

Browser tabs: Email - Alana, Controle de, Mensagens, Sistema, Audiências, Consulta pr, PJM 0800342-17, Baixar o arq, (39) WhatsA, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=265170&ca=2730a9f7eef20219e189fc9b88694c898cd3...

Processo Virtual Na... (33) WhatsApp Portal do Advogado Administrativo Google Zimbra: Movimenta... Publicações Email - Alana Lima... Online Video Cutter...

PJ ProceComCiv 0800342-17.2019.8.18.0072
MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS D...

14164601 - CONTESTAÇÃO (2779177 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 20/01/2021 11:01:51

20 Jan 2021

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 14164597 - CONTESTAÇÃO
 - 14164601 - CONTESTAÇÃO (2779177 CONTESTACAO 01)
 - 14164604 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 14164606 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 14164607 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 14164612 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

11:01

downloadBinario.seam 1 / 10

2779177- CS/ 2021-00010/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO PEDRO DO PIAUI/PI

Processo: 08003421720198180072

PT 11:01 20/01/2021



Número: **0800342-17.2019.8.18.0072**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de São Pedro do Piauí**

Última distribuição : **12/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO (AUTOR)		FRANCISCO ROBERTO MENDES OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14164604	20/01/2021 11:01	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190184437

Vítima: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

Data do Acidente: 01/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14032828

Pag. 01409/01410 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190184437

Vítima: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

Data do Acidente: 01/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01567/01568 - carta_02 - INVALIDEZ

00070784



Carta nº 14060591





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190184437

Vítima: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

Data do Acidente: 01/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003827

Conta: 0000025550-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2019

Aos Cuidados de: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

Nº Sinistro: 3190184437
MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

Data do Acidente: 01/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190184437**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00585/00586 - carta_09 - INVALIDEZ

00060293



Carta nº 14449987





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMNOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

CPF do segurado ou AS:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SU SEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

E-mail:

CEP:

Telefone:

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

RECEITA MENSAL

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA

(somente para os bancos abaixo - assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3827

CONTA:

25550

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e a subseqüente, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):



Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por motivo justificável, quando o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação dos efeitos permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia condonância com a futura avaliação médica, a realização do dano de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE CÍRCULOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Gravidez da vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou nascituro (val nascit)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou filhos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que apresentarem documentação comprobatória de que a vítima deixou filhos, nascituro ou companheiro(a), conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia condonância com a futura avaliação médica, a realização do dano de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

Local e Data, São Paulo, 25.02.19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RSO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

PJ CORRETORA

DE SEGUROS

07 MAR 2019

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA

ASSINATURA



as CAIXA Loterias C

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0000 726 0101
OUVIDORIA 0000 725 7474

021-513986945-0

21/JAN/2019

HORA DE 12:24:01

LOT: 16.011786-0

TERM: 016551

LOCALIDADE: SÃO PEDRO DO SUL

AG. VINCULADA: 3827

CONTROLE: 006269512

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3827 013 00025550-1

MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

VALOR

:

254,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

021-513986945-0

as CAIXA

as CAIXA Loterias CAIXA

Loteria



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:01:51

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011015071200000013393716>

Número do documento: 21012011015071200000013393716



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

650 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000019/2019-07

Unidade de Registro: DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Gregório Luiz De Sousa

Data/Hora: 17/01/2019 - 09:39

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Endereço

RUA ANTONIO MUNDOCA, Nº: S/N

Complemento

Data/Hora

01/11/2018 - 15:00

Bairro

MUTIRAO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2.749.526 SSP PI

Mãe: MARIA DO AMPARO BATISTA

Pai: RAIMUNDO CARDOSO DO NASCIMENTO

Endereço: RUA LEONIDAS MELO, Nº 2085

Bairro: ALTO DA CRUZ

Cidade: SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-8127-9111

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. CG 125 FAN KS

2012 ODU0134 9C2JC4110CR547535

00462079023

Vermelha

Condutor: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

RG: 2.749.526 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA LEONIDAS MELO Número: 2085 Complemento:

Cidade: SÃO PEDRO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: ALTO DA CRUZ

Proprietário: MARIA DO AMPARO BATISTA

End: AV. LEONIDAS MELO Número: 2085

Cidade: SÃO PEDRO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: ALTO DA CRUZ

RELATO DA OCORRÊNCIA

A noticiante compareceu a esta delegacia de polícia civil, para comunicar um acidente de trânsito, fato ocorrido na Rua Antonio Mundoca, próximo ao comercial VAGUIM no Bairro mutirão; relata a noticiante que estava conduzindo sua motocicleta; que ao passar sobre uma sarjeta da via, perdeu o equilíbrio e caiu; a noticiante relata que ao cair foi levada pela ambulância do hospital de São Pedro, foi examinada pelo médico de plantão e transferida para Teresina no hospital da polícia militar; a noticiante fraturou a tibia esquerda e lesionou o joelho. Diante do exposto pede providencia por parte desta Delegacia de Polícia Civil. Era o Boletim.

Gregório Luiz De Sousa - Mat. 0096920

AGENTE DE POLÍCIA

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

Mirely da Cruz Batista Cardoso
MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO - Noticiante
Responsável pela Informação







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 141603.000019/2019-07

Delegado de Polícia

[Handwritten signature]
Miguel Luiz de Sousa
Delegado de Polícia Civil
Mat. 009692-0

[Handwritten signature]
Miguel Luiz de Sousa



[Faint handwritten text]
Delegado de Polícia Civil
Miguel Luiz de Sousa
Mat. 009692-0





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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



DAMNOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou AS:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SU SEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

E-mail:

CEP:

Telefone:

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

RENDA MENSAL

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA

(somente para os bancos abaixo - assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3827

CONTA:

25550

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e a subseqüente, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):



Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou



O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por motivo justificável, devido o prolongamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considero, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação dos efeitos permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia condonância com a futura avaliação médica, a ser realizada no âmbito do processo de indenização, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE CÍRCULOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Gravidez da vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (val nascit)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou filhos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que apresentarem documentação comprobatória de que a vítima deixou filhos, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia condonância com a futura avaliação médica, a ser realizada no âmbito do processo de indenização, caso discordo do seu conteúdo.

Local e Data, São Paulo, 25.02.19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RSO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

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



as CAIXA Loterias C

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0000 726 0101
OUVIDORIA 0000 725 7474

021-513986945-0

21/JAN/2019

HORA DE 12:24:01

LOT: 16.011786-0

TERM: 016551

LOCALIDADE: SÃO PEDRO DO ATLANTICO

AG. VINCULADA: 3827

CONTROLE: 006269512

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3827 013 00025550-1

MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

VALOR

:

254,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

021-513986945-0

as CAIXA

as CAIXA Loterias CAIXA

as CAIXA Loteria



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:01:51

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011015071200000013393716>

Número do documento: 21012011015071200000013393716

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO
CNPJ - 2324199 | CNPJ - 06.554.810/0001-76

E. B.

OPERADOR DO SISTEMA - ISTAEL

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

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PRONTUARIO: 24376 NOME DO PACIENTE: NIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO NASC: 09/09/1989
RACA: 099 IDADE: 29 Anos, 1 Mês e 13 Dias.
SEXO: F TELEFONE MOVEL: (66)32881-244 TELEFONE FIXO: ???
CEP: 54430-000 MUNICIPIO (RESID): SÃO PEDRO DO PIAUÍ UF: PI 15GE: 2210508
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO: UF:
ENDEREÇO: RUA LEONIDAS MELLO - nº 2085 BAIRRO: ALTO DA CRUZ
CNS: 898000195278749 RG: 2749526 - ORGÃO EMISSOR: SSPPI
NOME DO PAI: RAIMUNDO CARDOSO DO NASCIMENTO
NOME DA MÃE: MARIA DO AMPARO BATISTA

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

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

EXAMES FÍSICOS:

APN

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

① Froul - 100 ml 50,9% e leite
② Ruiz doctate 500ml e obito (153)
Solicitado RX joelho e fêmur (E)

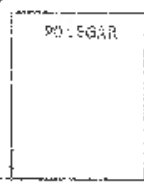
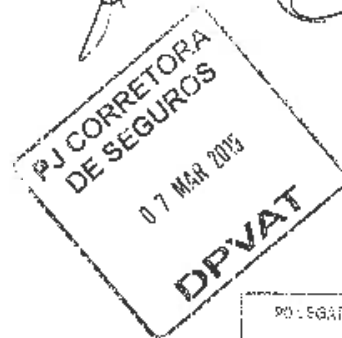
Dra. Amanda Gois
Médica
CRM/PI 7030

[Assinatura]

