

# Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

## Informações do Acidente

Sinistro: **2011/480568**  
Vítima: **ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR**  
Local: **PI-PARNAIBA**  
Data do Acidente: **22/08/2011**

## Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a)  SIM      b)  NÃO      c)  PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

**SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

**TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFALICO. TRATAMENTO CONSERVADOR.**

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a)  SIM      b)  NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a)  Disfunções apenas temporárias  
b)  Dano anatômico e/ou funcional definitivo(sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

**REFERE TONTURA, CEFALÉIA, BAIXA AUDITIVA LADO ESQUERDO, DORMÊNCIA NAS PERNAS, INCONTINÊNCIA URINÁRIA.**

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a)  SIM, em que prazo:  
b)  NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a)  Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).  
b)  Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:  
b.1)  Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)  
b.2)  Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

**Segmento Anatômico****1<sup>a</sup> Lesão****SNC**

Marque o percentual

 10%     25%     50%     75%**2<sup>a</sup> Lesão**

Marque o percentual

 10%     25%     50%     75%**3<sup>a</sup> Lesão**

Marque o percentual

 10%     25%     50%     75%**4<sup>a</sup> Lesão**

Marque o percentual

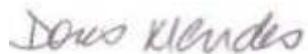
 10%     25%     50%     75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

**PI - PARNAIBA, 27/12/2011****Médico Perito: FRANCISCO DE ASSIS COSTA ARAÚJO CRM: 2498/PI****Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890/RJ****Dra. Dores M. B. C. Mendes**

Médica Perita  
CRM-RJ 52 25889-0  
Cadastro Nacional



Assinatura do médico revisor - CRM

**Informações Complementares**

# 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: 11/01/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00030

CONTA: 000000130978-7

---

Nr. da Autenticação 39CB078099A67C80



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Por este instrumento particular de declaração, eu, abaixo assinado, Sr(a).

ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR

brasileiro(a),

portador(a) do RG nº 1.357.451, emitido por SSP-PI.

e CPF nº 566.551.693-72, declaro para os devidos fins, e repetirei em juízo se necessário for, que sou residente e domiciliado(a) na

Rua 03. QUADRA 07. CONJUNTO IGARAÇU

número 12, bairro RODOVIARIA

no município de PARNAIBA, estado PIAUI

Código de Endereçamento Postal (CEP) nº 64.200-000.

Declaro, ainda, que me responsabilizo por qualquer prejuízo que porventura a Seguradora possa ter, no presente e no futuro, face as informações acima prestadas.

Pôr ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que surtam seus efeitos legais.

PARNAIBA.PI. 25, de NOVEMBRO de 2011.

Alysson Almeida de Aguiar

**(86) 9406 5365**

**(86) 9935 9635**

**(86) 9412 1349**

A standard linear barcode is located at the top of the page, consisting of vertical black bars of varying widths on a white background.

O B.O. N.º 554.979/2011 encerrado pela DELEGACIA 2º DISTRITO POLICIAL DE PHB-PI RELATOU QUE NO DIA 22.08.2011 O SR. ALESSON ALMEIDA DE AGUIAR-36 ANOS, SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO EM VIA PUBLICA NESTA CIDADE QUANDO PILOTAVA UMA MOTOCICLETA E AO PASSAR EM PRENDEU A RODOVIARIA DO PHB-PI PERDEU O CONTROLE DA MESMA VINDO A CAIR TENDO TCE. A GUERREIRA DO SAMU PEZ O SEU TRANSPORTE ATÉ O HEDA ONDE O CLÍNICO GEMAC DE PLANTÃO DR. MARIO BENZAMIN O EXAMINOU E SEUICOU CT DO CRANEO E O INTERNOU NA UTI QUANDO O URGENTISTA DR. FABEI O ACOMPANHOU E REALIZOU O EXAMES NEUROLOGICO. RECEDEU ACTA DA UTI 28.08.2011 E SAIU HOSPITALIZADO NO DIA 09.09.2011. HOJE APRESENTA CEPACIA, TONICIA, ESEQUECIMENTO, IRRITABILIDADE, AGRESSIVIDADE, DIMINUIÇÃO VISÃO E AUDIÇÃO 65%, DISTURBIO DO COMPORTAMENTO PÔN TCE, HAVENDO UMA PERNHA DA PUNÇÃO VISÃO 65%: 40% + AVISCO 65%: 60% + DISTURBIO DO COMPORTAMENTO PÔN TCE: 70%. OBTVEU ALTA DEFINITIVA EM 25.11.2011 — ARTO — 1 —



Estou ciente das penalidades do Art. 299 do CPB (omitir em documento publico ou particular declaração que nele devia constar ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante “Falsidade Ideológica”).

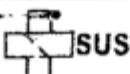
### Assinatura da Vítima ou Responsável

Parnaíba-PI, 25 de NOVEMBRO de 2011.

Dr. Décio Bastos Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 1036

DECIO BASTOS FILHO CRM : 1036/PI

09 Dec 2011



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL ESTADUAL GOV. DIRCEU ARCOVERDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Alisson Almeida de Aguiar

6 - N° DO PRONTUÁRIO  
479

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/03/1975

9 - SEXO

Masc  1 Fem.  3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

Maria Irondina Almeida de Aguiar

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Conjunto Garacé, 128.07

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Parnamirim

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

PI

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de acidente no trânsito, politraumatizado, rebaixamento de consciência, padrão respiratório irregular, glasgow 06, papa das escotomas, inconsciência.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Rebaixamento consciência, padrão respiratório irregular

-ARTORIO BEZERRA

MARIA TEREZA MENDES BEZERRA  
2º OFÍCIO  
DR. KLECIO CARVALHO DE AGUIAR  
Médico Infectologista  
CRM: 10.034-0  
PARNAMIRIM - RUA  
PARNAMIRIM - RUA  
PARNAMIRIM - RUA

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Politrauma fisiono TCG

24 - CID 10 PRINCIPAL

5068

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

013013014010184

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( ) CNS ( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Klecio Carvalho Araujo

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22/08/2010

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Klecio Carvalho de Aguiar  
Médico Infectologista  
CRM: 10.034-0  
PARNAMIRIM - RUA  
PARNAMIRIM - RUA  
PARNAMIRIM - RUA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N° DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD.

