

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/03/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.295,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05811-4

CONTA: 00000001102-9

Nr. Autenticação

BRADESCO200320130500000000002370581100000001102229500 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013097820	Cidade: Timon	Natureza: Invalidez
Vítima: FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS	Data do acidente: 05/03/2012	Emissor do parecer: Jessica de Oliveira Vidal
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A	Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	CRM do médico: 52575957

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO,LUXACAO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Descrição do exame médico pericial: SINISTRADO QUEIXANDO SE DE: CEFALÉIA, TONTURAS, ESQUECIMENTO EM USO REGULAR DE: FENITOINA. MEMBRO INFERIOR DIREITO ASSIMETRICO, COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: TTO CONS

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 12/03/2013

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: FLAVIO EDUARDO HADDAD

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100	1	10
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	10

Valor avaliado: 2.295,00

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2013/097820**
Vítima: **FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS**
Local: **MA-TIMON**
Data do Acidente: **05/03/2012**

Avaliação do Medico Perito Legista

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

- a) SIM b) NÃO c) PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

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

SISTEMA NERVOSO CENTRAL E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

TRAUMATISMO CRANIANO COM TRATAMENTO CONSERVADOR.

LUXACAO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM TRATAMENTO CONSERVADOR.

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

- a) SIM b) NÃO

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

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

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

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

SINISTRADO QUEIXANDO SE DE: CEFALÉIA, TONTURAS, ESQUECIMENTO EM USO REGULAR DE: FENITOINA.

MEMBRO INFERIOR DIREITO ASSIMETRICO, COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

- a) SIM, em que prazo:
b) NÃO

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

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

Segmento corporal acometido:

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

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

Segmento Anatômico

1ª Lesão

SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

2ª Lesão

MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

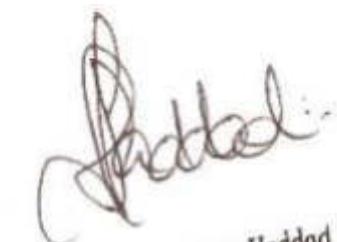
4ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

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

Local e data de realização do exame médico legal:

PI - TERESINA, 12/03/2013**Médico Perito:****Médico Revisor: FLAVIO EDUARDO HADDAD CRM: 52575957**
Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

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

Nº DO SINISTRO:

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT
www.seguradoraslider.com.br



TU04039

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, não 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, FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS

PORTADOR / A DO RG Nº 79144 - 00036 - PI EXPEDIDO POR GTPS EM 22/08/07 E
CPF 2444465132499 / CNPJ ██████████ - ███████ - ███, PROFISSÃO Autônomo
E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR
REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO ALMEIDA
DOS SANTOS, 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 5811-4 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA 1102-9

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

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 361 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

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

LOCAL Timon - MA

DATA 21/09/2012

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A X Francisco Almeida dos Santos

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante: indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tornando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep).
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvartsseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.
- 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 fáixa de renda mensal.

MEM

REC/1*

21 FEVEREIRO



Bradesco

Ficha-Proposta Abertura de Conta(s) de Depósitos Pessoa Física

Agência 3811	Dig. 4	Nome Agência JUNIAO	AG 05811-4 0001102-9	Conta 1102	Dig. 9
Nome Completo (Sem Abreviações) FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS			AG 05811-4 0001102-9	CPF 244.465.132	Contr. 49
Contrato de Conta(s) de Depósitos					