AMANDA GOIS
CRM 7030 PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Contato: hospital@saopedro.pi.gov.br
www.saopedrodo piaui.pi.gov.br



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000025550-1

Nr. da Autenticação 49562E42F7EC6AD1





Para consultar o status
desta fatura informe
este número

SEU CÓDIGO
0212596-0

COMPANHIA PARANÁ DE ENERGIA S.A.
Av. Nívea, 266-750 - Centro/Sé - Curitiba - PR
CEP: 81250-000 Fone: (41) 301-2800
Site: www.paranaenergia.com.br
Razão Social: Companhia Paranaense de Energia S.A. - CPFL
Razão Social: Companhia Paranaense de Energia S.A. - CPFL

Wt da Nota Fiscal: 015478584

A Paridade Social da Companhia Paranaense de Energia S.A. - CPFL
está em R\$ 10,436 por 100 reais de 2002

PERÍODO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR EM R\$	TOTAL A PAGAR
DEZEMBRO/2018	01/01/2019	62,92	62,92

MARIA DO AMPARO BATISTA
R. LEONIDAS MELO 2085 CENTRO
CEP: 00024426695388
CEP: 64.430-000 - SAO PEDRO DO PIAUI

TIPO DE FATURA	VALOR	DATA DE VENCIMENTO
Atual	34453	24/12/2018
Anterior	34362	26/11/2018
Quantidade de Multiplicação	1,000	22/01/2019
Conta no Mês	91	21/12/2018
Conta no Mês	91	24/12/2018
Conta no Mês	FCAN	
Conta no Mês	28	

Classe/Sub-classe	Equipe	Grupo Medidor	Forma	Código Fato	Modo de Pagamento
RESID. BX. RENDA	NONO	A157189		1.4.1.1	

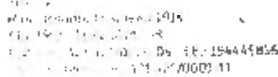
PERÍODO	VALOR	DESCRIÇÃO DA FATURA	VALOR
NOV/18	129	CONSUMO	30 A R\$ 0,297695 = 8,92
OUT/18	129	61 A R\$ 0,510348 =	31,12
SET/18	104	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)	6,97
AGO/18	92	DIFERENÇA DE TARIFA	39,95
JUL/18	75	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	27,85
JUN/18	74	CORREÇÃO MONETÁRIA IG 09/18-00	1,43
MAI/18	69	MULTA POR ATRASO 09/18-00	1,14
ABR/18	71	JUROS POR ATRASO 09/18-00	1,22
MAR/18	77	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,86
FEV/18	72		

REAJUSTE TARIFÁRIO MÉDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFORME RESOLUÇÃO ANEEL 2.490/2018.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/12/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVAÇÃO AO FISCAL 8501.DEE1.9F06.SF2E.2002.0000.7321.090F

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
07 MAR 2019
DPVAT





R\$ 139,47

25/01/2019

POSTAGEM: 21/03/2019

FATURA: 3649203240

CLIENTE: 1524373

CPF/CNPJ: 84.13.940/00053

ACESSO: 86 94949 2007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121531 08/14

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/DEZ A 04/JAN.

Serviços TIM S.A.

Oferta TIM Pós C Plus

R. 133,95

CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM

R\$ 5,70

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

415 -6,23

STUDY 1

DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
1. Chip 4G e 3G, sem custo, oferece	-	-	1	31	07/12 a 06/01	159,99
2. Chip 4G e 3G C Plus (067/PÓS/SMP)	-	-	1	31	07/12 a 06/01	159,99
3. Chip 4G e 3G com TIM Pós C Plus	-	-	9/12	31	07/12 a 06/01	133,59
4. Chip 4G e 3G	-	-	1	31	07/12 a 06/01	133,59
5. Chip 4G e 3G com 10GB	10GB	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluída
6. Chip 4G e 3G com 1GB e BDD com 41	limitado	153m36s	1	31	07/12 a 06/01	Incluída
7. Chip 4G e 3G com Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluída
8. Chip 4G e 3G com 1GB	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluída
9. Chip 4G e 3G com 1GB e 1GB	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluída
10. Chip 4G e 3G com 1GB e 1GB	-	-	1	31	07/12 a 06/01	Incluída

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

4670 - FORTALEÇA	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST.	R\$ 0,71	Informações Complementares - Plano(s) e Serviço(s) Incluídos no(s) Plano(s)
514 - FORTALEÇA	30%	R\$ 107,08	R\$ 32,12	FUNTEL	R\$ 0,56	
60 - FORTALEÇA	1,65%					
60 - FORTALEÇA	9,25%					Foram os
60 - FORTALEÇA						R\$ 137,49
60 - FORTALEÇA						SMA
60 - FORTALEÇA						R\$ 32,50
O valor de R\$ 32,50 (trinta e dois reais e cinquenta centavos) não são responsáveis de impostos						

Informações Complementares - Plurais e Ser

Franchise fee: \$237,499

1/4A	R\$ 52,50
------	-----------

Değerlendirme Fikriyatı (4) R5-36,18

Desconting SVA $\$ -13.32$

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

07 MAR 2019

DPVAT

MIN

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao pagar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de 10% por mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para a central de atendimento.

• 341 •

ANAYÁ CARLA DE SOUSA SILVA

BENTAS CANCELADAS DE DÉBITO AUTOMÁTICO 10000009121536776014	MÊS DE REFERÊNCIA JAN/2019	DATA DE EMISSÃO 07/01/2019	DATA DE VENCIMENTO 25/01/2019	VALOR R\$ 139,40
--	-------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	---------------------

2006-05-16

8-68000000 - C 39470109011-7 00364922324-9 D0121336776-2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:01:51

<http://tjpi.pje.ius.br:801q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011015071200000013393716>

Número do documento: 210120110150712000000013393716



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouviria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCUMENTAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao CDAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ACIDENTE, CAPITALIZAÇÃO E RESSGURADO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - CDAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA. TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCÍITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.623/98.

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva

inscrita (a) no CPF/CNPJ 849.334.433 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do beneficiário

Mirely da Cruz Batista Cardoso inscrito (a) no CPF sob o nº 053.939.473 / 48

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

inscrito (a) no CPF sob o nº 053.939.473 / 48, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

Rua Sete de Setembro

Número:

244

Complemento:

Centro

Bairro:

Centro

Cidade:

Elsebas Veloso

Estado:

Piauí

CEP:

64.325-000

E-mail:

carladrianasousa@gmail.com

Tel.(DDD):

(86)99984.6008

Local e Data: Elsebas Veloso - Piauí 25.02.2019

Adriana Carla de Sousa Silva
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017



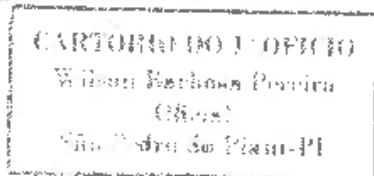
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Maria do Amparo Batista
 RG nº 4873261 data de expedição 2007, 18
 Órgão SSP/PI portador do CPF nº 24426695368 com
 domicílio na cidade de São Pedro - PI no Estado de
Piauí onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Leonidas Melo nº 2085
 complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Mirely da Cruz B. Cardoso o condutor era
Mirely da Cruz Batista Cardoso
 Veículo: Motocicleta
 Modelo: Honda - CG - 325 FAN. KS.
 Ano: 2012/2012.
 Placa: DDV-0134-
 Chassi: GC20CH110CR547535
 Data do Acidente: 1º-11-2018-São Pedro - PI
 Local e Data:

Maria do Amparo Batista
 Assinatura do Declarante

Mirely da Cruz Batista Cardoso
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

RECONHEÇO AS, DIGO? RECONHEÇO COMO VERDADEIRAS AS FIRMAS DE:
 MARIA DO AMPARO BATISTA e MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO,
 TENDO AS MESMAS COMPARECIDAS EM CARTÓRIO, APRESENTAVAM IDENTI-
 DADES E CPF'S, FCI FEITO CARTÃO DE AUTOGRAFOS. AS ASSINATURAS
 APOSTAS NO DOCUMENTO SÃO AUTÊNTICAS.
 SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI, 04 DE JANEIRO DE 2019
 WILSON BARBOSA PEREIRA
 TABELIÃO.