AIH : 22110136078-7

Protocolo: 2010

Estabelec.: HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR

Nascimento: 07/03/1975

Dt. Autoriza: 24/08/2010

Proced. : 0303040084-TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMA

Op. Sistema: REHATA

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CON-

/ /



MARCO ALBERTO MENDES DE SERRA - Escrevente

SÉRVIÇO DE ENFERMAGEM / ADMISSÃO DE PACIENTES

1. IDENTIFICAÇÃO:

NOME: Alisson Almeida de Aguiar BOLETIM DE INTERNAÇÃO: \_\_\_\_\_  
SEXO: M IDADE: 37a

2. PROCEDÊNCIA

1.1 - Residência  Hospital  PS  
1.2 - Deambulando  Cadeira de rodas

Consultório   
Maca

Ambulância   
Qual? TCE

3. MOTIVO DA INTERNAÇÃO:

Cirúrgico

Clinico

4. HISTÓRIA PATOLÓGICA PREGRESSA:

Prob.: Respiratórios  Cardiacos

Hipertensão arterial

Diabetes

Alergia  Aque? \_\_\_\_\_

Renais

Outros: \_\_\_\_\_

- Tabagista  Etilista

Intervenção Cirúrgicas

Internações clínicas:  otivo: \_\_\_\_\_

Faz uso regular de algum medicamento? (S/N)

MEDICAMENTO

ÚLTIMA DOSE

Rivotril comp. 40



Medicamentos trazidos: \_\_\_\_\_

CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS

1º Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI  
Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme  
o original que conferi e ao qual me reporto e dou fé.  
Fa Teste da Verdade, Parnaíba, 25/11/11

MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrivente

5. INFORMAÇÕES PESSOAIS

PRÓTESE: Ocular  Dentária  Auditivo  Marca passo  Outros: \_\_\_\_\_

HÁBITOS INTESTINAIS: Freqüência diária  Laxativos (S/N)  Última evacuação: si alt

PADRÃO URINÁRIO: Caso apresente alguma anormalidade anotar nas OBSERVAÇÕES: si alt

6. HISTÓRIA ATUAL

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: Lúcido  Confuso  Coma Superficial   $\Delta O = 4$   $RM = 3$   $RU = 1 \Rightarrow +$

Coma profundo  Outros: \_\_\_\_\_

ESTADO EMOCIONAL: Tranquilo  Agitado  Tenso  Deprimido  Outros: \_\_\_\_\_

ESTADO CLÍNICO: Doença crônica  Dor  Doença Aguda  Localização: \_\_\_\_\_

Irradiação: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

RESPIRAÇÃO: Dispneico  Taquipneico  Eupneico  Bradipneico

PELE: Sudoreico  Hipocorada  Normocorada  Cianose  Hidratada

Desidratada  Hipercrônica  Local: \_\_\_\_\_ Integridade (S/N)  Local: escoriacões pelo co.

REDE VENOSA: Visível  Não visível

ALIMENTAÇÃO: Normal  Anorexia

EDEMAS: Ausência  Generalizado  Outros: \_\_\_\_\_

EXTREMIDADES: Frias  Aquecidas  Cianose

SINAIS VITAIS: Tax: \_\_\_\_\_ °C Pulso: \_\_\_\_\_ bpm R: \_\_\_\_\_ rpm PA: \_\_\_\_\_ mmHg

DADOS ANTROPOMÉTRICOS: Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ cm

TIPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ FATOR Rh: Positivo  Negativo

7. OBSERVAÇÕES: vitima de acidente motociclistico, no momento

estava a 100 de capacete que foi caído para o chão. Relato de

8. EXAMES ANEXOS: TCE hb + Sânicos, submetido a cirurgia neu-

rologica.

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

Assinatura: Sávio Fontenele Monteiro  
3323 1890  
Id. Fioncielsson (Pai) / M. Fioncielsson

## CARTORIO II OFICIO DE NOTAS

1º Oficio - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI  
 Certifica que a presente fotocopia esta em tudo conforme  
 o original que conferi e ao qual me reporto e dou fe'.  
 Test. da Verdade. Parnaíba, 25/11/11



MS/DATASUS

HOSPITAL ESTADUAL DIRECIO ARCOVERDE

NO. DO BE: 402/2 DATA: 22/03/2011 HORA: 19:50 USUÁRIO: MARISA  
 CNH: SETOR: 01 - EMERGENCIA

## DESCRIÇÃO DO PACIENTE

NOOME: ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR DOC.:  
 IDADE: 37 ANOS NASC: 00/00/0000 GÊN: MASCULINO  
 ENDERECO: CONJ. TOARACU RUA 03 Q 07 C 12 NÚMERO:  
 COMPLEMENTO: BAIRRO: RODOVIA TARTA  
 MUNICÍPIO: PARNÁBA UF: PI CEP: 65.000-000  
 NOME PAI/MAE: AMIDA TEL.:  
 RESPONSÁVEL: PARNÁBA  
 PROCEDÊNCIA: ACIDENTE TRANSITO MOTOCICLISTA/PASSAGEIR  
 ATENDIMENTO: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO  
 CASO POLICIAL: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: 190 x 20 mmHg PULSO: C TEMP.: C

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RÁDIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
 [ ] LÍQUOR [ ] ECG [ ] UTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

## DADOS CLÍNICOS:

Veram os rebentos (ver escrito à mão)

Secos no sono (ver escrito à mão)

## DIAGNÓSTICO:

CID:

## PRESCRIÇÃO

## HORARIO DA MEDICACAO

[ ] Malaria TV

[ ] Furosemida 20 mg a cada 12 horas

[ ] Dextrofuran 140 mg + 100 mg a cada

[ ] Furosemida 20 mg a cada 12 horas contém efeitos colaterais

DATA DA SAÍDA: / / HORA DA SAÍDA: :  
 ALTA: [ ] DECISÃO MÉDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASÃO [ ] DECISÃO  
 [ ] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO  
 INTERNACAO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
 OSITO: [ ] ATÉ 40HS [ ] APÓS 40HS

Assinatura do paciente/Responsável:  
 Francisca Edilene de Santos

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO  
 MBCR  
 19 DEZ 2011  
 M. PI. 277 CPM 426.195.111

# ato pedre #

Pte vítima Acid. Autonos.  
desorientado pl condições  
de realizar exame clínico.

id: dos condados de clínica  
relatar pl ato pedre

pl morte

Dr. Osmar B. Líderio Junior  
Ortopedista e Traumatologista  
CPF 726.112.893-49  
CRM 3354

22/08/2001 Pct vítima acidente no trânsito, politurn  
20:30hizado, rebauamento consciência, parada  
respiratória curta.  
Conduta, transferir para UTI.

Dr. Mário Alberto Mendes Bezerra  
Médico Intensivista  
CRM 2610  
fone 322-410-000-00



CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS

1º Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI  
Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme  
o original que conferi e ao qual me reporto e dou fé.  
Em Test. 25/11/11 da Verdade. Parnaíba.

MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente

09 DEZ 2011

BOLETIM DE ADMISSÃO Nº \_\_\_\_\_ LEITO \_\_\_\_\_

Nome: Alysson Almeida de Aguiar

Est. Civil Saltério Sexo M Cor Parda D.N. 02.03.75 Profissão \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO RESIDÊNCIA**

Rua Cony. Igarapé, 12, B. 07 Nº \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Cidade Parnaíba Bairro Igarapé Mun. \_\_\_\_\_ Est. Piauí

End. de Hospedagem em \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_

Instituto \_\_\_\_\_ Matrícula \_\_\_\_\_ GIH \_\_\_\_\_

S.P.C.C. \_\_\_\_\_ Clínica \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_

Admissão 22/08/11 Horas \_\_\_\_\_ Alta \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_

Duração: Dias Hospitalização \_\_\_\_\_ Ass. do Funcionário: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL (COM ENDEREÇO LOCAL)**

Nome \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Rua \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

**RELATÓRIO DE ADMISSÃO**

Diagnóstico provável \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Histórico Clínico - Sintomas e Sinais Principais \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS**

1º Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI -  
Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme  
o original que conferi e ao qual se reporto e dou fé.  
Em Test. \_\_\_\_\_ da Verdade. Parnaíba, 25/11/11  
MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA

- Escrevente

09 DEZ 2011



## HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

## EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

NOME: D/HR	REG:	ENF:	LEITO:
	0208/2011		
	US ABDOMEN FEM		
	Figado de dimensões normais e ecogenicidade均匀 US WOMEN		
	RINS fôntes, ANATOMIA & DILATATION WOMEN		
	BEX & PROSTATE WOMEN		
	AUSCULTA DO TECIDO HÍALINO C/US ABDOMEN		
	TOXIC VAGINA (Sonda Vaginal) presente.		
	<u>Core</u> US dor bucal total		
22.08.11	Admitido, vítima de acidente de motocicleta, Glasgow AD=4, RM=2, RV=1 → (7), SSVV - apertado, eupneico, tórax contínuo, normotensão, SAC <sub>2</sub> 95%. Vício com SOG e SVD. Apresenta exsorbições pelo corpo AVP em MSD, punzicante. Realizado US. Mantém colar cervical e mancha. Apela 302701-TC.		
21.05.	RM=2, RV=1 → (7), SSVV - apertado, eupneico, tórax contínuo, normotensão, SAC <sub>2</sub> 95%. Vício com SOG e SVD. Apresenta exsorbições pelo corpo AVP em MSD, punzicante. Realizado US. Mantém colar cervical e mancha. Apela 302701-TC.		
22.08.11	Admitido na UTI, proveniente do PS do HEDA, viciado de maconha em piaçanha, rigida, cf dolor cervical, respirando dr. ambiente, com SVD aberta, com RG em círculo, SVD, olecrano presente. AVP em MSD. Vítima de acidente motociclistico, Glasgow AD=4 RV=1 RM=2(7), apresenta exsorbições idem buudas pelo corpo. Realizado US abdomen, Rx de tórax.		
01.08.11	ENFERMISTE, ACALMADO, VIZIBILIZANDO, INTROGIRADO com 4 fiofene de sonda. Apela 270811-TC		
	<b>ARTORIO BEZERRA</b> 2º OFICIO MARIA TEREZA MENDES BEZERRA 13º BLOCO COREN: 5771 Sonia Fontenelle Enfermeira		



CART. BRAZ. II OFICIO DE NOTAS  
II Oficio - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI  
Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme  
o original que conferi e ao qual me reporto e dou fé.  
En Test. *[Signature]* da Verdade, Parnaíba, 25/10/81  
MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente

**HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE****EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL**

NOME:	Misson Almeida de Aguiar	REG:	ENF:	LEITO:
D/HR	23/08/11	10:30 hrs -	segue járis, em momentos de orientação, permanece em prancha rígida e colar cervical. Respirando ar ambiente com SVD e diurese presente, AVP em MSD fungionante. Glasgow AD=3, RM=6, RV=2 $\Rightarrow$ 11. Encontra-se com escoriações distribuídas pelo corpo e permanece em diâmetro zero. Aguarda tomografia de crânio e coluna cervical. Ad. Patologias	
23/08/11	22:30	-	segue sonolento, respirando ar ambiente, SSVI estáveis mantendo diâmetro zero, diurese presente por SUD. apresenta escoriações distribuídas pelo corpo.	fec
23		Plantação	Noturno	
02		TC E		
11		A condicão	desafun	
		Alego	ag. i -	
		02	- not -	

GISELDA RIBEIRO DE CARVALHO  
AUXILIAR DE ENFERMAGEM  
COREN PI 5439



**CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS**  
1º Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI  
Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme  
o original que conferi e ao qual me reporto e dou fé.  
Em Testem, da Verdade, Parnaíba, 25/10/11  
MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrivente

19 DEZ. 2011



# GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE



HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

## EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

NOME:	Alisson Almeida da Aguiar	REG:	ENF:	LEITO: 11
D/HR				
24/10/2021	Cliente com politraumatismo segue sonolento, consciente 10 h movimentos de dissecutaçāo. Afebril, normocanídico normotônico, eupneico. Respirando ar ambiente/s/ suporte de O2 5a. 100%. Realizado banho no leito. Manter em dieta Líquido até o momento. Em AVP sem MSO, funcionante. Diurese por SVO, bom volume e auscultar se evaluará.			Silvana Braga COREM 463797 Atel. de Enf.
14:20	Obj: Anexado no Prontuário tomografia de crânio para ser realizado OR Paciente hemodinamicamente estável, respirando ar ambiente, sonolento, afebril, sem diurese, PA: 128x69 mmHg P.C. 76 P.R. 14 Sat. 98%. Realizar TC de crânio. Agendar TC de coluna e avaliar do neurocirurgião. cd: Mentre			Silvana Braga

CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS

lo. Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI  
Certifica que a presente fotocópia está em todo conforme  
o original que conferi e ao qual se reporta e dou fé.  
Em Test. *Mario Alberto Mendes Bevereador* 25/11/2021

MARIO ALBERTO MENDES BEVEREADOR



Selo de Encarregado  
e Autenticidade  
Poder Judiciário  
Estado do Piauí  
Atas de Notas  
Registros e  
Autenticação  
AUTENTICAÇÃO  
NºANG 064949  
Série 087

ATÓRIO  
II OFÍCIO

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021

2021



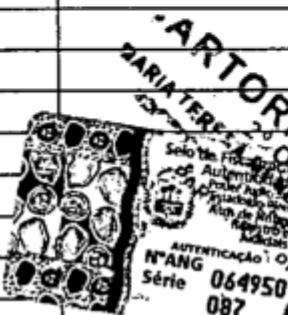
# GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE



## HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

### EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

NOME:	REG:	ENF:	LEITO:
D/HR			
24	Plantas Noturnas		
08	TCE 3º dia		
11	Acordado, parcialmente orientado Espera operação Boa dia Estáv. bem		
	id - mente		
	fec.		
			
