955 PI

Mãe: MARIA NATIVIDADE DOS SANTOS SILVA

Endereço: RUA A, Nº 691

Bairro: MAFRENSE

Cidade: TERESINA


NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

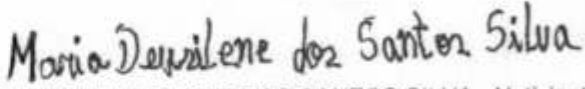
Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 160 FAN ESDI, PLACA PIJ-4270-PI, COR PRATA, RENAVAL 01072392434, PROP. DE ISABEL THIAGO DA SILVA SOUSA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO, CAINDO EM SEGUIDA. FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HUT. (PRONT. 475820). DECLARAÇÕES DA NOTICIANTE.


Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA


MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



**SAMU
192**

Dados do Chamado		01 N° do chamado 962	02 Data do chamado 01/11/18	03 PEO (código) 1191	04 Saída do PA 16:26	05 Chegada ao local 16:30
Local da Ocorrência		06 Saída do local 16:48	07 Chegada ao 1º hospital 17:29	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Dados do Paciente		10 Endereço Av. Principal do facinto de Indaiatuba	11 Bairro Santa Maria do Louro	12 Município-UF Tietê SP	13 Código IBGE	
Tipo de Ocorrência		14 Nome Maria Deusilene dos Santos Silva	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	16 Idade 29	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Acidente de Transporte		18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	
Exame Físico		19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança 1 - Capacete 2 - Airbag 3 - Cinto de segurança 4 - Assento para criança	
Assistência		23 Glasgow 15	RESPOSTA VERBAL 1 - Orientada 2 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 4 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 1 - Obedece a comandos 2 - Localiza dor 3 - Movimento de retirada 4 - Flexão anormal 5 - Extensão anormal 1 - Nenhum	24 Sinais vitais Pulso 130 Bat/100 Pressão 130x90 TAX 98% SatO2	25 Local da lesão
Hospital de Destino		26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Dor 1 - Sem Dor 2 - Leve 3 - Moderada 4 - Intensa	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Fratura 1 - Sim 2 - Exposta 3 - Fechada 4 - Não 5 - Suspeito	
Observações Interdisciplinar		30 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 1 - Aspiração 2 - Prancha longa/curta 3 - Oxigênio 4 - Colar cervical 5 - Curativos 6 - Kred 7 - Imobilização de extremidades 8 - Ranimação cardiopulmonar 9 - Assistência odontológica	31 Glicemia 32 Acesso venoso 33 Medicamentos a) b) c)	34 Hospital de Destino 35 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado	36 Óbito 1 - Sim 2 - Não	
<p>Res: motociclista pilotando a moto em alta velocidade, sofreu descolagem e posterior queda, apresentando dor no abdômen, com fratura exposta da tíbia e fíbula da perna esquerda, com fratura exposta da tíbia e fíbula da perna direita, com fratura exposta da tíbia e fíbula da perna esquerda, com fratura exposta da tíbia e fíbula da perna direita.</p>						
Responsável pela recepção		Socorristas Médico Plínio		Enfermeiro Fernando		

Versão: 27.11.2011



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Br. Oito de Maio 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

o b p e t i n

RAIO-X REALIZADO

DATA: 06/05/2018 17:33:44

Técnico: (Estação: ACCRO)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARIA DEUSILENE DOS SANTOS SILVA	Prontuário:	475820
Mãe:	MARIA NATIVIDADE DOS SANTOS SILVA	Pai:	RAIMUNDO GOMES DA SILVA
End. Resid.:	RUA A N 691 - MATRENSE - TERESINA - PI - CEP: 64069-990		
Nascimento:	02/06/1988	Idade:	29a:11m:4d
Responsável:	JESUS	Sexo:	Feminino
Profissão:	VENDEDORA	Fone:	86-99460-5498
G. Instrução:	Médio Completo	CNS:	
End. Local.:	- - -	Documento:	RG: 2430955 - SSP PI
		E. Civil:	Comcubinato

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	663767	Data:	06/05/2018 17:26:51	Condução:	AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio:	S U S		
id. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
		CID Secundario:	V299		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA MAIOR	Mecanismo do trauma significativo	CIRURGIÃO GERAL	Laranja
Breve História:		Profissional Clas. Risco:	
VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, REFERE LOMBALGIA, DOR INTENSA EM MSD		FRANCISCA ELIZABETE DE MACEDO COREN 79289 Em: 06/05/2018 17:33:43	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

Pct vítima de acidente de motocicleta há mais de 1h e incapaz, nega vomito e perda de consciência. Trajeto pela av. A - via aérea livre. CI color cervical e punho. S. mto bilateralmente, 2/ R/A. Expressa. i. em 2T. BNF 2/2. FC: 125. P/ta exte - Abdomen inerte. d. Glândulas AS. Sensibilidade e motricidade preservadas em todos membros. e. Ocorrência de mobilidade em MSD - Dor em hemitórax E

PA 120 X 90 mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
Diagnóstico Inicial:			CID: ____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de antebraço d. mão e punho, tórax
SF 0,9% 500ul, IV, agar

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 05 OUT 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-470 Teresina-PI	Dr. Josani Nascimento Médico CRM-PI 69999
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____ / ____ / ____	HORA: ____	Procedimento	CID
--------------------------	------------	--------------	-----

Antônia de Jesus da Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional Médico