São Pedro

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL LOCAL MARCOLINO BARBOSA RIBEIRO
CNES - 2324199 | CNPJ - 06.554.810/0001-76

OPERADOR DO SISTEMA - ISTAEI

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

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

PRONTUARIO: 24376 NOME DO PACIENTE: NIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO NASC: 19/09/1989
RAÇA: 099 IDADE: 29 Anos, 1 Mês e 13 Dias.
SEXO: F TELEFONE MOVEL: (86)32801-244 TELEFONE FIXO: ()
CEP: 64430-000 MUNICIPIO (RESID): SÃO PEDRO DO PIAUÍ UF: PI IBGE: 2210508
NACIONALIDADE: BRASILEIRO(A) MUNICIPIO NASCIMENTO: UF:
ENDEREÇO: RUA LEONIDAS MELO - nº 2085 BAIRRO: ALTO DA CRUZ
CNS: 698600195278749 RG: 2749526 - ORGÃO EMISSOR: SSPPI
NOME DO PAI: RAIMUNDO CARDOSO DO NASCIMENTO
NOME DA MÃE: MARIA DO AMPARO BATISTA

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRICO CLÍNICO:

Acidente de moto sem capacete, negro peda
de coqueira. Repete dor em joelho (E)
PA = 80/60 mmHg

EXAMES FÍSICOS:

APN

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

TRATAMENTO SOLICITADO:

① Tramadol - 10mg + 100 ml SPO 9.9% e leite
② Ruqix 100mg sone. e obito (154)
Solicitá RX joelho e fêmur (E)

Dra. Amanda Góis
Médica
CRM 7030 PI

[Assinatura]

AMANDA GOIS
CRM 7030 PI

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Contato: hospital@saopedro.pi.gov.br
www.saopedrodopiauui.pi.gov.br



POLEGAR





CONSULTÓRIO MÉDICO
CONSULTAS MÉDICAS E EXAMES LABORATORIAIS
RUA LEÔNIDAS MELO, 2218 - BAIRRO ALTO DA CRUZ
SÃO PEDRO DO PIAUÍ-PI - FONE: 9 8127-8610



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A FINALIDADE DESTE RELATÓRIO É AGILIZAR A AVALIAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE, NÃO SENDO OBRIGATÓRIA A SUA APRESENTAÇÃO.

NOME COMPLETO DA VITIMA

MIRLEY DA CRUZ BATISTA CARVALHO

NUMERO DO SINISTRO

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO PACIENTE

01.11.18

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO

OZIEL CARLOS BARBOSA LIMA

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

FRATURA FEMURAL DISTAL DA FIBULA ESQUERDA

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

Procedimento cirúrgico - com colocação de placas metálicas

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

☐ SIM ☒ NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o seguimento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º DIFICULDADE

6ba membro de dificuldade

2º locomocão

3º

4º

5º



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

Assinatura
LOCAL

11.02.19
DATA

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VITIMA





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

CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES - CEP/H

SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA

DATA 01/11/18 HORA: 18:00 Nº DOTELEFONE: 3280 - 1244

HOSPITAL SOLICITANTE: Hospital Local Marcolino Barbosa Ribeiro MUNICIPIO: São Pedro do Piauí
MÉDICO: Amândia Gies Soares CRM: 7030

NATUREZA DA SOLICITAÇÃO
() Obstetrícia () Trauma () Clínico () Cirúrgico () Pediatria X Outro Ortopedia

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
Nome: Miruly da Cruz Batista Cordoso
Data de Nascimento 19/09/89 Idade: 29 anos Sexo: () Masculino X Feminino
CPF: _____ Cartão Nacional de Saúde 898 000195273749
Município de Procedência São Pedro - PI
HDA: Vítima de acidente de moto há 4h, vítima de
colisão MTE, realizado RX de evidenciado fratura
HD: Fratura fechada distal de fíbula (E) CID _____
ESCALA DE GLASGOW: 15

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
<u>4</u> - Espontânea	<u>5</u> - Orientado	<u>6</u> - Obedece a comandos
3 - Comandos	4 - Confusa	5 - Localiza dor
2 - À dor	3 - Palavras inapropriadas	4 - Movimento de respiração
1 - Nenhuma	2 - Palavras incompreensíveis	3 - Flexão anormal
	1 - Nenhuma	2 - Extensão anormal
		1 - Nenhuma

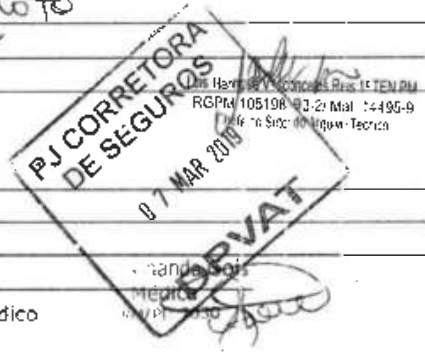
SINAIS VITAIS
Tax: _____ °C P: _____ bpm R: _____ mrm PA: _____ mmHg Sat O: _____ Glicemia: _____ mg/dl

PROCEDIMENTOS REALIZADOS.
() Oxigênio X Hidratação Venosa Ringer lactato
() Aspiração X Medicação (especificar) Tramadol
() Curativo () Outros: _____

EXAMES REALIZADOS (Enviar Cópia)
Raios X MTE

Assinatura e carimbo do Médico

HOSPITAL DE DESTINO HPM
Hospital: _____
Clínica/Posto: _____ Senha: 2018 11 0107 7736





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



Confere com o(a) original e
foi apresentado(a) e dou fe
Em, 11/01/19

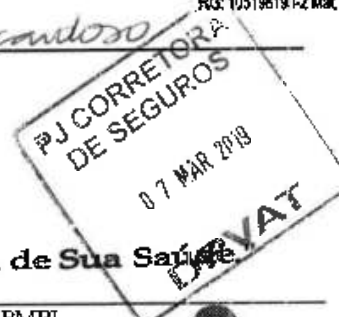
Setor de Arquivo Técnico do

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

NOME DO PACIENTE: marcelo da cruz batista condoso

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 426616/18

Obs: Não fornecemos 2ª via.



HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Piauí
GOVERNO DO
RESEGUIMENTO

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

Saúde
Secretaria de Estado

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



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 145728

AIH: 2218101809693

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES
2323451

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM

CNES
2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS NOME DO PACIENTE

898000195278749 MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

NASCIMENTO SEXO PRONTUÁRIO

19/09/1989 F 07

DOCUMENTO CPF TELEFONE NOME DA MÃE

05393947348

MARIA DO AMPARO BATISTA

RESPONSÁVEL

MARIA DO AMPARO BATISTA

CEP ENDEREÇO - LOGRADOURO

64430000

NÚMERO / LOTE

2085

BAIRRO

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

SAO PEDRO DO PIAUI

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS INFORMAÇÕES ACIMA CONTIDAS NA TRANSFERÊNCIA.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Luz: Hemat. e Visceral: Ra's 1º TENVPM
R: 3PM 135188191-2º Mai 14495-9
R: 3PM 135188191-2º Mai 14495-9

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

040805051 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA (FEMININO)

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
01/11/2018

DANILO DA SILVA LEITE
CPF: 00350606382

DATA ADMISSÃO

01/11/2018 21:37

DATA ALTA

08/11/2018 13:29

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CRM:

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ

SEGURADORA

Nº DO BILHETE SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE

EMPRESA

CBOR NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

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

TANIA MOREIRA ARAÚJO
CPF: 47061359315

CRM:

DATA ANÁLISE: 12/11/2018
15:42:20

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante:	2 - CNES	Atendimento
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	
3 - Nome do estabelecimento executante:	4 - CNES	822458
HOSPITAL POLICIA MILITAR DIRCEUARCOVERDE	2323451	

Identificação do Paciente

5 - Nome:	MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO			6 - Prontuário:	426616
7 - CNS:	708104874878910	8 - Nascimento:	19/09/1988	9 - Sexo:	F
11 - Mãe:	MARIA DO AMPARO BATISTA	12 - Fone:	86-9.8134188	CPF:	
13 - Resp:		14 - Cor:	PARDA		
15 - Endereç:	RUA LEONIDAS MELO	2085	CENTRO	19 - CEP:	84430-000
16 - Munic:	SAO PEDRO DO PIAUI	17 - Cod. IBGE:	221050	18 - UF:	PI
				RG:	27495-28

Justificativa da Internação

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Doença infecciosa, febre (38°C)

Luiz Carlos Vasconcelos Reis - RBOB 105/98/93 - Matr. 14195-9
Ficha do Setor de Análise Laboratorial

21 - Condições que justificam a Internação:

Internação de urgência

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

IX + EF

23 - Diagnóstico Inicial:

24 - Cid Princ.: S821

25 - Cid Sec.: _____

26 - Cid C.Ass.: _____

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Procedimento Solicitado

28 - Cod. Proced.	27 - Procedimento Solicitado:	Tempo SUS			
0408050551	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL				
29 - Clínica:	30 - Caracteriz:	Identif:	31 - Documento:	32 Doc. Med. Solic.	3
POSTO I	02	1	CPF	16778699841	
33 - Nome Profissional / Assistente	34 - Data de Solicitação:				35 - Ass.: Carimbo, Med. Solicitante
LEANDRO PONCE LEAL	13/11/2018				

Preencher em caso de Causas Externas (Acidentes ou Violências)

36 - () Acidente de Trânsito.	39 - CNPJ Seguradora:	42 - Nº. Bilhete.	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho Típico.	40 - CNPJ Empresa:	43 - CNAE. Empresa	44 - CBOR.
38 - () Acidente de Trabalho Trajetado.			
45 - Vínculo com a Previdência. () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado.			