<p>CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS II. Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme o original que conferi e ao qual me reporto e dou fé. Em Test. da Verdade. Parnaíba 25/11/11 MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrivane</p>			
<p>89 DEZ 2011</p>			



## HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

## EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

NOME:	Edilmaur Alencar	REG:	ENF: 077	LEITO: 11
D/H/R				
25.08.11	<p>13.15h Consciente, inquieto no leito, incomodado com a infecção. Fálico. SsV estéril. Bco. Ss. Respirando ok ambiente. Alerg. obstrutiva ou crônica presente. pr. sup. elevada 751,90</p>			
25.08.11	<p>segue consciente ansioso, no momento adormecido sob efeito de sedativos, ao despertar expresa insatisfação desejos de alívio. Pela manhã foi encaminhado c/ auxílio das banhos de Apresso. <sup>de enfermagem</sup> e dirigiu-se p/ EVD. Eleita bem dita VO. <sup>de enfermagem de Lima</sup> COREN-36.446-PI</p>			
30.08.11	<p>CONSCIENTE, ORIENTADO, ANSEOSO pelo momento em alta. Verificação: Pco, infecção, espasmo, normotensão, sanguíneo, s. v. d. Funcionante, débito adequad. n.º 372213-TE</p>			
25/08/11	<p>EVOLUÇÃO MEDICA # 3º DIAS-UTI # TCE: HSA</p>			
<p>Pct evolui consciente, desorientado c/ períodos de agitação psico-motora. Espasmo em ambiente. Nervo diafrágmico estável. S1 DVA. Monit. PA: 134x93 FC: 86 FR: 17 SPO2 97 ARI: MV SI PA ARI: RER c/ SIS Abd: pleno, flácido, ENAT. Diurese: 1400 ml/6h</p>				
<p>Col. Mantida <i>flaut</i> Avaliada pelo mesmo que mantém baixa em UTI.</p>				
<p><i>MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA</i></p>				
<p>CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS 1º Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme original que conferi e ao qual me reporto e dou fé. EnTest. <i>Guilherme</i> da Verdade Parnaíba, 25/10/11 MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrivente</p>				
<p>09 DEZ. 2011</p>				



### HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE

#### EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

NOME:	Slissen	REG:	ENF: 13 LEITO: 01
D/HR			
26/08/11 8:05	consciente, orientado, ansioso por altr. Seu suor nas costas no momento. Afebril, normocárdico, tachicárdico ou tachicárdico, respiração respirações ar acelerado boceja suster alívio CO. diurese espontânea. —		
26/08/11 Às 14h00	Deve consciente, orientado, físico, afebril mas do SSUU etílicos Aceita dieta oferecida suave SUD com leite em fórmula e evacuação ausente no momento. Realizado banho de preparação: Purgado AUP em MSD c/ JELCO N° 20 com leite		
26/08/11 14:45	Acompanhado para clínica médica, onde paulo carvalho fez exames de pele. —		



Selo de Fiducia  
e Autenticidade  
Notariais  
do Estado do Piauí  
Assinado Notariais  
Recepção e  
Assinado  
AUTENTICACAO  
N°ANG 064956  
Série 087

CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS  
1o. Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI  
Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme  
o original que confere e ao qual me reporto e dou fé.  
Em Test. da Verdade, Parnaíba, 25/11/11  
MARIO ALBERTO MENDES BEVARRA - Escrivente

09 DEZ 2011





**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ  
HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE**



# PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOM: Mission rémunérée de l'agriculture

PREScrição

HORÁRIO

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDADE: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

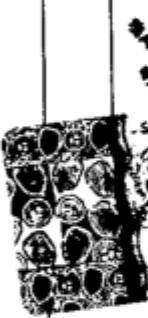
**CARTÓRIO II OFICIO DE NOTAS**  
1º Oficio - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI  
Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme  
o original que conferi e ao qual me reporto e dou fé.  
Em Test. *[Signature]* da Verdade Parnaíba, 25/11/11  
MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrivente



**PRESCRIÇÃO E EVOLUÇÃO  
DE ENFERMAGEM**

NOME: Nilma Almeida

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
		<p>29/08/11 - As 8:18h - Pt. segue conscientiosa, desorientada de dia, noite. Cognos. raciocínios pelo uso de medicamentos.</p> <p>29/08/11 - As 8:18h - Pt. segue conscientiosa, desorientada, em repouso no leito. Oculta parcial de dite operação. Diversa previsão. Grau de consciência alterado no período.</p> <p>Cognoscente. Locomoção pelo corpo. PA: 120 x 60 mmHg. Cax: 37°C. Miopia. Fec. Enfermagem - OREN - PI 563298</p>	



**CARTÓRIO DE OFÍCIO DE NOTAS**  
1º Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI  
Certifica que a presente fotocopia está em tudo conforme  
o original que conferi e ao qual me reporto. E dou fé.  
Em Test. Mario Alberto Mendes Bezerra 28/11/11  
da Verdade. Parnaíba

MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrivente

08 DEZ. 2011



AUTORIZAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE  
E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha  
1/2

PCTe C/ politraumatizado

hs- 2 séries

Realizado / OK!

2 - CNES	
4 - CNES	

IIAPR		6 - N° DO PRONTUÁRIO
8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO
/ / /		Mac. <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem. <input type="checkbox"/> 3
10 - DDD		11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (rua, nº, bairro)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Tomografia de Crânio

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE UTI TIPO I DIÁRIA DE UTI TIPO II DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL - 31-QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL - 34-QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL - 37-QTDE

## 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente politraumatizado, vítima acidente no trânsito.

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

Klécio CARVALHO de Araújo

27/08/2011

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

 CNS  CPFDr. Klecio Carvalho de Araújo  
Médico Intensivista

CPF 703.410.053-0

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

 CNS  CPF

MÁRCIA TEREZA MENDES BEZERRA - 2º OFÍCIO

CARNAIBA - PIAUÍ

27/08/2011

CARNAIBA - PIAUÍ

27/08/2011

CARNAIBA - PIAUÍ

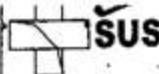
27/08/2011

CARNAIBA - PIAUÍ



II OFICIO DE NOTAS  
II Oficio - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI  
Certifica que a presente fotocopia está em tudo conforme  
o original, que conferi e ao qual se reporto, e dou fe'  
En Test. *Mario Alberto Mendes Bezerra* Parnaíba, 25/11/11

MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrivente



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO PACIENTE

ALICE STON MUNIZ DE ALMEIDA

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RACA/COR

9 - NOME DA MÃE

Masc.

