

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE SENA BISPO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000005576-6

Nr. da Autenticação 9406FCD3B765C641

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO
- SEGURO DPVAT -

Seguradora Líder dos
Comércios do Seguro DPVAT
www.seguradoralider.com.br

Nº DO SINISTRO:

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Jose da Senna Bispo
PORTADOR / A DO RG Nº 7.842.359 EXPEDIDO POR SSP/PI EM 11 / 09 / 12 E
CPF 00000000000 / CNPJ 000000000000000000 - 00000000 - 00, PROFISSÃO Pedreiro
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,02 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR
REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose da Senna
Bispo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ **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 BRADESCO**

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO**

Nº BANCO 001 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 3389 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA 08 093 05376-6

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



1004039

FEDERAL S. S.
27 SET 2012

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Teresina - PI

DATA 27/09/12

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A X Jose da Senna Bispo

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante: indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep).
- Para acompanhar o andamento do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.
- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

256-378848413-8

CAIXA

CAIXA

12/SET/2012

HORA DE 09:29:17

OT. 16.007187-9
LOCALIDADE: TERESINA
AG. VINCULADA: 2004

TERM 011205

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

3389.00005576-6

NOME: JOSE DE SENA BISPO

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DIA LIMITE
12/09

SALDO

796,42 C

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE
10/09

SALDO

500,00 C

RESUMO EM 11/09
SALDO

1.296,42

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONÍVEL
SALDO TOTAL

0,00

1.296,42 C

1.296,42 C

Disque CAIXA - 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA - 0800 725 7474
Reclamações, sugestões e elogios

www.caixa.gov.br

256-378848413-8

CAIXA

CAIXA

CAIXA

CAIXA

FEDERAL SEGUROS
27 SET 2012



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA - SSP
DELEGACIA GERAL DA POLICIA CIVIL - DGP

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA (Alternativo)**

Número do B.O.: 4320-2012
Delegado: EVALDO DIAS DE FARIAS

Resp. pelo Registro: ALBERTO DA SILVA REIS
DATA: 11.09.2012 HORARIO: 16h55min.

DADOS DA OCORRÊNCIA

Delegacia Responsável: PLANTÃO GERAL DO COMPLEXO DAS DELEGACIAS ESPECIALIZADAS
Horário do fato: 18h34min. DO DIA 09.06.2012 Local: CLUBE DO VALDEMAR ALUISIO Bairro:
TODOS OS SANTOS Município: TERESINA-PI Ponto de Referência:

NATUREZA DO FATO

QUEDA DE MOTO(COM VÍTIMA)

DADOS DO INFORMANTE

Nome: JOSÉ DE SENA BISPO Nacionalidade: BRASILEIRA Naturalidade: ISAIAS COELHO-PI
Profissão: PEDREIRO Data de Nascimento 01.06.1960 Endereço: Q-289 C-03 DIRCEU ARCOVERDE
'II' Filiação: MARIA DAS MERCES BISPO Fone: 9930-8810 R.G: 1.842.159 SP/PI CPF:
302.713.123-00

PESSOAS ENVOLVIDAS

Vítima(s): O NOTICIANTE E JOSÉ TEODORO.
Autor(es):

FEDERAL SEGUROS

27 SET 2012

OBJETOS MATERIAIS ENVOLVIDOS

Desc. Material: MOTOCICLETA.

VEICULOS ENVOLVIDOS

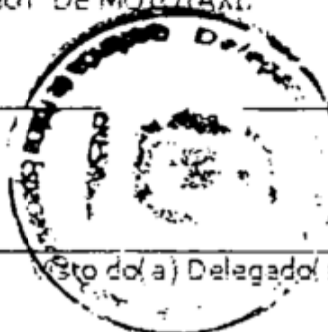
Desc. do(s) veículo(s): PAS/MOTOCICLO/NENHUMA, HONDA/XR 250 TORNADO, PLACA LVY-4921,
CHASSI 9C2MD34002R101768, RENAVAM 798569778, COR VERMELHA, PROPRIEDADE DE MARCIO JOSÉ
COELHO BISPO, CONDUZIDA POR JOSÉ DE SENA BISPO, CNH Nº 363756305, FRONTOUÁRIO
04859013400, CATEGORIA 'AB'.