Autorização

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Data Autorização	
48 - Documento	49 - Num. Documento	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	
<i>Maria do Amparo Batista</i>	





Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL		FICHA DE PRONTUÁRIO		13/11/2018
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Nome: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO		Pront.: 421816
IDEM OUTROS HOSPITAIS		Nasc.: 19/09/1989 Sexo: F	Convênio: SUS - INTERNACAO	
SIM <input type="checkbox"/>	NÃO <input type="checkbox"/>	Atendimento: 822458	Enfermaria: POSTO I	ENF 112 LEITO Leito: 12
CLÍNICA		Pai:		
Médico Assistente		Mãe: MARIA DO AMPARO BATISTA		
Permanência		RG: 2749526		
CLÍNICA		Residência:		
		RUA LEONIDAS MELO Nr: 2085 Cep: 64430000		
		Bairro: CENTRO Cidade: SAO PEDRO DO PIAUI Telefone: 86 - 98134188		

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

<i>Doente relata dor abdominal (A)</i>		<i>[Assinatura]</i> Luis Henrique V. do Nascimento, 19/11/2018 RGPM 105198 93-21 Mat. 14115-9 Chefe de Seção do Arquivo Técnico
--	--	--

DIAGNÓSTICO

Provisório:	CID S821	
Principal: <i>fratura simples do fêmur (A)</i>	CID	
Procedimento:		
Síntomas e Sinais Principais	Causa Médica	Hist. Patológico.
<i>Doente relata dor abdominal (A)</i>		

TRATAMENTO

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

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação 13/11/2018 14:37:44	Data da Alta 08/11/2018	Data da Hospitalização 1/11/2018
--	----------------------------	-------------------------------------

ALTA

Saida	Transferência	Óbito
<input type="checkbox"/> Curado <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Internação p/ Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Divisão Médica <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Evasão <input type="checkbox"/> P. Ambulatório	<input type="checkbox"/> Fisiologia <input type="checkbox"/> Psiquiatria <input type="checkbox"/> Outros
<input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação		

THE ____/____/____

Assinatura: _____

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI - CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC 035.372-8




FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE N° HOSPITAL SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		FICHA DE PRONTUÁRIO		TE 01/11/18	
IDEN N° OUTROS HOSPITAIS SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Nome: <u>Mirely da Cruz Batista Cardoso</u>		Nº:	
		Data de Nascimento: <u>19.09.1989</u>		Grau de Dependência:	
		Sexo: <u>F</u>		Profissão:	
		Cód. Civil:		Nat. INAMPS outros:	
		Categorias:		Nat. de Depend.:	
		Naturalidade: <u>Piauíense</u>		Nº:	
		Residência (Rua, Av., Etc.): <u>Rua Leonidas Melo</u>		Bairro: <u>Alto Cruz</u>	
		Pai: <u>Raimundo Cardoso do Nascimento</u>		Naturalidade:	
		Mãe: <u>Maria do Amparo Batista</u>		Naturalidade:	
		Segurado:		C.P.:	
		Residência (Rua, Av., Etc.):		Nº:	
				Bairro:	

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

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


 Luis Henrique dos Santos Res 1º TEN PM
 R: 30111-15198 93-21 Vat 14495-9
 126 11 Set 2014 10:10:10

DIAGNÓSTICO

Provisório	<u>Fratura de extremidade distal do 1º dia</u>	CID						
Principal		CID						
Procedimento								

Sintomas e Sinais Principais <u>Paciente ansiosa, acintosa, ativa, ACP: fisiológica. FC: 75 bpm SPO2 96%</u>	Causa Médica	Histo - Patológico
---	--------------	--------------------

TRATAMENTO


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

DURAÇÃO

Data de Internação	Hora	Data de alta	Hora	Data de Hospitalização
		<u>08/11/18</u>		

ALTA

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

Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico. <input type="checkbox"/> Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico. <input type="checkbox"/> Ocorrido após 48 horas de internação.	ASSINATURA: <u>José Cunha</u>  <u>(Medicar amiotoma).</u>
---	--

José Cunha, 1540 - Fone: (86) 3216-1240 / Fax: (86) 3216-1245 - CEP: 64211-000 - Terceira Seção - C.M.E. - 37.441.4503-0000 - 37.441.4503-0000





DATA: 06/10/2011
Nº DO PRONTUÁRIO: _____
CÓD DA CIRURGIA: _____

SALA

1. construção e 2.º os possíveis.
 3. Atividade, experiência, conhecimento atual
 4. conhecimento atual atual
 5. Atividade experiência conhecimento atual
 6. Atividade experiência conhecimento atual
 7. Atividade experiência conhecimento atual
 8. Atividade experiência conhecimento atual
 9. Atividade experiência conhecimento atual
 10. Atividade experiência conhecimento atual

LUG HEDER, Wisnosc's Rate: 1' TEN PM
 RCPM 105198+93-2' Mts: 14495-9
 Field: 3 S90; 40 Arjun Tercet

Cirurgião: Dr. Danilo 11827

1° Auxiliar:

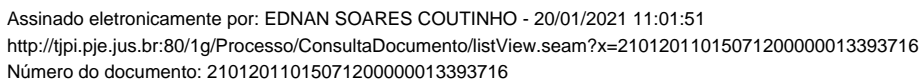
2º Auxiliar;

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Circulante:

Jose de Jesus Machat
Auxiliar de Enfermagem
COREN-PI 628.234



06/12/2018

telelaudos.tempsite.ws/sistema_laudos/fm/laudoimprime.asp?yopcao=L&yta_cdtau=128250&yta_cdpac=40597&yta_sqtau=55548...



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 128250

NOME.....: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

MÉDICO SOLIC:

DATA LAUDO....: 29/11/2018

CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 08/11/2018

IDADE: 29 anos

CRM: -PI

CÓDIGO: 40597

RX JOELHO ESQUERDO

O estudo radiológico do fêmur esquerdo realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Presença de fratura cominutiva comprometendo a superfície articular ao nível do platô tibial, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Fratura na extremidade proximal da fibula.
- Redução do espaço articular fêmoro-tibial.
- Espaço fêmoro-patelar preservado.
- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Controle ortopédico de fratura no joelho.

Cris Henckes, 07/11/2018, 14h15
RGPM 105798193-7, Mail 14495-0
Setor de Análise Técnica

Ivan Fontenele Gomes

IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

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

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

://telelaudos.tempsite.ws/sistema_laudos/fm/laudoimprime.asp?yopcao=L&yta_cdtau=128250&yta_cdpac=40597&yta_sqtau=55548&yfilt_slt... 1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:01:51

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011015071200000013393716

Número do documento: 21012011015071200000013393716



DATA: 06 / NOV / 1974
Nº DO PRONTUÁRIO: 0960525 SALA: 24
CÓD DA CIRURGIA: 0960525

NOME: Mirely da C. 103 Batista Cardoso Idade: 8 anos ASA: ASA
 PROCEDIMENTO: Post. Hapt. 1º e 2º Apênd. a Leão:
 CIRURGIÃO: Dr. Carlos AUX: Livia ANEST.: Livia ANESTESIA: Roxane
 INSTR.: Dr. Carlos CIR.: Livia INÍCIO: 14h FIM: 15h SALA: 1
 R.A.: 14h F.C.: 14h PESO: 14kg Hto: 140cm Glicemia: 140mg/dl Creatina: 140mg/dl Respir: 14l/min

RECORDED INDEXED	500 500	
---------------------	---------	--

[illegible]

MONITORIZAÇÃO

INÍCIO E FIM ANESTESIA

FREQÜÊNCIA CARDÍACA ALTA SUSTENTADA

DIURESE (ml)

INÍCIO	FIM
11:15	12:00

Oxidation:
 Reduction:
 Oxidation:
 Reduction:
 Oxidation:
 Reduction:

INQ	FIN
47.25	12.30

Técnica Anestésica;

HAULFANESTFA

Comentarios Adicionales: ASXPSIA e ANTI-36PSIA: Pura
ex: 24-5 PARAMETRIANNA PI OLINCKE 276
ligero claro. In: 1974
Powers; nivel serio. In: 1978