1 - O(s) Proponente(s) identificado(s) nesta Ficha-Proposta manifestou(aram) a intenção de proceder(em) à abertura de Conta(s) de Depósitos, na(s) Modalidade(s) por ele(s) livremente escolhida(s), junto à Agência do Banco Bradesco S.A. (a seguir designado "Bradesco"), também indicada nesta Ficha-Proposta, com a finalidade de depositar, transferir e, por qualquer modo usual, movimentar livremente valores provenientes de diferentes fontes lícitas, observadas as leis e normativos em vigor, bem como as disposições contidas no "Regulamento para Abertura de Contas de Depósito, Produtos e Serviços - Pessoa Física" ("Regulamento"), cuja respectiva cópia é devidamente entregue ao(s) Proponente(s) neste ato, tendo sido por ele(s) lido, compreendido e aceito, razão pela qual terá força de contrato entre as partes que assinam esta Ficha-Proposta, sendo certo, ainda, que o mencionado Regulamento encontra-se registrado sob o nº 193851, junto ao 1º Oficial de Registro de Títulos e Documentos de Osasco (SP), em 31/01/2012. Foram também transmitidas ao(s) Proponente(s) informações prévias a respeito:

- a) das características da(s) modalidade(s) da(s) Conta(s) de Depósitos escolhida(s), mencionadas no Regulamento;
- b) das exigências para a sua abertura e manutenção;
- c) dos diferentes modos de movimentação mediante saques, transferências e outras transações disponíveis;
- d) das condições previstas para o encerramento da(s) Conta(s) de Depósitos de maneira unilateral ou por consenso das Partes.

2 - Reconhecendo que as informações prévias e o texto do Regulamento permitiram-lhe(s) formar adequado entendimento sobre as características da(s) Conta(s) de Depósitos desejada(s), o(s) Proponente(s), que exibiu(ram) documento(s) de identificação civil, de cadastro junto à Secretaria da Receita Federal e o(s) comprovante(s) de endereço(s), forneceu(ram) os demais dados e informações exigidos pelo Conselho Monetário Nacional ("CMN") e pelo Banco Central do Brasil ("BACEN"), nos termos da legislação em vigor, os quais foram inseridos nesta Ficha-Proposta e em outros documentos fornecidos, ou internos, do Bradesco, pelos quais assume(m) inteira responsabilidade.

3 - O(s) Proponente(s) obteve(iveram) o consentimento do Bradesco para a abertura da(s) Conta(s) de Depósitos a partir desta data, ficando as Partes sujeitas à disciplina contratual prevista no Regulamento e ao disposto na Lei e atos normativos das autoridades monetárias (as "Autoridades Monetárias") competentes para intervir e dispor a respeito da presente relação contratual.

4 - Pelo fato de haver sido proporcionado ao(s) Proponente(s) a abertura da(s) referida(s) Conta(s) de Depósitos, o Bradesco prestou-lhe(s) previamente informações amplas com o objetivo de demonstrar que:

- a) a(s) Conta(s) de Depósitos identificada(s) nesta Ficha-Proposta e no Regulamento está(ão) preparada(s) para acolher depósitos/transferências de valores ou créditos recepcionados com a utilização de Meios físicos e/ou eletrônicos, definidos no Regulamento, desde que observadas as disposições contidas no Regulamento e a legislação em vigor, bem como as características de cada modalidade de Conta(s) de Depósitos.
- b) a movimentação da(s) Conta(s) de Depósitos poderá dar-se mediante a utilização de cartão magnético do Bradesco (o "Cartão Bradesco"), cheque ou outro documento físico ou eletrônico, nas condições e nos termos definidos no Regulamento, ressalvadas as características de cada modalidade de Conta(s) de Depósitos, mediante os quais o(s) Proponente(s) tenha(m) dado instrução(s) ao Bradesco para lançamentos em sua(s) respectiva(s) Conta(s) de Depósitos.
- c) os serviços bancários estão sujeitos à cobrança de tarifas, de acordo com os valores indicados no "Cartaz de Serviços Bancários - Tabela de Tarifas" (o "Quadro de Tarifas") nas agências bancárias e em outros Meios, físicos ou eletrônicos, conforme previsto nas Cláusulas específicas do Regulamento no capítulo "Tarifas, Taxas, Despesas e/ou outros Encargos".
- d) sem prejuízo das demais sanções indicadas no Regulamento quanto às irregularidades na movimentação de Conta(s) de Depósitos, o(s) Proponente(s), desde já, se declara(m) ciente(s) e aceita(m) que a devolução, pela segunda vez, de um mesmo cheque, pelo motivo correspondente a falta de fundos, bem como a emissão de cheques sob conta já encerrada e ainda a prática espúria, acarretará a inclusão do nome do(s) Proponente(s) no "Cadastro de Emitentes de Cheques sem Fundos" ("CCF") do BACEN.
- d.1) O Bradesco, sem prejuízo de seu direito de, imotivadamente, encerrar a(s) Conta(s) de Depósitos, conforme previsto na presente Ficha-Proposta e no Regulamento, reserva-se no direito de encerrar a(s) Conta(s) de Depósito, na referida hipótese,