NARRATIVA DO FATO

RELATA O NOTICIANTE QUE POR VOLTA DAS 18h34min. DO DIA 09.06.2012 OCORREU UM ACIDENTE DE
TRANSITO NO CLUBE DO VALDEMAR ALUISIO NO BAIRRO TODOS OS SANTOS ENVOLVENDO O VEÍCULO
DE PLACA LVY - 4921, RELATA AINDA O NOTICIANTE QUE AO DERRAPAR NA LINHA FERREA VEIO A CAIR
JUNTAMENTO COM O GARUPA DE NOME JOSÉ TEODORO, DO VEÍCULO ACIMA CITADO CAUSANDO ASSIM
O ACIDENTE, RELATA AINDA O NOTICIANTE QUE FOI SOCORRIDO PELO 'SAMU' E LEVADO AO 'HUT' A
OUTRA VÍTIMA TAMBEM FOI PARA O 'HUT' DE MOTOTAXI.

Responsável pelo registro

Responsável pela informação



(Sto do(a) Delegado(a))



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N°. do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1°. hospital	08 Saída do 1°. hospital	09 Chegada ao 2°. hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 6 - Outro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 5 - Objeto fixo 2 - Motocicleta 6 - Animal 3 - Ônibus/Micro-ônibus 7 - Outra 4 - Bicicleta 9 - Ignorado	☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Local da lesão	
	ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-A voz 2-A dor 1-Nenhuma	5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhuma		
Assistência	25 Pupilas	27 Sinais vitais	28 Sangramento		
	1 - Iguais 2 - Desiguais 26 Pulso Radial Central 1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente	Pulso bpm Respiração rpm PA mmHg Sat. O2 %	1 - Sim 2 - Não 29 Fratura 1 - Não 2 - Fechada 3 - Exposta		
Hospital de Destino	30 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	☐ Aspiração ☒ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Oxigênio ☒ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☒ Curativos ☐ Ked ☐ Assistência obstétrica				
Hospital de Destino	31 Hospital de Destino				
	01-HUT 06-HAA 11-H Allança 17-Primavera 23-Wall Ferraz 29-HGV 02-HILP 07-HSCB 12-São Lucas 18-Buenos Aires 24-Prontomed 30-Mariano C Branco 03-IDTNP 08-H Unimed 13-Santo Antonio 19-Satélite 25-HTI 66-Outro 04-MDER 09-São Marcos 14-Parque Piauí 20-Direção Arcoverde 26-HCT 77-Não removido 05-HPM 10-Santa Maria 15-Monte Castelo 21-Promorar 27-Santa Fé 88-Não se aplica 16-Ozéas Sampaio 22-Mocambinho 28-São Paulo 99-Ignorado				
32 Condições de entrada		33 Óbito			
1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado		1-Antes do socorro 2-Antes do transporte 3-Durante o transporte 4-Não			
OBSERVAÇÕES					
<i>paciente em estado de choque, com sinais vitais instáveis, encaminhado para o Hospital de Destino.</i> CONFERE COM O ORIGINAL Maria Goreth Barros Administradora SAMU					
Responsável pela recepção		Socorristas	Enfermeiro		Condutor
		Médico			
		AE/TE			



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Municipal de Saúde - FMS
SAMU



SOLICITAÇÃO DE SOCORRO

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

94-88-6072

- 01- ☐ Acidente de Trânsito
02- ☐ Agressão Física
03- ☐ Urgência Psiquiátrica
04- ☐ Envenenamento
05- ☐ Afogamento
06- ☐ Já Removido

- 07- ☐ Queimadura
08- ☐ Choque Elétrico
09- ☐ Queda
10- ☐ Mal Súbito
11- ☐ Urgência Obstétrica
12- ☐ Outros
13- ☐ Falso Chamado

LOCAL DE OCORRÊNCIA:

Bol. Terra II
Clube do Voleibol Alameda

PONTOS DE REFERÊNCIA:

AMBULÂNCIA ACIONADA:

PMO-2910 Matoleiro

Saída do P.A. 18:35 hs.