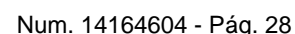
<input checked="" type="checkbox"/> ECG	<input checked="" type="checkbox"/> Oximetria	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> FEM	<input type="checkbox"/> Capnografia	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> PANI	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>

Gas	Time	Initial	Final	Temp
Oxygen ()				
N ₂ ()				
Air ()				

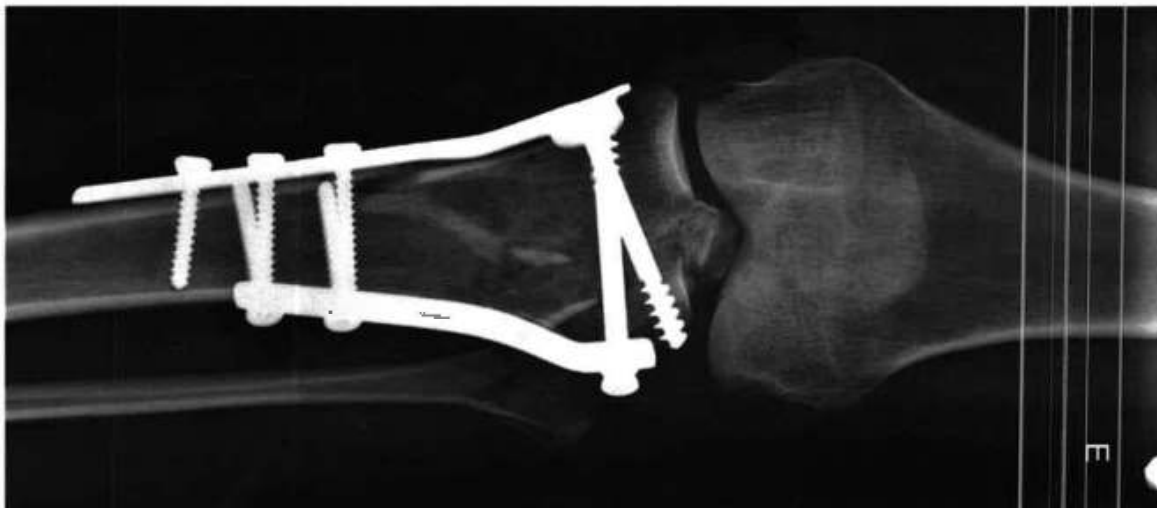
Medicamentos Usados

Adrenalina _____ Amp	Dolantina _____ Amp	Midazolam _____ Fr	Propofol _____ ml _____ Amp
Água dest. 10ml _____ Amp	Droperidol _____ Amp	Metronidazol _____ Fr	Ranitidina _____ Amp
Atropina _____ Amp	Etoril _____ Amp	Neocína Psa 0,5% _____ Amp	Quelclín _____ Amp
Bexina _____ Amp	Efedrin _____ Amp	Narcan _____ Amp	Queramina _____ ml
Bromoprida _____ Amp	Enflurano _____ ml	Novabupl 0,5% _____ Fr	Remifentanyl _____ Fr
Cefazolina 1g _____ Fr	Fentanil _____ ml	Nubain _____ Amp	Ringer-Letado _____ Fr
Cefalotina _____ Fr	Fentanil (S/C) _____ Amp	Neocína _____ % _____ V _____ Fr	S. Fiscológ. 0,9% _____ ml _____ Fr
Ciprofloxacina _____ Fr	Holotano _____ ml	Neocína 0,5% isobar _____ Amp	S. Glicolado 5% _____ ml _____ Fr
Clonidin _____ Amp	Hidrocortisona _____ ml	Neostigmina _____ Amp	Sesip n° _____ Und
Coláide l _____ Fr	Isoflurano _____ ml	Omeprazol _____ Fr	Tracur _____ Amp
Dexametazona _____ Amp	Jelco n° _____ Und	Ondasetrona _____ Fr	Vilatil _____ Fr
Diazepam _____ Amp	Lidocína _____ % _____ V _____ Fr	Poliso Caf _____ Fr	Vloental _____ Fr
Dimorf _____ mg _____ Amp	Metoclopramida _____ Amp	Pancuronio _____ Amp	
Dipirona _____ Amp	Manitol _____ Fr	Propofol _____ Fr	

Dr. Lívio Lima Verde
Médico Anestesiologista
(CRM/PI: 4566)



ID: INT. 08 08/11/18
 Paciente: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO
 Idade: 028Y
 Sexo: F



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

HPM
 LUIS SOARES SOARES
 RG PM 10-1188493-21 Mai 14485-8
 Chefe do Serviço de Radiologia





**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU AF. COVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 128234

PACIENTE: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

NOME DA MÃE: MARIA DO AMPARO BATISTA

DATA DO NASCIMENTO: 19/09/1989

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 13/11/2018

DATA DO LAUDO: 27/11/2018

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DO JOELHO ESQUERDO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Fratura completa, desalinhada, cominutiva, com extensão articular na tíbia proximal.

Fratura completa, desalinhada, na cabeça da fíbula.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Densificação de partes moles suprapatelares, podendo estar relacionada a derrame articular.

[Assinatura]
Luis Henrique de Almeida Res 1º TEN PM
RGPM 105199193-2º Mai 14405-9
Chefe do Serviço de Radiologia

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura completa, desalinhada, cominutiva, com extensão articular na tíbia proximal.

Fratura completa, desalinhada, na cabeça da fíbula.

Aumento do volume e da densidade das partes moles adjacentes.

Densificação de partes moles suprapatelares, podendo estar relacionada a derrame articular.

*Correlacionar com dados clínicos.



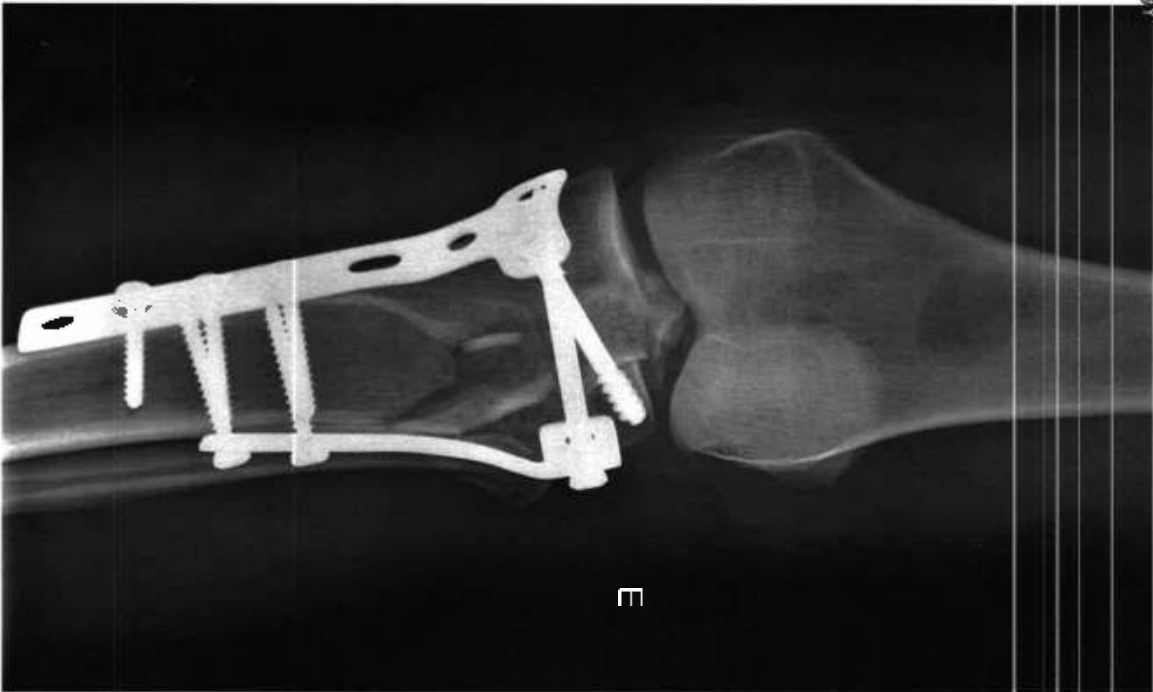
NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COS
CRM: 33