ou ainda, quando observada a emissão reiterada de cheques sem suficiência de fundos ou a sustação/oposição/revogação/contraordem reiterada de cheques.

e) Sem prejuízo e em adição ao que a respeito dispuser o Regulamento, é facultado a qualquer das partes denunciar o presente contrato a qualquer tempo, mediante prévia comunicação escrita à outra, cabendo ao Bradesco, se a intenção pela resilição for sua, expedir um aviso ao(s) Proponente(s) com a antecedência mínima de 15 (quinze) dias corridos. Não obstante tal faculdade, o(s) Proponente(s) deverá(ão) manter suficiente provisão de fundos disponíveis para acolher o pagamento de cheques, envio ou remessa de créditos ou atender compromissos outros que tiver(em) perante o Bradesco ou decorrentes de disposições legais.

Se, no entanto, a resolução decorrer da prática de infração contratual ou legal, os efeitos dela se operarão de imediato e de pleno direito, independentemente de pré-aviso.

f) A utilização do meio físico para acolhimento de depósito/transferência de valores ou créditos, mencionando na alínea "a" acima, bem como as disposições mencionadas nas alíneas "b", "d" e "e" referente à utilização de cheques, não serão aplicáveis à DigiConta Bradesco, conforme as disposições específicas, prevista no Regulamento para Abertura de Contas de Depósitos, Produtos e Serviços – Pessoa Física.

g) As disposições contratuais previstas nesta Ficha-Proposta e no Regulamento estão sujeitas a mudanças ou alterações por ato governamental, em especial do Conselho Monetário Nacional e demais Autoridades Monetárias, inclusive o BACEN.

h) Sem prejuízo das demais disposições aqui contidas, estão previstas no Regulamento as cláusulas a respeito de: a) condições para fornecimento de talonários de cheques; b) eventual exigência de saldo médio; c) obrigatoriedade de comunicação, pelo(s) Proponente(s), de qualquer alteração nos dados cadastrais e nos documentos apresentados para a abertura da conta de depósitos; d) devolução dos cheques em poder do(s) Proponente(s), em caso de inclusão do(s) seu(s) nome(s) junto ao CCF; e) informação de que os cheques liquidados, uma vez microfilmados, poderão ser destruídos; f) procedimentos para encerramento da conta de depósitos, independentemente do anteriormente disposto; e g) cobrança de tarifas.

5) O(s) Proponente(s), tendo recebido cópia do Regulamento, conforme mencionado no item 1 desta Ficha-Proposta, e após ter(em) procedido à leitura da presente Ficha-Proposta e do Regulamento, reconhece(m) a validade e declara(m) seu consentimento aos termos e condições nele expressos.

6) O(s) Proponente(s) declara(m) que são verdadeiras as informações por ele(s) prestadas e constantes desta Ficha-Proposta, inclusive, mas sem limitação, no que tange aos dados relativos ao Banco, Agência e Conta-Corrente de depósito à vista, a qual se manterá vinculada à Conta-Corrente de Depósitos para Investimentos para efeito de movimentação e/ou aplicação financeira desta, caso assim seja solicitado pelo(s) Proponente(s).

7) O(s) Proponente(s) e o Bradesco declaram a quem interessar possa e para todos os fins e efeitos legais que a presente Ficha-Proposta, preenchida e assinada pelas partes, vale como instrumento irrevogável e irretratável de adesão ao Regulamento, o qual aqui ratificam e se obrigam a respeitar e cumprir, constituindo ambos os documentos (Ficha-Proposta e Regulamento) negócio jurídico perfeito por elas expressamente formalizado.