Chegada ao Local 18: hs.

Saída do Local hs.

Chegada ao Hospital hs.

Saída do Hospital hs.

Chegada ao P.A. hs.

HOSPITAL DE DESTINO

- 01- ☐ H.G.V.
02- ☐ H.I.L.P.
03- ☐ H.D.I.C.
04- ☐ M.D.E.R.
05- ☐ H.P.M.
06- ☐ H.A.A.
07- ☐ São Carlos
08- ☐ Hospital Unimed
09- ☐ São Marcos
10- ☐ Santa Maria
11- ☐ Casa Mater
12- ☐ São Lucas
13- ☐ Santo Antonio
14- ☐ Mariano C. Branco



- 15- ☐ Parque Piauí
16- ☐ Monte Castelo
17- ☐ Matadouro
18- ☐ Primavera
19- ☐ Buenos Aires
20- ☐ Cidade Satélite
21- ☐ Dirceu Arcoverde
22- ☐ Promorar
23- ☐ Mocambinho
24- ☐ Wall Ferraz
25- ☐ CLIFOR
26- ☐ HTI
27- ☐ Hospital São Paulo
28- ☐ H. U. T.

CONFERE COM O ORIGINAL

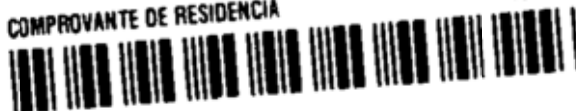
Maria Georgeth Barroso
Administradora SAMU

DATA: / /

TELEFONISTA

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040



DECLARAÇÃO

Eu, Jose de Sam Bispo, abaixo assinado,
portador do RG nº 3.842.159 e do CPF nº 302.713.523-00,
venho por meio desta declarar que resido Qd: 289,
nº 03, complemento Casa,
bairro Dirceu de Aguiar de It,
Cidade Teresina,
UF PI, CEP 64077-160.

Teresina-PI, 27 de Setembro de 2012.

Jose de Sam Bispo
Assinatura do Declarante



TEL: PARA CONTATO.

(86) 3221-5607



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Jose de Sousa Bispo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 181436

FEDERAL SEGUROS

27 SET 2012

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

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redeção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI-CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02



BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 09/06/2012 19:23:51

(GRACIE LEAL)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> JOSE DE SOUSA BISPO		<u>Prontuário:</u> 181436	
<u>Mãe:</u> MARIA DAS DORES MERCES BISPO		<u>Nome do Pai:</u> FELIPE DE SENA BISPO	
<u>End. Resid.:</u> QD 289 CS 03 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
<u>Nascimento:</u> 01/06/1960	<u>Idade:</u> 52a:0m:21d	<u>Sexo:</u> Masculino	<u>Fone:</u> 86-9930-8810
<u>Responsável:</u> JOSE DE SOUSA BISPO		<u>CNS:</u> 898003418994646	
<u>Profissão:</u> PEDREIRO		<u>Documento:</u> RG: 1842159 - SSP-PI	
<u>G. Instrução:</u> Fundamental Incompleto		<u>E. Civil:</u> Casado(a)	
<u>End. Local.:</u> - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 23576 5	<u>Data:</u> 09/06/2012 19:23: 50	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		<u>Convênio:</u> S U S
<u>Acid. Trab.:</u> Não	<u>Caso Policial:</u> Não	<u>Pl. Saúde:</u> Não
	<u>Trauma:</u> Não	<u>Maus Tratos:</u> Não