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

Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1520

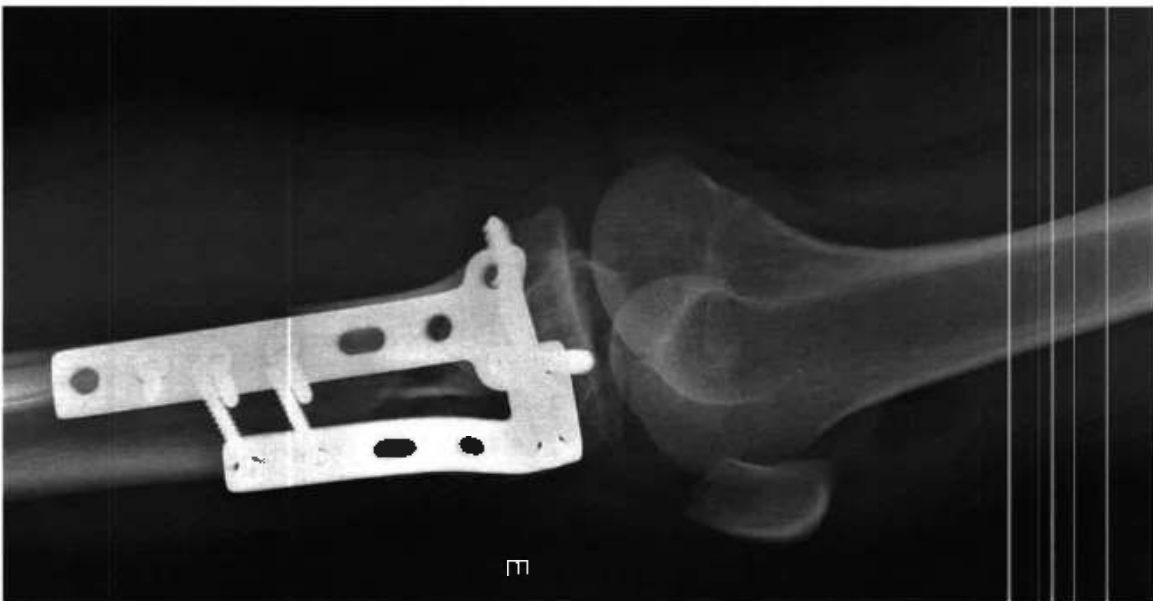


ID: 128250
Paciente: MIRIELY DA CRUZ BATISTA CARDOZO
Idade: 029Y
Sexo: F



HFM

Ednan Soares Coutinho
Ednan Soares Coutinho 1º EM PM
RGPM 105188193-2ª Mai 14495 9
Téc. de Saúde Bucal - Técnico



Horas: 12:08
Exame: 08/11/2018



04/12/2018

telelaudos.tempsite.ws/sistema_laudos/fmlaudoiimprime.asp?yopcao=L&yla_cdlau=128223&ypa_cdpac=40597&yla_sqldau=55530



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

Nº ORDEM.....: 128223

NOME.....: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

MÉDICO SOLIC:

DATA LAUDO....: 29/11/2018

CONVÊNIO: INTERNO

DATA REALIZ: 06/11/2018

IDADE: 29 anos

CRM: -P1

CÓDIGO: 40597

RX JOELHO ESQUERDO

O estudo radiológico do joelho esquerdo realizado nas incidências em AP e perfil demonstra:

- Presença de fratura cominutiva no platô tibial, comprometendo a superfície articular, fixada com placa e parafusos metálicos.
- Fratura na extremidade proximal da fíbula.
- Redução do espaço articular fêmoro-tibial.
- Espaço fêmoro-patelar com avaliação prejudicada.
- Aumento de partes moles.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Controle ortopédico de fraturas no joelho.

Luis Henrique Fontenele Gomes 1º TEN PM
RGPM/105198193-21 Mai 144105-8
Cabe de São João do Arco Técnico

Fontenele Gomes

IVAN FONTENELE GOMES
CRM-2426-PI

Av. Hênio Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.109/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265
Fax (86) 3216-1620

x://telelaudos.tempsite.ws/sistema_laudos/fmlaudoiimprime.asp?yopcao=L&yla_cdlau=128223&ypa_cdpac=40597&yla_sqldau=55530&yflit_sit... 1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/01/2021 11:01:51

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012011015071200000013393716

Número do documento: 21012011015071200000013393716

**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR**

203-3

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 411461826	Nº REGULAÇÃO: 47927	TIPO: EXAME EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2323451 - HOSPITAL DA POLÍCIA MILITAR DIRCEU ARCOVERDE - HPM - (86)	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828855 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO	NASCIMENTO: 19/05/1989	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE COM FRATURA COMUNITIVA PLATO TIBIAL, NECESSITANDO REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA JOELHO ESQ. PARA AGENDAMENTO CIRÚRGICO.			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL:	120x80(mmHg)	FREQ. CARDÍACA:	70bpm
SATURAÇÃO:		FREQ. RESPIRATÓRIA:	20rpm
GLICEMIA:		NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	15
USO DE DROGAS VASOATIVAS:		USO DE O2:	
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES: TILATILRANITIDINADIPIRONATRAMADOLIFILATIL			

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

Darlene G. S.
Médica
Crim. e Def. 15
CRM-MA 5852

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



ID: INT_01_05/11/2018
Paciente: MIRIELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO
Idade: 029Y
Sexo: F

HPM

CUG HAD 005 1º TEN PM
RGPA: 05198 53-21/01/14495-9
Inet: o Selo do Arquivo Técnico



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



PJ CORRETORES
DE SEGUROS

11 JUN 2019

DPVAT

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PEDRO DO PIAUÍ
Av. Presidente Vargas, s/n - Centro - SÃO PEDRO DO PIAUÍ - PI
CNPJ: 06.554.810/0005-08

RECEITUÁRIO

nte: Mirley de Ouy Barbosa Cardoso

Laudos Médicos

Paciente apresenta o diag-
nóstico de fratura de platô tibial
(c) completa. Submetido a proce-
dimento cirúrgico (osteossíntese
de platô tibial medial e lateral)
evoluindo com dores e edema su-
correntes. Refere dor incapacitan-
te para o trabalho. Sugiro afor-
tamento do trabalho por um
período de 30 (trinta e três) dias
para tratamento e reabilita-
ção

(70-582)

Dr. Elton Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 746 - CREA-PI 5073
RBOY - 13178

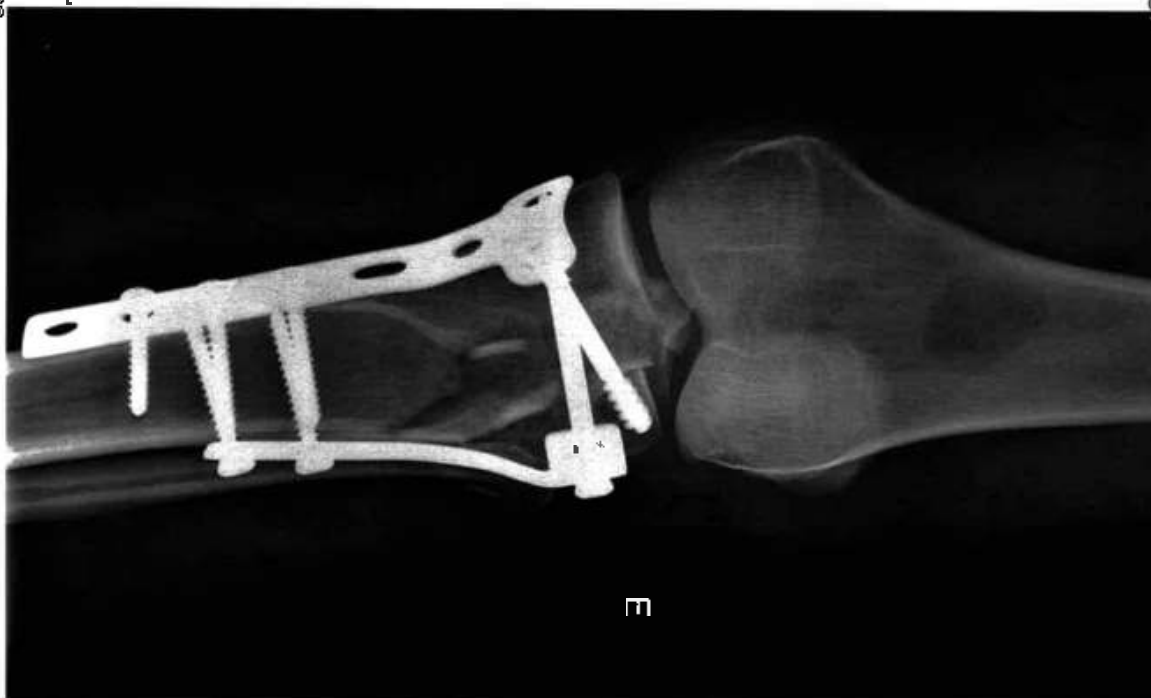
26-ABR. 2019

VOLTANDO A CONSULTA QUEIRA TRAZER ESTA RECEITA.