E, por estarem assim justas e contratadas, as partes assinam a presente Ficha-Proposta, em 2 (duas) vias de igual teor e forma.

Proponente(s)

1 - _____

UNIAO, 20 de Setembro de 2012

Local e Data

2 - _____

3 - _____

Bradesco S.A.

Fone Fácil Bradesco - 4002 0022 / 0800 570 0022 *
 Consulta de saldo, extrato e transações financeiras.
 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
 • Consulte os demais telefones no site
bradesco.com.br ou nas Agências Bradesco.

SAC - Alô Bradesco - 0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 727 9933
 De 2^a a 6^a feira das 08h às 18h, exceto feriados.

142771



**GOVERNO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
1 DELEGACIA DE POLÍCIA DE TIMON
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 4823 / 2012**

CÓDIGO DO REGISTRANTE: 2034 DATA DO REGISTRO: 11/09/2012 20:28:16

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: LESÃO CORPORAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1094026



DATA DA OCORRÊNCIA: 5/3/2012 16:00:00

LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA 30

COMPLEMENTO DO END.:

BAIRRO: PARQUE PIAU I

CIDADE: TIMON

ESTADO: MA

COMUNICANTE

FRANCISCO DE ALMEIDA DOS SANTOS

SEXO: MASCULINO

EST. CIVIL:

NATURALIDAD: TIMON

NACIONAL:

NASCIDO EM:

RG/ÓRGÃ -

CPF:

FILIAÇÃO PAI:

FILIAÇÃO MÃE:

PROFISSÃO: AUTÔNOMO

CEP:

ENDERECO: RUA 11 DE JULHO SN

NÚMERO: SN

COMPLEMENT

Estado: MA

BAIRRO: NÃO INFORMADO

CIDADE: TIMON

TELEFONE(S):

VITIMA

FRANCISCO DE ALMEIDA DOS SANTOS

SEXO: MASCULINO

EST. CIVIL:

NATURALIDAD: TIMON

NACIONAL:

NASCIDO EM:

RG/ÓRGÃ -

CPF:

FILIAÇÃO PAI:

FILIAÇÃO MÃE:

PROFISSÃO: AUTÔNOMO

CEP:

ENDERECO: RUA 11 DE JULHO SN

NÚMERO: SN

COMPLEMENT

Estado: MA

BAIRRO: NÃO INFORMADO

CIDADE: TIMON

TELEFONE(S):

RELATO DA OCORRÊNCIA:

PARA NOS COMUNICAR QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADO A VITIMA ESTAVA CAMINHANDO NA RUA 30 NESTA CIDADE, QUANDO UM MOTOQUEIRO EM UMA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, EM ALTA VELOCIDADE BATEU NA VITIMA E EVADIU-SE DO LOCAL DEIXANDO A VITIMA NO CHÃO SEM PRESTAR SOCORRO, COM ESCORIAÇÕES POR TODO O CORPO E COM POLI TRAUMATISMO, AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTA OCORRÊNCIA E DE TOTAL RESPONSABILIDADE DA VITIMA.

PROVIDÊNCIAS TOMADAS:

REGISTRADO PARA AUTORIDADES POLICIAIS.

21 FEV 2013

Francisco Almeida dos Santos
Comunicante Escrivão(a)

R
Registrante

Observações:

- Válido como certidão para fins de Direito
- Este documento é gratuito.



otocenter
FACE | NARIZ | OUDO | GARGANTA | OLHOS

Declaro que Francisco Almeida da
Santos, vítima de acidente de trânsito
(sic), sofreu politrauma com traumati-
cos craniocerebrais moderados e rebaixa-
mento do nível de consciência + trauma
contuso em membro inferior direito. Foi
submetido a tratamento conservador e re-
bem alto definitivo. Apresenta domínio
cognitivo de 40% e paralise de força
muscular e functionalidade do membro
inferior direito em 25%.