DADOS CLÍNICOS:

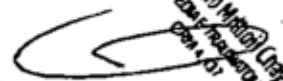
Heldent fennőt csak az eső
D, polgár G.
Rak. jut. plató helyén lakni de is
TC el jut. Szatka z
azóta talán mások is jöttek

Dr. Berta M.
Szatka

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	
Diagnóstico Inicial: _____			
			CID: _____

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

FEDERAL SEGUROS
27 SET 2012

ALTA: ☐ Melhorado ☐ Curado ☐ Inalterado ☐ A Pedido	☐ Administrativa ☐ Por Indisciplina ☐ Por Evasão	☐ Retornar à Unid. Origem: _____ ☐ Transferência: _____
	DATA SAÍDA: ____/____/____ HORA: ____:____	
ÓBITO: ☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs	DESTINO: ☐ Família ☐ IML ☐ Anat. Patol.	☐ Internação na Unidade Proced. Solicitado: <u>04380 FORTA.</u> CID Compatível: <u>S 82.1</u>
	 Dr. Danilo Marcolino, Unesp Centro de Diagnóstico e Pat. Cir. Prof. Solicitante Internação:	

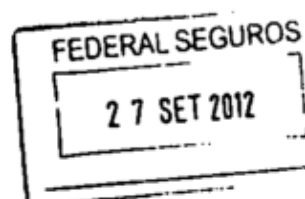
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

DECLARAÇÃO

O Hospital de Urgência de Teresina – HUT "Dr. Zenon Rocha", vem através deste documento retificar dados do boletim de entrada do paciente JOSE DE SOUSA BISPO no que se refere ao nome do mesmo, alterando para **JOSÉ DE SENA BISPO**. Retificamos, ainda o nome da mãe do paciente de MARIA DAS DORES MERCES BISPO para **MARIA DAS MERCES BISPO**.

Teresina, 27 de julho de 2012.



Justivan Sérgio L. Teixeira
Diretor Técnico-HUT
CRM-PI 3131

Justivan Sérgio Leal Teixeira
Diretor Técnico – HUT
CRM-PI: 3131



No. da Autorização de Internação

Orgão Executor: HOSPITAL

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALARAIH : 221210135003-2
UNI : H.U.T. (PROF. ZENON AGOSTINI)

JOSE DE SENA BISPO

D. LIBERA: 11/06/2012

PROCED.: 0408050551 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANTAO TIBIAL
OP. BIST: SERGIO LUIS
CID: 8601Aut. de: JOSE DE SENA BISPO
CRM: 11020-969 - R. Responsável

5828856

58872

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HI

2- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3- Nome: JOSE DE SENA BISPO

6 - Prontuário: 181436

4- CNS: 898003418994646

8- Nascimento: 01/06/1960

9- Sexo: Masculino

RG: 1842159 - SSP-PI

11- Mãe: MARIA DAS DORES MERCES BISPO

12- Fone: 86-9930-8810

13- Resp: MARIA GEMIS BISPO DE SENA

14- Fone: 86-9930-8810

15- Ender: QD 289 CS 03 - DIRCEU ARCOVERDE - CEP: 64000-010

17- Cod. IBGE: 221100

18- UF: PI

19- CEP: 64000-010

16- Munic: TERESINA

27 JUN 2012

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

fratura fechada da perna e tornozelo
TC 19 fev. pluto tibia, shaker 2
cds tentos p/ curar de fer

21 - Condições que justificam a internação:

A que

FEDERAL SEGUROS

27 SET 2012

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

24- CID Prim: 8621

25- CID Sec: 1

26- CID C. Ass: 1

23- Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade proximal da tibia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tempo SUS
4

27- Procedimento Solicitado:

0408050551

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANTAO TIBIAL

29- Clínica:

30- Caráter: Ident.: 31- Docum.: 32- Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

087.003.887-77

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

DANILO MILHOLI CHAGAS

34- Data Solicitação:

09/06/2012

35- Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

Dr. Danilo Milholi Chagas
CRM: 11020-969

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39- CNPJ Seguradora:

40- No. Bilhete:

41- Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42- CNPJ Empresa:

43- CNAE Empresa:

44- CSOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47- Data Autorização:

11/06/12

48- Documento:

49- Num. Documento:

50- Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

() CNS () CPF

Usuário: (FLAVIA MENDES)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Consulta Local: 235765

Consulta SUS:

Impressão: 09/06/2012 20:27:05

Assinatura de Jose de SENA BISPO



Fundação Municipal de Saúde

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Nome: <u>José de Sousa Rizzo</u>	Idade: <u>52a</u> Sexo: (☒) M () F	Data: <u>09/06/12</u>
Procedência: (☒) The () PI () MA () Outros: _____		Horário: <u>19:23h</u>

Situação / Queixa: Acidente de trânsito

Breve história:
Acidente com motocicleta em via pública, referindo dor e aprepensando estorno com limitação de movimento no membro superior direito e no 1º dedo da mão esquerda

A - VAS		Sinais de Obstrução: Sim () Não (☒)	FEDERAL SEGUROS 27 SET 2012
B - Respiração	(☒) Eupnéico () Dispneico () Insf. Respiratória () Apnéia	SaPO2: _____ Cianose: () Extremidade () Central	
C - Circulação	Pulso Carotídeo: (☒) Sim () Não FC: _____ Perfunção Sanguínea: (☒) Boa () Ruim		
D - Neurológico	ECG: AO (☒) RV (☒) RM (☒) TOTAL <u>15</u> (☒) Isocoria () Anisocoria		
E - Sinais Vitais	PA: <u>110x80</u> TAX: _____ FR: _____ P: <u>83</u> Glicemia Capilar: _____		
Escala da Dor (1 - 10): <u>10</u>			

Vermelho ☐ Amarelo ☒ Verde: A ☐ B ☐ Azul ☐

Alérgias: () Sim (☒) Não. Tipo: () Medicamentosa () Alimentar () Outras _____

Medicamentos de uso Contínuo: () Sim (☒) Não. Qual(ais)? _____

Destino: Ortopedia

Enfermeiro: [Assinatura] Téc./ Aux. Enfermagem: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde
BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

 DATA 11 / 06 / 2012

NOME DO PACIENTE:	<u>Prat. Flávia B. Silva</u>			PRONTUÁRIO Nº:	
DIAGNÓSTICO:	<u>Prat. Flávia B. Silva</u>			CIRURGIA:	<u>TTD Cir</u>
ANESTESIA:				Nº DA SALA:	<u>05</u>
CIRURGIÃO:	<u>Dr. Jamerson de Lemos Jr.</u>			CPF Nº:	
AUXILIAR:	<u>Dr. Leandro Ponce Leal</u>			CPF Nº:	
ANESTESIA:				CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Solange</u>			CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI nº 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	30		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.			SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	01		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 00	UNID.	01		Escaras	-		
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Caxepom 1 unid eletrodos 1 cartela			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 2.0	-	01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Camilene			
PROLENE							

FEDERAL SEGUROS

27 SET 2012

Dr. Jamerson de Lemos Jr.
 Otorrinolaringologista
 CRM-PA 3878



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião

2º Assistente

1º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Dr. Tiago Salgueiro
Anestesiologista
CRM-3880

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

FEDERAL SECURITIES

27 SET 2012

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Fete em ddh no vasculostomia
- ② Anteriorização da pressão colocação de
companso cin.
- ③ 53 lino de escopia realizado
vedação e Oiteossintese e
marafino de esponja 75
vase 32
- ④ Lavagem + sutura