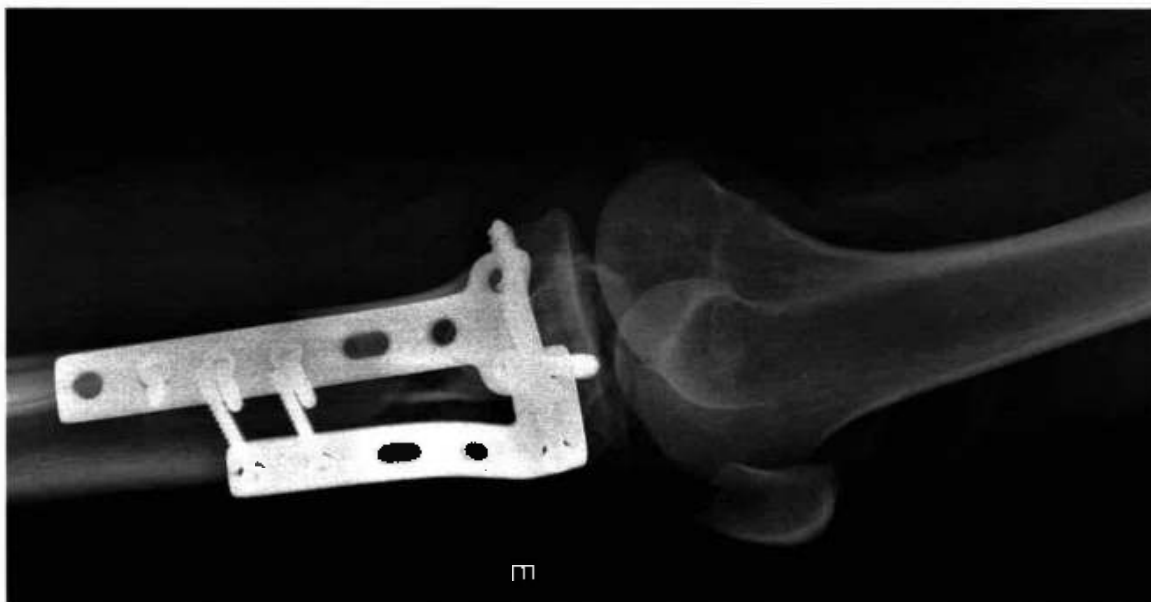
ID: 128250
Paciente: MIRIELY DA CRUZ BATISTA CARDOZO
Idade: 0297
Sexo: F

Horas: 12:08
Exame: 08/11/2013



HPM


Luis Henrique Vasconcelos de Almeida 1º TEN PM
RG 105198193-2, Mat. 14495-9
Fone: 3130-1000



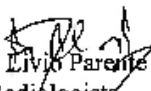
Cliente: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO
Convênio: PRÓ SAÚDE
Solicitante: Dr. MEDICO NÃO DEFINIDO
Código: 370975.01

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

RX DO JOELHO ESQUERDO

O estudo radiológico com Imagem digital FCR de alta resolução, nas incidências ântero-posterior e perfil demonstra:

- Osteossíntese cirúrgica através placa e parafusos metálicos de fratura ao nível do terço proximal do rádio. Bom alinhamento ósseo em fratura em fase de consolidação.
 - Restante da estrutura osteoarticular visualizada sem alterações.
 - Partes moles radiologicamente normais.
- Estudo radiológico para controle evolutivo pós-cirúrgico.


Dr. Elyio Parente
Radiologista
CRM 213- PI



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.749.526 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/11/13

NOME MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

FILIAÇÃO MARIA DO AMPARO BATISTA RAIMUNDO CARDOSO DO NASCIMENTO

SÃO PEDRO DO PIAUI-PI 19/09/1981

CERT. NASC. 14722 L A18 F 348 EXP BARRO DURO-PI 11/12/91

053.939.473-48

LEI Nº 7.716 DE 29/06/93, DECRETO Nº 69.250/93

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
07 MAR 2019
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

ASSINATURA DO TITULAR

0261529

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ADMINISTRAÇÃO NACIONAL DO TRÂNSITO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA E SEGURANÇA
 ATRIBUIÇÃO DE LICENÇA DE CONDUTORES

ADRIANA CARLA DE SOUZA SILVA

1554703040

06983294635

03/01/2019

04/01/2019

PIAUÍ

**PJ CORRETORA
 DE SEGUROS**

07 MAR 2019

DIPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

2401	VIA	000	00000000	ENTRADA	EXERCÍCIO
0036	1	00462079023			2015
0047	NOME				
0048	MARIA DO AMPARO BATISTA				
0049	*****				
0050	*****				
0051	*****				
0052	*****				
0053	*****				
0054	*****				
0055	*****				
0056	*****				
0057	*****				
0058	*****				
0059	*****				
0060	*****				
0061	*****				
0062	*****				
0063	*****				
0064	*****				
0065	*****				
0066	*****				
0067	*****				
0068	*****				
0069	*****				
0070	*****				
0071	*****				
0072	*****				
0073	*****				
0074	*****				
0075	*****				
0076	*****				
0077	*****				
0078	*****				
0079	*****				
0080	*****				
0081	*****				
0082	*****				
0083	*****				
0084	*****				
0085	*****				
0086	*****				
0087	*****				
0088	*****				
0089	*****				
0090	*****				
0091	*****				
0092	*****				
0093	*****				
0094	*****				
0095	*****				
0096	*****				
0097	*****				
0098	*****				
0099	*****				
0100	*****				
0101	*****				
0102	*****				
0103	*****				
0104	*****				
0105	*****				
0106	*****				
0107	*****				
0108	*****				
0109	*****				
0110	*****				
0111	*****				
0112	*****				
0113	*****				
0114	*****				
0115	*****				
0116	*****				
0117	*****				
0118	*****				
0119	*****				
0120	*****				
0121	*****				
0122	*****				
0123	*****				
0124	*****				
0125	*****				
0126	*****				
0127	*****				
0128	*****				
0129	*****				
0130	*****				
0131	*****				
0132	*****				
0133	*****				
0134	*****				
0135	*****				
0136	*****				
0137	*****				
0138	*****				
0139	*****				
0140	*****				
0141	*****				
0142	*****				
0143	*****				
0144	*****				
0145	*****				
0146	*****				
0147	*****				
0148	*****				
0149	*****				
0150	*****				
0151	*****				
0152	*****				
0153	*****				
0154	*****				
0155	*****				
0156	*****				
0157	*****				
0158	*****				
0159	*****				
0160	*****				
0161	*****				
0162	*****				
0163	*****				
0164	*****				
0165	*****				
0166	*****				
0167	*****				
0168	*****				
0169	*****				
0170	*****				
0171	*****				
0172	*****				
0173	*****				
0174	*****				
0175	*****				
0176	*****				
0177	*****				
0178	*****				
0179	*****				
0180	*****				
0181	*****				
0182	*****				
0183	*****				
0184	*****				
0185	*****				
0186	*****				
0187	*****				
0188	*****				
0189	*****				
0190	*****				
0191	*****				
0192	*****				
0193	*****				
0194	*****				
0195	*****				
0196	*****				
0197	*****				
0198	*****				
0199	*****				
0200	*****				
0201	*****				
0202	*****				
0203	*****				
0204	*****				
0205	*****				
0206	*****				
0207	*****				
0208	*****				
0209	*****				
0210	*****				
0211	*****				
0212	*****				
0213	*****				
0214	*****				
0215	*****				
0216	*****				
0217	*****				
0218	*****				
0219	*****				
0220	*****				
0221	*****				
0222	*****				
0223	*****				
0224	*****				
0225	*****				
0226	*****				
0227	*****				
0228	*****				
0229	*****				
0230	*****				
0231	*****				
0232	*****				
0233	*****				
0234	*****				
0235	*****				
0236	*****				
0237	*****				
0238	*****				
0239	*****				
0240	*****				
0241	*****				
0242	*****				
0243	*****				
0244	*****				
0245	*****				
0246	*****				
0247	*****				
0248	*****				
0249	*****				
0250	*****				
0251	*****				
0252	*****				
0253	*****				
0254	*****				
0255	*****				
0256	*****				
0257	*****				
0258	*****				
0259	*****				
0260	*****				
0261	*****				
0262	*****				
0263	*****				
0264	*****				
0265	*****				
0266	*****				
0267	*****				
0268	*****				
0269	*****				
0270	*****				
0271	*****				
0272	*****				
0273	*****				
0274	*****				
0275	*****				
0276	*****				
0277	*****				
0278	*****				
0279	*****				
0280	*****				
0281	*****				
0282	*****				
0283	*****				
0284	*****				
0285	*****				
0286	*****				
0287	*****				
0288	*****				
0289	*****				
0290	*****				
0291	*****				
0292	*****				
0293	*****				
0294	*****				
0295	*****				
0296	*****				
0297	*****				
0298	*****				
0299	*****				
0300	*****				
0301	*****				
0302	*****				
0303	*****				
0304	*****				
0305	*****				
0306	*****				
0307	*****				
0308	*****				
0309	*****				
0310	*****				
0311	*****				
0312	*****				
0313	*****				
0314	*****				
0315	*****				
0316	*****				
0317	*****				
0318	*****				
0319	*****				
0320	*****				
0321	*****				
0322	*****				
0323	*****				
0324	*****				
0325	*****				
0326	*****				
0327	*****				
0328	*****				
0329	*****				
0330	*****				
0331	*****				
0332	*****				
0333	*****				
0334	*****				
0335	*****				
0336	*****				
0337	*****				
0338	*****				
0339	*****				
0340	*****				
0341	*****				
0342	*****				
0343	*****				
0344	*****				
0345	*****				
0346	*****				
0347	*****				
0348	*****				
0349	*****				
0350	*****				
0351	*****				
0352	*****				
0353	*****				
0354	*****				
0355	*****				
0356	*****				
0357	*****				
0358	*****				
0359	*****				
0360	*****				
0361	*****				
0362	*****				
0363	*****				
0364	*****				
0365	*****				
0366	*****				
0367	*****				
0368	*****				
0369	*****				
0370	*****				
0371	*****				
0372	*****				
0373	*****				
0374	*****				
0375	*****				
0376	*****				
0377	*****				
0378	*****				
0379	*****				
0380	*****				
0381	*****				
0382	*****				
0383	*****				
0384	*****				
0385	*****				
0386	*****				
0387	*****				
0388	*****				
0389	*****				
0390	*****				
0391	*****				
0392	*****				
0393	*****				
0394	*****				
0395	*****				
0396	*****				
0397	*****				
0398	*****				
0399	*****				
0400	*****				
0401	*****				
0402	*****				
0403	*****				
0404	*****				
0405	*****				
0406	*****				
0407	*****				
0408	*****				
0409	*****				
0410	*****				
0411	*****				
0412	*****				
0413	*****				
0414	*****				
0415	*****				
0416	*****				
0417	*****				
0418	*****				
0419	*****				
0420	*****				
0421	*****				
0422	*****				
0423	*****				
0424	*****				
0425	*****				
0426	*****				
0427	*****				
0428	*****				
0429	*****				
0430	*****				
0431	*****				
0432	*****				
0433	*****				
0434	*****				
0435	*****				
0436	*****				
0437	*****				
0438	*****				
0439	*****				
0440	*****				
0441	*****				
0442	*****				
0443	*****				
0444	*****				
0445	*****				
0446	*****				
0447	*****				
0448	*****				
0449	*****				
0450	*****				
0451	*****				
0452	*****				
0453	*****				
0454	*****				
0455	*****				
0456	*****				
0457	*****				
0458	*****				
0459	*****				
0460	*****				
0461	*****				
0462	*****				
0463	*****				
0464	*****				
0465	*****				
0466	*****				
0467	*****				
0468	*****				
0469	*****				
0470	*****				
0471	*****				
0472	*****				
0473	*****				
0474	*****				
0475	*****				
0476	*****				
0477	*****				
0478	*****				
0479	*****				
0480	*****				
0481	*****				
0482	*****				
0483	*****				
0484	*****				
0485	*****				
0486	*****				
0487	*****				
0488	*****				
0489	*****				
0490	*****				
0491	*****				
0492	*****				
0493	*****				
0494	*****</				