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR



1004031

MBN
IRAS

21.FEV.08

Dr. Adriano Rocha Almeida
MÉDICO
CRM-PI 3328

W. 01.13



NOME DO PACIENTE: François Guedes dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 183453

21 FEB 2013

SI

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".



Meus

Atendido

05/03/2012

00:44:18

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 05/03/2012 00:44:18

(ALISSON)

Nome: FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS
 Mae: MARIA PIRES DE ALMEIDA SANTOS
 End. Resid.: RUA DE JUNHO, 8/8 -
 Nascimento: 04/02/1964 Idade: 48a:mar:12d
 Responsável: MARLENE
 Profissão: LAVRADOR
 G. Instrução: Fundamental Incompleto
 End. Local.: - - -

Pai: FRANCISCO VASCONCELOS SANTOS

CEP:

Sexo: Masculino Fone:

CNS: 898000537751558

Documento: RG: 29111 - SSPI

E. Civil: Comcubinato

SIMPLES COM
PARECER

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 215716 Data: 05/03/2012 00: 44: 16 Condutor: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR

Convenio: S U S

Acid Trab.: Não Caso Policial: Não Pl. Saída: Não Trauma: Não Maus Tratos: Não

DADOS CLÍNICOS:

Pele clara de acordo com o dr. Antônio. Pressão tópica elevada.
 Local de lesão em 03 d.

TTO

HSA Transtornos

TOMOGRAFIA CRANIO
 DATA: 05/03/2012
 HORA: 08-02-2012
 TECNÓLOGO: Williams

PA _____ mmHg

P脉: _____

PC: _____ bpm

Temp.: _____

Diagnóstico Inicial:

CID:

CONDICAO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

(0) - Internação

DFQ 05/03/2012 00:44:16

DR. MTO: TC

D) Verba abusiva - Detalhes

05/03/2012

Melhorado Administrativa
 Curado Por Indisciplina
 Insalubre Por Evasão
 A Pedido

Retornar à Unid. Origem: _____
 Transferência: _____

DATA SAÍDA: / / HORA: : :

 Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

3030 40092

Até 24 hs Família
 De 24 a 48 hs IMI
 Após 48 hs Anat. Patol.

CID-Capacitacional: _____

3068

Prof. Solicitado: _____
Internação: _____

Nome do P. S. L.

Assinatura

Data

Carimbo-Assinatura - Profissional - BE

*Marlene Machado de assunção
 Assinatura Paciente ou Responsável



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AAH)

Código Externo: MNR-11-100

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde:

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

DATA: 06/03/2012 DT. LAUDO: 15/03/2012
 PROCED.: 0363040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO
 DP.SIST: CELSO
 CDT: 5068

Jony de Castro Leite
 MARILENE MACHADO DE ASSUNÇÃO SANTOS
 MARILENE MACHADO DE ASSUNÇÃO SANTOS
 CRP/MS/2012-00349

Número de
matrícula:

de formação:

CHAMADA: 5828856

52966

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS

6 - Prontuário: 183953

7-ICNS: 898000537751558 8-Nascimento: 06/03/1964 9-Sexo: Masculino

RG: 79111 - SSPI

11-Nasc: MARIA PIRES DE ALMEIDA SANTOS

14 MAR 2012

12-Fone: 86-

13-Resp: MARILENE MACHADO DE ASSUNÇÃO SANTOS

14-Fone: 86-

15-Endere: RUA DE JUNHO, 8/8 -

- CEP:

17-Cod.IBGE: 321110 18-UF:

19-CEP:

16-Munic:

JUSTIFICATIVA DA INSCRIÇÃO

1 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima de acidente operando quebra de TC e evoluindo operando devolutivo + alteração de nível de consciência

21 - Condições que justificam a internação:

Internado

21 FEVEREIRO 2012

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

avarambre + sono profundo

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID FIM:

25-CID Sec:

26-CID Al:

Outros traumáticos intracranianos

5068

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:
0363040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAD. MÉDICO)

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 900.147.403-97

Dr. Beriston Moura

Médico

Pronto Atendimento Urgente

CRM - 3140 -

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR

05/03/2012

35-Ass. Carribo Med. Sol. (INV.)