Fem.

10 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

TL DA LINHA

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID10 PRINCIPAL 38 - CID10 SECUNDÁRIO 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

TCE

40 - OBSERVAÇÕES

FILA VITIMA DA ACCIDENTE DE MOTOCICLETA, LIGA TURMA

UNIVERSITARIO, EM ALERTA MOTOM

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

MARCO BONOMINI DE LIMA VIEIRA BRAGA

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/08/2011

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

MBR

43 - DOCUMENTO

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

429195413-15

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

429195413-15

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PÉRIODO DE VALIDADE DA APAC

07/2011

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



**ARQ. GARTORIO II OFICIO DE NOTAS**  
Série Ofícios - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI  
Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme  
o original que conferi e ao qual me reporto e dou fé.  
Eu Test. (Assinatura)

MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrivane

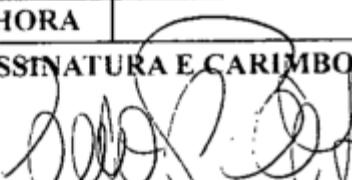


PAG \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## FICHA DE CONTROLE DE ENFERMAGEM PACIENTES INTERNOS

NOME Allison Almeida N° PRONTUÁRIO \_\_\_\_\_

INICIO 22/08/2011 DATA FINAL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA	PROCEDIMENTO	Nº PTS	PROCEDIMENTO	Nº PTS	PROCEDIMENTO	Nº PTS
22/08	20201001-3	01	0802040013	01		
HORA						
ASSINATURA E CARIMBO	 CIC Rio Braga RN 2011 CPF 007 557 083-00 CREFITO 107399-F			TOTAL DE PONTOS		

DATA	PROCEDIMENTO	Nº PTS	PROCEDIMENTO	Nº PTS	PROCEDIMENTO	Nº PTS
HORA						
ASSINATURA E CARIMBO	CIC			TOTAL DE PONTOS		

DATA	PROCEDIMENTO	Nº PTS	PROCEDIMENTO	Nº PTS	PROCEDIMENTO	Nº PTS
HORA						
ASSINATURA E CARIMBO	CIC			TOTAL DE PONTOS		

DATA	PROCEDIMENTO	Nº PTS	PROCEDIMENTO	Nº PTS	PROCEDIMENTO	Nº PTS
HORA						
ASSINATURA E CARIMBO	CIC			TOTAL DE PONTOS		



CARTÓRIO II OFICIO DE NOTAS  
II Oficio - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI  
Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme  
o original que conferi e ao qual me reporto e dou fe'.  
Em Test. *Mario Alberto Mendes Bezerra* 25/11/11  
de Verdade, Parnaíba.

MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - Escrevente



## CERTIFICAÇÃO

**CERTIFICAMOS**, que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 PARNAÍBA, fez o atendimento do Sr. ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR, RG: 1.357.451 SSP - PI, vítima de ACIDENTE DE TRÂNSITO COM MOTOCICLETA, ocorrido no Balão da Rodoviária, no dia 22 de agosto de 2011. Na ocasião, o cliente foi atendido pela equipe do SAMU, onde foram realizados os procedimentos necessários, e encaminhado ao Hospital Estadual Dirceu Arcoverde.

Em anexo, cópia do primeiro atendimento.

Parnaíba, 06 de outubro de 2011.

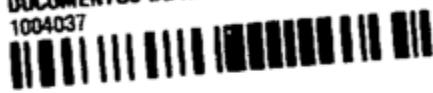
  
**MILENA GURGEL**  
Coordenadora Geral do Complexo de Urgência e Emergência de Parnaíba

09 JUL 2011



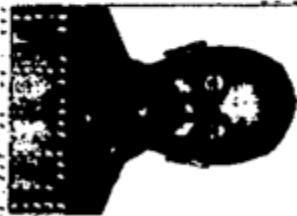
ARTORIO BEZERRA  
II OFICIO DE NOTAS  
MÁRIA TERESA BEZERRA  
MISSADA  
Nº 06982  
Série 087  
AUTENTICAÇÃO  
20/03/1982  
SANTOS-SP

MARIO ALBERTO MENDES BEZERRA - ESTUDOS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.357.451 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/05/11

HOME ALYSSON ALMEIDA DÉ AGUIAR

FILIAÇÃO

MARIA ERONDINA ALMEIDA DE AGUIAR  
FRANCIDILSON VASCONCELOS DE AGUIAR

NATURALIDADE

PARNAÍBA-PI

DATA DE NASCIMENTO

02/03/1975

DOC. ORIGEM

CERT. CASAM. 2570 L 19 F 90  
EXP PARNÁIBA-PI 16/08/04

CPF

TERESINA-PI

566.551.693-72

ASSINATURA DO DIRETÓRIO

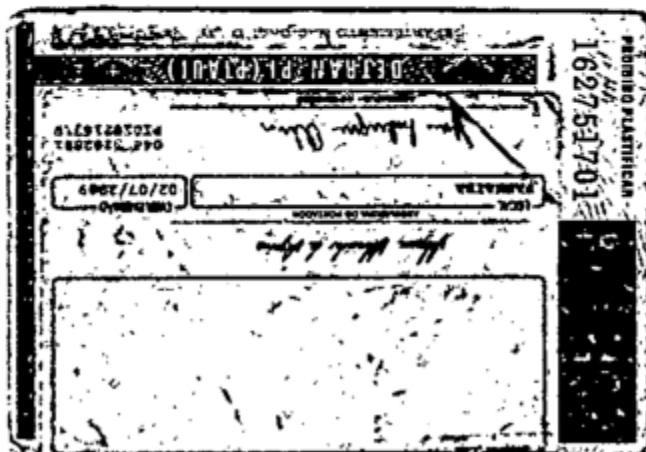
LEI Nº 7.118 DE 29/09/83 - DECRETO Nº 85.250/83



(86) 9406 5365

9935 9635

9412 1349



09 DEZ. 2011





## Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 355596

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 01-Automóvel/Camioneta		Placa NIQ-4215/PI	
Nome da Vítima ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR		Natureza 2 - INVALIDEZ	
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 02/03/1975	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 566.551.693-72

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

- Certidão Nº 554979 da autoridade policial sobre a ocorrência;
- DUT Nº \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_
- RG e CPF do Sinistrado ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_
- RG e CPF do(s) Beneficiário(s) ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

### Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR	Vítima	VITIMA	02/03/1975	64215-710	566.551.693-72

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).  
Observações.:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

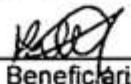
Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