Dr. Jamerson M. de Lemos Jr.
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PJ 3878

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE



NOME DO PACIENTE: <u>João de Souza Lima</u>				Nº DE REGISTRO		
DATA: <u>11/06/12</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	
EXAMES DE URINA				DOS. URÉIA		
FUNÇÃO RESPIRATORIA						
SISTEMA CIRCULATORIO <u>Em</u>				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATORIO <u>AVC</u>				ASMA		
SISTEMA DIGESTIVO				BRONQUITE		
ESTADO MENTAL				SISTEMA URINARIO		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO				CORTICOIDES		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				ATARAXICOS		
APLICADO ÀS				OUTROS		
EFEITOS				FÍSICOS		
TOTAL DE DOSES				EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 <u>Cateter</u> 3				1. <u>Morlaço</u> <u>Morlaço 12</u>	
LIQUIDOS	SO-UTO 500 SANGUE 400 200 OUTROS 100				2. <u>Fentil 20</u>	
TEMPERATURA T	C° <u>38</u>				3. <u>Uregeol 10</u>	
P. ARTERIAL V O PULSO	240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				4. <u>Doxilurina</u> <u>100mg 40</u>	
INICIO E FIM ANESTESIA X					SEQUÊNCIA	
INICIO E FIM OPERAÇÃO					1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
RESPIRAÇÃO O		DURAÇÃO				
SÍMBOLOS				INCIDENTE - ACIDENTE		
TÉCNICAS				CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATAS		
OPERAÇÕES				BEM, <u>duplo</u>		
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						

MOD 76 - H.U.T

FEDERAL SEGUROS

27 SET 2012



HITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - MUT**

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT				LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
DO PACIENTE	PRESCRIÇÃO MÉDICA	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
HORA			QUANT.	HORÁRIOS	
20/12	1 - DIETA GERAL ✓				
	2 - DICLOFENACO 50mg: 01 COMP VO DE 8 EM 8 HORAS				
	3 - BIPIROINA 500mg: 01 COMP VO DE 6 EM 6 HORAS SIN				
	4 - CCG				
	5 - Difenidramina 50mg: 01 COMP VO DE 6 EM 6 HORAS SIN				

FEDERAL SEGUROS
 27 SET 2012

Dr. Danilo Antônio Chagas
 Médico
 CRM-PI 4365



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE DE SENA BISPO** (Prontuário: 181436)
Endereço: QD 289 CS 03 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/06/1960 Idade: 52a:1m:22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA Atendimento: 235765
Requisição: 231929 Solicitação: 09/06/2012
Controle: 297046 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030029

Data Exame: 09/06/2012

T.C. DE JOELHO - DIREITO

O estudo tomográfico do joelho sem contraste endovenoso, demonstrou:

- Fratura do paltô tibial com comprometimento da superfície articular.
- Imagem sugestiva de cisto ósseo em platô tibial medial.
- Meniscos medial e lateral com formas, contornos e coeficientes de atenuação normais.
- Líquido intra-articular em quantidade fisiológica.
- Gordura do Hoffa íntegra.
- Tendão patelar de aspecto normal.
- Retináculos patelares anatômicos.
- Músculos visualizados com morfologia e coeficientes de atenuação normais.



(FERNANDO

TERESINA - PI 10/07/2012

IVAN FONTENELE GOMES

CPF: 394.802.673-49 CRM: 2426

CONFERE COM O ORIGINAL
Teresina, PI 27/07/12
Beila Aito
CARTÃO DE
HUT - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
VIA 12578-3
CPF: 010.223.710-11

PACIENTE: JOSE DE SENA BISPO

MÉDICO SOLICITANTE : MILTON CASTELO BRANCO BATISTA FILHO

CÓD. DO PACIENTE: 134879

DATA: 19/06/2012



ultra-x

*Credibilidade em
Diagnóstico por Imagem*

EXAME: RX JOELHO DIREITO (2 INC)

RELATÓRIO:

Raio-x de controle evolutivo pós-operatório evidenciou:

- Parafusos metálicos (02) na meta-epífise proximal da tíbia.
- Proeminência da eminência intercondileana medial.
- Redução regional da densidade óssea.
- Partes moles sem alterações radioiológicas significativas.