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 80°) DO JOELHO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM FEVEREIRO DE 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/03/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





**CARTA REANÁLISE
DE PROCESSO DE INVALIDEZ**

EU Mirley da Cruz Botelho Cardoso

R.G. 2.749.526 E CPF 053.939.443-248 RESIDENTE NA

RUAAV: Rua Formosas nº 60

Nº 20285

BAIRRO Centro CIDADE São João do Rio de Janeiro UF: RJ

Declarar que que informo de acurácia do conteúdo

meu dia 01.11.18. Onde que para uma perícia médica

DPVAT, onde recebi R\$ 1.683,50 pois não concordei com

o valor pois minhas despesas são superiores. Sendo

fez uma consulta com o médico e não concordei

o valor do plano, fiz uma consulta com o plano e não concordei

metódica, fiz uma perícia médica DPVAT, fiz uma

Mirley da Cruz Botelho Cardoso
(Assinatura)

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

em anexos meus dados.

SOLICITAÇÃO DE REABENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, Mirely da Cruz Batista Cardoso
 RG 2.749.596 / CPF 053.939.473-48
 Residente a Rua Rui Leal Melo Cidade de
São Pedro do Piauí Bairro: Centro
 UF Piauí CEP 4430-000

Telefone para contato: (86) 99981.6008 (86) 99426.0920

Informo que não compareci anteriormente à perícia médica, pelo motivo a seguir:
Solicito uma nova perícia médica DPVAT.
Pois fui para uma perícia médica,
onde avaliaram o meu processo e o médico
Dr. Jansen Aguiar me pagaram R\$ 1.683,50
Pois eu não concordei com o valor, pois fiquei
com sequelas definitivas, solicito outra perícia
avaliar o meu processo.

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

Mirely da Cruz B. Cardoso

ASSINATURA



OBS:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 80°) DO JOELHO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM FEVEREIRO DE 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/03/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: CONFORME PERÍCIA MÉDICA: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL REALIZADA EM 21/03/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. COMPLEMENTO POR REANÁLISE 0%.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *@RELATÓRIO MÉDICO PÁG 02 E DOC MÉDICA REFEREM SEQUELA PERMANENTE SECUNDÁRIA A FRATURA DISTAL DA FÍBULA ESQUERDA. EXAMES DE IMAGEM EVIDENCIAM FRATURAS PROXIMAIS DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDAS. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: CONFORME PERÍCIA MÉDICA: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS REVISÃO DA PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL REALIZADA EM 21/03/2019, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. COMPLEMENTO POR REANÁLISE 0%.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO MÉDICO PÁG 02 E DOC MÉDICA REFEREM SEQUELA PERMANENTE SECUNDÁRIA A FRATURA DISTAL DA FÍBULA ESQUERDA. EXAMES DE IMAGEM EVIDENCIAM FRATURAS PROXIMAIS DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDAS. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Mirely da Cruz Batista Cardoso BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL solteira PROFISSÃO Lavadeira CI RGN.º 2749576 CPF/ MF
Nº 05393947348 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
RUA Leônidas Melo nº 2085
CIDADE DE São Pedro-PI
ESTADO Piauí CEP. 64430000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 249.394.433-53 E RG SOB
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

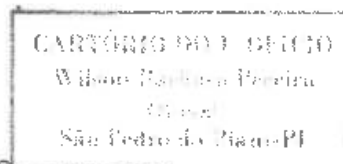
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos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

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

Cobertura: Invalidez Data Fato: 01/11/18



São Pedro do Piauí de Janeiro de 2019



Mirely da Cruz Batista Cardoso

OUTORGANTE

RECONHEÇO COMO VERDADEIRA A FIRMA DE: MIRELY DA CRUZ BATISTA
CARDOSO, TENDO A MESMA COMPARECIDO EM CARTÓRIO, APRESENTOU
IDENTIDADE E CPF, FOI FEITO CARTÃO DE AUTOGRAFO, A ASSINATU-
RA APOSTA NO DOCUMENTO É AUTÊNTICA.-

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0078517/19

Vítima: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

CPF: 053.939.473-48

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/11/2018

Titular do CPF: MIRELY DA CRUZ
BATISTA CARDOSO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO : 053.939.473-48

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/03/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0078517/19

Número do Sinistro: 3190184437

Vítima: MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO

CPF: 053.939.473-48

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/11/2018

Titular do CPF: MIRELY DA CRUZ
BATISTA CARDOSO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190184437**

Nome do(a) Examinado(a): **MIRELY DA CRUZ BATISTA CARDOSO**

Endereço do(a) Examinado(a):

R LEONIDAS MELO, 2085, C - CENTRO - São Pedro do Piauí - PI - CEP 64430-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2749526**

Data e local do acidente: [**01/11/2018**]

RUA ANTONIO MUNDOCA - MUTIRAO - SÃO PEDRO DO PIAUÍ

Data e local do exame: [**21/03/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

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

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 80º) DO JOELHO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM FEVEREIRO DE 2019.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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


Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