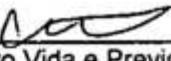
Local do Aviso \_\_\_\_\_ 

Local da Entrega \_\_\_\_\_ 

Data 09 DEZ. 2011

Data 09 DEZ. 2011

  
Beneficiário

  
Centauro Vida e Previdência

### Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R SENADOR DANTAS, 80 , 17º ANDAR  
CENTRO – Cep: 20031-204

Tel.: (21) 2297-1212 Fax: (21) 2297-1212

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: [alexandre.almeida@salek.com.br](mailto:alexandre.almeida@salek.com.br)  
RIO DE JANEIRO - RJ

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**

**- SEGURO DPVAT**

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**  
1004039

**Nº DO SINISTRO** \_\_\_\_\_ **(CAMPO PRE**

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente pelo beneficiário, que deve ser o proprietário do veículo. Recomenda-se o preenchimento em folha de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

**EL. ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR**

**PORTADOR / A DO RG Nº**

**1.357.451**

**EXPEDIDO POR** **SSP-PI.**

**EM 25 / 05 / 2011**

**CPF / CNPJ Nº** **566.551.693-72**

**PROFISSÃO** **DE EMPREGADO**

**E RENDA MENSAL DE R\$** \_\_\_\_\_ **NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À**

**INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA**  
**ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR** **AUTORIZA A SEGURODORA**

**CENTAUR**

**A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAS**

**INDICADA:**

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente os dados antes de preencher os campos e entre em contato.

**CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**

**Nº BANCO** \_\_\_\_\_ **Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)** \_\_\_\_\_

**Nº CONTA CORRENTE** \_\_\_\_\_

**CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADISCO**

**Nº BANCO 257 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)** \_\_\_\_\_

**Nº CONTA POUPANÇA** \_\_\_\_\_

**CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**

**Nº BANCO 081 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)** \_\_\_\_\_

**Nº CONTA POUPANÇA** \_\_\_\_\_

**CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**

**Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)** \_\_\_\_\_

**Nº CONTA POUPANÇA** \_\_\_\_\_

**CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

**Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)** **0030** \_\_\_\_\_

**Nº CONTA POUPANÇA** **130978-7** \_\_\_\_\_

**DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.**

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

**LOCAL** **PARNAIBA.PI.**

**DATA** **25 / 11 / 2011**

**ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)**

*Allysson Almeida de Aguiar*

**ATENÇÃO:**

- O Seguro DPVAT garante: Indenização de R\$ 13.000,00 em caso de morte (valor que será pago pelo segurado ao beneficiário, observando à legislação vigente na data do sinistro), Indenização de até R\$ 13.000,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro provisória nº 01/2007) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total das despesas comprovadas, somando por base celulares definidas pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSCP).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br) ou ligue 08002221294, seguindo a conselheira, de 8h às 18h.

- A Circular Susep nº 380/00, que trata da prevenção à invasão de direito no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre da profissão e da fatura renda mensal.

*09 DEZ. 2011*

B.O. 554979

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026

255596

Página 1 de 1



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO PIAUÍ

BOLETIM DE OCORRÊNCIAS - B.O

Delegacia: Fernandes - 2º DP  
Delegado: RAMON FONSECA RAMOS

Res. para Registro: JOSE ESSO DE SOUSA  
Data/Hora: SEG - 03/10/2011 - 08:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Número do B.O.: 554979

Delegacia Responsável:

Fernandes - 2º DP

Lsg.: Endereço:

R. DE PINHEIRO MACHADO

Complemento:

Tipo de Local:

Via Pública

Município:

Fernandes

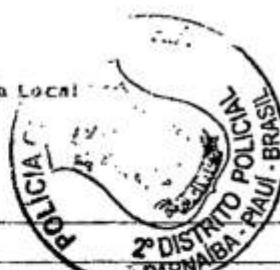
Data/Hora:  
12/06/2011 - 13:20

Número:

Ponto de Referência:

Complemento do Tipo de Local:

Bairro:



DADOS DO INFORMANTE

Nome:

JOSE ESSO ALMEIDA DE AGUIAR

Documento:

1367451

Telefone:

3633231290

Endereço:

R. 03 QUADRA 07, 12

Complemento:

CONJUNTO (CARGO)

Bairro:

Rodooviária

NATUREZAS DO FATO

Natureza do Fato:

Acidente - Acidente no Trânsito; acidente nasce corrente (Cid 098)

OBJETOS MATERIAIS ENVOLVIDOS

Desc. Material:

Complemento:

Valor:

Quant.

valuário - Moto

NTQ AZ15 PIAUÍ

---

---

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Marca - Modelo - Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cer:

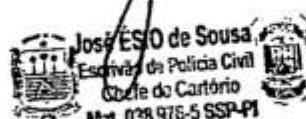
NENHUM VEÍCULO ENVOLVIDO REGISTRADO

NARRATIVA DO FATO

NARRA QUE CONDUZIA Sua MOTOCICLETA HONDA TITAN 150, PLACA N° 421E, ANO/MODELO 2010, COR VERMELHA, RENAVAM 266630172, CHASSI: 5E2KCF62HAC59375, EM NOME MARIA ERMODINA ALMEIDA AGUIAR, PELA A AVENIDA DEPUTADO PINHEIRO MACHADO E A. CHEGAR DE FRENTE A RODOVIÁRIA TERIU O CONTROLE E CAIU SOBRE A PIETRA DE ROLAMENTO, SENDO VITIMADO COM FOLTRAL FATISMO. É O RELATO.

*Alisson Almeida de Aguiar*  
Responsável pela Informação

554976 - JOSE ESSO DE SOUSA



Vizos do Delegado(s):

09/10/2011



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
 Sistema de Informações Operacionais  
 BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 966532  
 Comunicação: C1082186  
 \* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

**DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA**

PRF: 1073155 - MARCO ANTONIO DUARTE VAL Data/Hora do Acidente (hora local): 22/08/2011 19:20 BR: 343 KM: 14,3  
 Município/UF: PARNAIBA/PI Tipo de Acidente: Tombamento Sentido da Via: Crescente  
 Fase do dia: Plena noite Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente  
 Sinalização existente: Vertical, Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Ceu Claro  
 Houve danos ao patrimônio da União? Não

**DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:**

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

**DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:**

Houve danos ao ambiente? Não

**DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:**

**CONDICÃO DA RODOVIA**

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Comercial

Existe acostamento? Não Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Não Largura (m): 0

Possui defensa? Possui meio-fio? Possui sarjeta?

Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 2 Tipo de Inclinação: Elevação

Obstáculo ao Cruzamento: Meio-Fio Estado de Conservação do Obstáculo: Bom

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Comércio

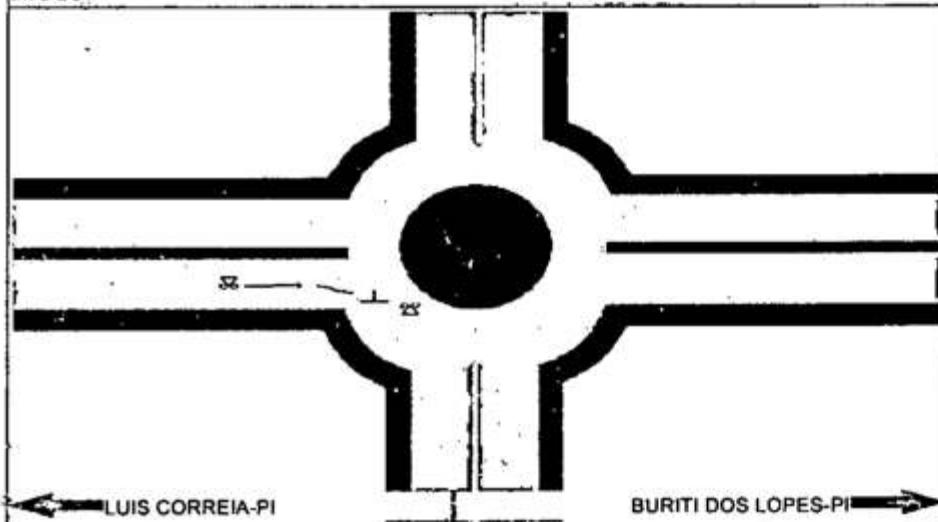
Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Falhas: 6

Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reta Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não

Superlargura: Não Largura da Pista (m): 18 Estreitamento: Não Existe

**TEXTO DESCRIPTIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:**

**CROQUI**



- LEGENDA:**
- Automóvel
  - Veículo Trator
  - Pedestre
  - Ponto B
  - Ponto P
  - Ponto C
  - Ônibus
  - Animal
  - Capotagem
  - Caminhão
  - Tombamento
  - Incêndio
  - Local da colisão
  - Marcha à ré
  - Trem
  - Conjugado
  - Objeto Fixo
  - Ponto A'
  - Ponto A
  - Antes da Colisão
  - Marca de Frenagem
  - Veículo Ausente
  - Raboque/Semi-reboque
  - Triângulo de Amarração
  - Veículo de 2 ou 3 rodas
  - Marcha à frente
  - Patinagem ou Derrapagem
  - Depois da Colisão

Latitude do Ponto C: Longitude do Ponto C:

Referência do Ponto A/A': Referência do Ponto B:

Distância AB (m): Distância AC (m): Distância BC (m):

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET:** <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2011 11:06:03

NÚMERO DE CONTROLE: d2ed8c1d9e47ba3

09 DEZ. 2011



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 966532  
Comunicação: C1082186  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

Narrativa da Ocorrência:

APÓS LEVANTARMOS DADOS NO LOCAL DO ACIDENTE, TEMOS A INFORMAR QUE: O CONDUTOR NA MOTOCICLETA, EM VELOCIDADE INCOMPATÍVEL PARA O LOCAL E DESOBEDECENDO A PLACA DE PARE, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E TOMBOU AO PASSAR POR UMA DEPRESSÃO NA PISTA.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NIQ-4215 | Sequencial: V1 | Descrição: | Chassi: 9C2KC1620AR059375 | Renavam: 256530173  
Marca/Modelo: HONDA/CG150 TITAN MIX | Cor: VERMELHA | Ano: 2010 | Tipo: Motocicletas | Emplacamento: PARNAIBA/PI  
Ocupantes: 1 | Espécie: Passageiro | Categoria: Particular  
Proprietário: MARIA ERONDINA ALMEIDA DE AGUIAR | CPF/CNPJ: 099.834.653-53  
Endereço: CJ IGARACU, R-03 Q-07 00012CASA | CEP: 00.064-200  
Município/UF: PARNAIBA/PI | Telefones: |

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: | Placa U2: | Placa U3: | Placa U4: |  
Origem: PARNAIBA/PI - BRASIL | Destino: PARNAIBA/PI - BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Outros | Saída de Pista? Não | Derrapagem? Não | Capotagem? Não | Tombamento? Sim  
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve | Colisão com Objeto Móvel: Não Houve | Incêndio? Não

Marcas de Frenagem (m): 0,0 | Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

PÁDOS D'ÁCARGA

Carregamento: Vazio | Houve Derramamento de Carga? Não | Extensão dos Danos: | Moeda: Real-R\$  
Valor Total da Carga: R\$0,00 | Produto Perigoso: |

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: | Data/Hora da Recepção (hora local): | Motivo: |

Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável:

Município/UF: | Descrição do Encaminhamento: |

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2011 11:06:03  
NÚMERO DE CONTROLE: df2ed8c1d9e47ba3

09/09/2011



**RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMElhADOS**

<b>Veículo:</b>	V1 / HONDA/CG150 TITAN MIX ES	<b>Placa:</b>	NIQ-4215		
<b>Nome do Agente/Assinatura:</b>	MARCO ANTONIO DUARTE VAL				
<b>Registro/Matricula do Agente:</b>	1073155				
<b>Nº BOAT:</b>	966532				
<b>Data:</b>	22/08/2011 19:20				
<b>Item</b>	<b>Descrição - Componentes Não Estruturais</b>	<b>Valor</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>NA</b>
1	Guildão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2		X	
3	Amortecedor(es) traseiro (inclusive fixação no chassi).	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X		
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	2	X		
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	2		X	
<b>Descrição- Componentes estruturais</b>					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3		X	
<b>Soma dos pontos de todos os Itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA":</b>					5
<b>CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO</b>					
Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo					
<input checked="" type="checkbox"/>	Dano de Pequena Monta:	até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.			
<input type="checkbox"/>	Dano de Média Monta:	acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.			
<input type="checkbox"/>	Dano de Grande Monta:	quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.			
<b>Observações:</b>					
<p>Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM    Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO    Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.</p>					
SIM = Item danificado no acidente		NÃO = Item não danificado ou Não Existente		NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)	

**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET:** <http://www.dprf.gov.br>

**DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:** 06/09/2011 11:06:03  
**NÚMERO DE CONTROLE:** d12ed8c1d9e47ba3