Dr. Antônio Lobão Veras Filho
CRM-2697

Dr. Charles A. Bomfim Veloso
CRM-2954

Dr. Giorgi Carvalho T. Rodrigues
CRM-2831

Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM-3255

Dr. Robert Weiber Martins Dantas
CRM-2460

DR. ROBERT W. MARTINS DANTAS
CRM: 2460



Relatório

Relato para os devidos fins que o Sr. Jose de Sena Bispo sofreu um acidente automobilístico no dia 09/06/2012, sofrendo Fratura do Planalto Tibial D. Realizando tratamento cirúrgico, encontra-se de alta definitiva com as seguintes sequelas: Redução dos movimentos, perda equilíbrio e dificuldade para deambular.

Dr. Aylan B. Melo
Médico
CRM-PI 2985





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 302.713.123-00

Nome da Pessoa Física: JOSE DE SENA BISPO

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **15:16:52** do dia **26/09/2012** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **1978.A67B.F008.3F4B**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.





AVISO DE SINISTRO DPVAT

Na forma do disposto, na resolução Nº. 01/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta Companhia a ocorrência do acidente em questão:

Nome da Vitima:

José de Sma Bispo

A vítima era:

☒ Motorista () Passageiro () Pedestre

O resultado do acidente foi:

() DAMS ☒ Invalidez () Morte

Em cumprimento ao item 10 da resolução nº. 01/75 do CNSP, segue junto ao presente aviso de sinistro os documentos listados abaixo:

Documentos necessários nos processos de:

DAMS	Invalidez	Morte
Aviso de Sinistro	Aviso de Sinistro	Aviso de Sinistro
Ficha de Autorização de Pagamento	Ficha de Autorização de Pagamento	Ficha de Autorização de Pagamento
Relatório Médico de 1º Atendimento Hospitalar	Original ou Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência	Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência
Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência	Cópia do RG/CPF da vítima	Cópia do RG/CPF da vítima
Cópia do RG/CPF da vítima	Comprovante de residência da vítima	Certidão de óbito (autenticada)
Comprovante de residência da vítima	Laudo do I.M.L. ou declaração de inexistência de I.M.L. ou declaração de ausência de Laudo do IML acompanhado de relatório médico qualificando as sequelas.	Lauda cadavérico ou prontuário médico completo, da internação ao óbito (somente para casos onde óbito não tenha ocorrido na mesma data do acidente).
Nota Fiscal emitida pelo Hospital	Relatório de 1º atendimento hospitalar	Documento comprobatório do(s) beneficiário(s) legal (ais)
Fatura Hospitalar	Relatórios hospitalares de evolução ou internação (prontuário médico).	Cópia do RG e CPF do(s) beneficiário(s)
Recibos Médicos (caso existam)		Comprovante de residência do beneficiário(s) legal (ais)
Relatórios Médicos Complementares		Procuração (caso exista)
Requisições de Exames (caso existam)		Cópia do RG e CPF do procurador (caso exista)
Laudos de Exames (caso existam)		Comprovante de residência do procurador (caso exista)
		Declaração de únicos herdeiros
		Declaração de únicos herdeiros para menor beneficiário (caso exista)
OBS: Outros documentos poderão ser solicitados pela Cia. Lider.	OBS: Outros documentos poderão ser solicitados pela Cia. Lider.	Declaração de cônjuge e 2º via da certidão de casamento (pós óbito) caso exista cônjuge (autenticada).

Campo Preenchido pelo Beneficiário/Procurador

Cidade: Terresina UF PI Data 17/9/12 José S. Bispo
Assinatura do Beneficiário/Procurador

Campo Preenchido pela Seguradora/Reguladora

[Assinatura] Visto do Funcionário Cidade: Terresina UF PI Data do aviso 26/09/12

Telefone para contato com a vítima/beneficiário/intermediário: ()

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jose de Sam Rios, portador da
carteira de
identidade nº 9842-159 e inscrito no CPF/MF sob nº 200.733.103-00
residente e domiciliado na
Rua 89 Cam. 03 Dirceu Albuquerque II
Cidade Teresina Estado Piauí, declaro, sob as
penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de
requerimento de
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
(x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que residio não realiza perícias para
fins de
prova do Seguro DPVAT; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que residio realiza perícias com prazo
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a
cobertura de
invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que
esta declaração
permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do
Instituto Médico
Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora
Unipar DPVAT para a
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou mesmo para os fins do §1º do
art. 3º da Lei nº
6.194/74.
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa
prévia
concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso
discorda do seu
conteúdo.

Jose de Sam Rios

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Teresina - PI - 17/09/2012

Local e data



EU JOSE DE SENA BISPO, RG: 1842159
CPF: 302.713.123-00 RESIDO NA RUA: Q-289
C-03, DIRCEU ARCO VERDE II, SOFRIE ACIDENTE
DE TRÂNSITO NO DIA 09.06.2012 FRATURAS
O JOELHO DIREITO, FIZ TRATAMENTO CIRURGICO
E HOJE ME ENCONTRO COM SEQUELA LIMITA-
ÇÃO DOS MOVIMENTOS, RIGIDEZ PERDA DE
FLEXÃO. E HOJE NÃO POSSO MAIS TRABALHAR
E VOCÊS LIBERAM UM VALOR MUITO POUCO
PRA MIM POIS ESTOU SEM TRABALHAR, GOS-
TARIA MUITO DE SER PERICIAADO PELO MEDICO
DE VOCÊS PARA QUE ELE POSSA ME AVALIAR
PESSOALMENTE. EU AGRADEÇO E FICO NO
AGUARDO...

TERESINA - PI

04.02.2013

OUTROS



1004054

Jose de Sena Bispo

FEDERAL SEGUROS

22 FEV 2013

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012488029**Cidade:** Teresina**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JOSE DE SENA
BISPO**Data do acidente:** 09/06/2012**Emissor do parecer:** José
Artur
Fialho
Amorim**Seguradora:** FEDERAL DE
SEGUROS S/A**Prestadora:** AMORIM E MATTOS SERVIÇOS
MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 314742

PARECER

Data da análise: 09/10/2012

Valoração do IML:

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos:

Sequelas permanentes: DEBILIDADE LIMITAÇÃO CICATRIZES

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: JOELHO 75%

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 9.450,00

Médico avaliador: ARTUR

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	75

Valor avaliado: 2.531,25

DADOS DO SINISTRO

Número: 2012488029	Cidade: Teresina	Natureza: Invalidez
Vítima: JOSE DE SENA BISPO	Data do acidente: 09/06/2012	Emissor do parecer: Edson Ribeiro Ferro
Seguradora: FEDERAL DE SEGUROS S/A	Prestadora: CEBEME-Centro Brasileiro de Est. Med. de Eviden	CRM do médico: 407240

PARECER

Data da análise: 04/03/2013
Valoração do IML:
Perícia médica: Não
Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO
Resultados terapêuticos:
Sequelas permanentes: DEBILIDADE LIMITAÇÃO CICATRIZES
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida: Sim
Quantificação das sequelas: JOELHO 75%
Documentos complementares:
Observações: O indenizado encontra-se a contento em se considerando os critérios de invalidez apresentados. Não há dado novo que justifique alteração de parecer anterior.
Valor pleiteado: 9.450,00
Médico avaliador: Edson Ferro
UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			
			Valor avaliado: 0,00