09 DEZ. 2011

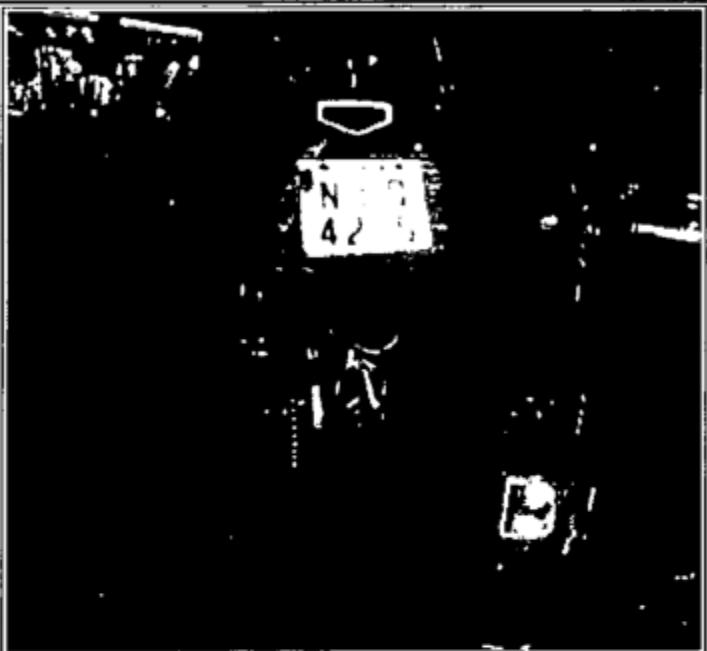


RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

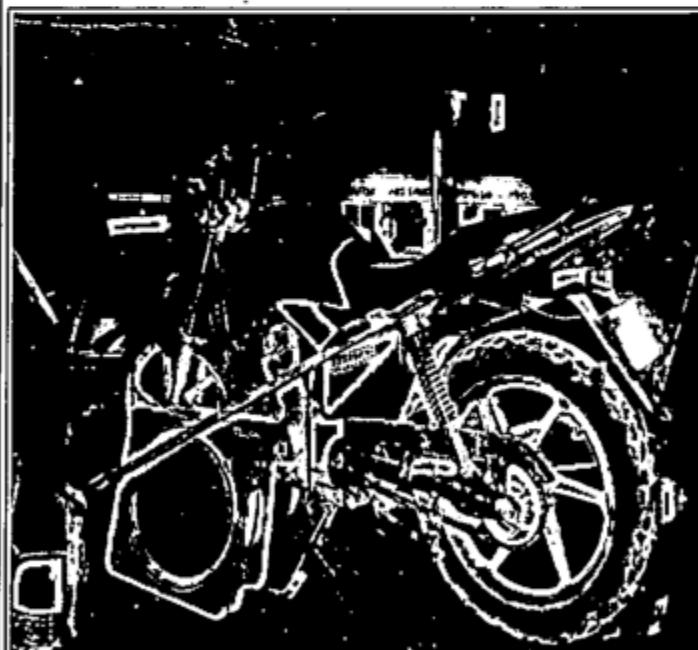
Veículo: V1 / HONDA/CG150 TITAN MIX ES	Placa: NIQ-4215
Nome do Agente/Assinatura: MARCO ANTONIO DUARTE VAL	Nº BOAT: 966532
Registro/Matricula do Agente: 1073155	Data: 22/08/2011 19:20



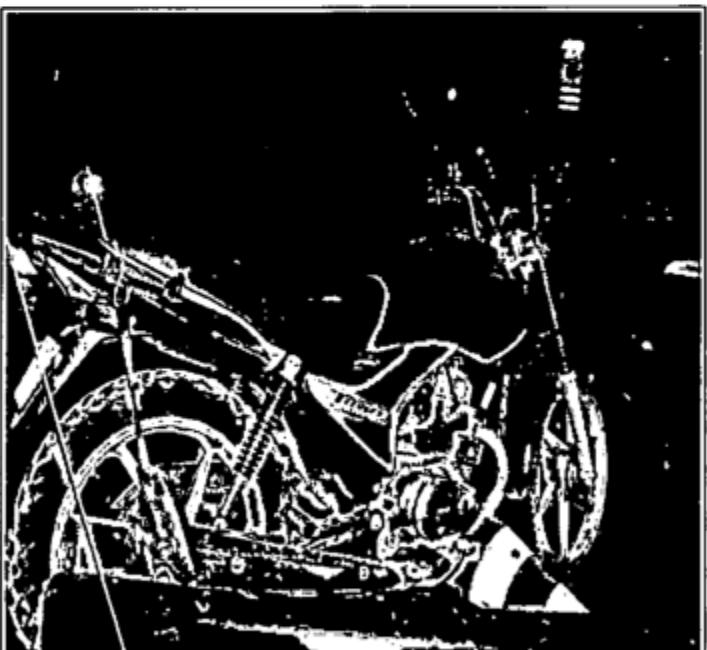
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2011 11:06:03  
NÚMERO DE CONTROLE: df2ed8c1d9e47ba3

09 DEZ 2011



CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML  
1004029



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DELEGACIA DO 2º DISTRITO POLICIAL  
PARNAÍBA - PIAUÍ 3323 1500



CERTIDÃO DE I.M.L.

Certifico, a requerimento verbal de parte interessada e por ser a expressão da verdade para fins de Direito, que nesta cidade de Parnaíba, Estado do Piauí, não tem I.M.L- (Instituto médico legal), e sim, somente na Cidade de Teresina- Piauí.

Parnaíba, 29 DE MARÇO de 2011



CARTÓRIO II OFÍCIO DE NOTAS

1º Ofício - Av. Presidente Vargas, 164 - Parnaíba - PI  
Certifica que a presente fotocópia está em tudo conforme  
o original que conferi e ao qual me reporto e dou fé.  
Em Test. *[Signature]* da Verdade. Parnaíba, 24/03/11

CARTÓRIO ALBERTO MENDONÇA BEZERRA - Escrevente



ba.09 de 2011

de Direito: *[Signature]*  
I.M.L- (Instituto médico legal)

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2011480568	<b>Cidade:</b> Parnaíba	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> ALYSSON ALMEIDA DE AGUIAR	<b>Data do acidente:</b> 22/08/2011	<b>Emissor do parecer:</b> Anna Maria De Almeida Garcia
<b>Seguradora:</b> CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	<b>Prestadora:</b> CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	<b>CRM do médico:</b> 2498

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFALICO.

**Descrição do** REFERE TONTURA, CEFALÉIA, BAIXA AUDITIVA LADO ESQUERDO, DORMENCIA NAS PERNAS, INCONTINENCIA  
**exame médico** URINARIA.

**pericial:**

**Resultados** TRATAMENTO CONSERVADOR  
**terapêuticos:**

**Sequelas** APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.  
**permanentes:**

**Sequelas :** Não definido

**Data da perícia:** 27/12/2011

**Conduta mantida:** Não

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** FRANCISCO DE ASSIS COSTA ARAUJO

**UF do CRM do PI**  
**médico:**

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100	1	25

**Valor avaliado:** 3.375,00