PRESCRIÇÃO EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36- () Acidente de Trânsito
37- () Acidente Trabalho Típico
38- () Acidente Trabalho Trajetô

39-CNPJ Seguradora:

40-Nº Bilhete:

41-Série:

42-CNPJ Empresário:

43-CNAE Empresário:

44-CEP:

45 - Vínculo com a Previdência:
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado:

47-Data Autorização:

06/03/12

50-Ass.Cecília (Rg. Cecília)
 Capítulo 1111111111111111
 Consulta Local 1111111111111111
 Consulta SUS 1111111111111111
 Impressão 05/03/2012 04:38:15

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

X Marilene Machado de Assunção Santos



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:

183953

Internação:

52966

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS

End. Resid.: RUA DE JUNHO, S/N

CEP: 64120-000

Cidade:

Sexo: Masculino	Marcamento: 04/02/1964	Idade: 48a:1m:12d	Estado Civil: Concubinato	Profissão: LAVRADOR
Admissão: 05/03/2012	G.Instrução: Fundamental	Fone: 86-	Cartão SUS (CMS): 898000537751558	Procedência: UNIZAO

Pai: FRANCISCO VAZ DOS SANTOS

Mãe: MARIA PIRES DE ALMEIDA SANTOS

Responsável: MARILENE MACHADO DE ASSUNCAO SANTOS

End. Responsável: RUA DE JUNHO, S/N

Documento: RG: 79111 - SSPI

Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante):
ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 05/03/2012	Hora: 06:38	Data: ____/____/____	Hora: ____/____/____	P.A. TEMPORARIO

Diagnóstico de Admissão:

Procedimento: 0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)
CID 10: S068 - Outros traumatismos intracranianos

Diagnóstico de Alta:

Procedimento:

CID 10:

Tratamento Realizado:

Exames Realizados:

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

Data

21/3/14
11:24

Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Nome: <i>Francisco Almeida dos Santos</i>	Idade: <u>48</u> Ano	Data: <u>05/03/12</u>
Procedência: () Tch () PI () MA () Outros: _____	Sexo: () M () F	Horário: <u>01:03</u>

Situação / Queixa: *Acidente automobilístico*

Breve história:

paciente vítima de acidente automobilístico envolvendo carro moto-moto. Repõe impacto da bateria no solo + levatura + dor na m^a lombar. Foi admitido em m^a d.

A - VAS	Sinais de Obstrução: Sim () Não (<input checked="" type="checkbox"/>)		
B - Respiração	<input checked="" type="checkbox"/> Eupnéxico () Dispnéxico () Insf. Respiratória () Apneia	SaPO2: _____ Cianose: () Extremidade () Central	
C - Circulação	Pulso Carotídeo: () Sim () Não FC: _____ Perfusion Sanguínea: () Boa () Ruim		
D - Neurológico	ECG: AO () RV () RM () TOTAL _____ () Isocoria () Anisocoria		
	Plegias / Parestesia: () Sim () Não. Membro: _____		
E - Sinais Vitais	PA: <u>138/92</u> TAX: _____ FR: _____ P: <u>72</u> Glicemia Capilar: _____		
	Escala da Dor (1- 10): <u>04/10</u>		

Vermelho <input type="checkbox"/>	Amarelo <input checked="" type="checkbox"/>	Verde: A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	Azul <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---	--	-------------------------------

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

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

Destino: <i>Clínica</i>	Enfermeiro: <i>Dr. José Pereira Leal</i>	Téc/Aux. Enfermagem: _____
Enfermeiro: <i>Dr. José Pereira Leal</i>	Codinário do Responsável Tec. Enfermagem Data: 05/03/2012 CPF: 031.630.000-04	

(86) 9920-3322

(86) 8855-5252

D & J SEGUROS

(86) 3222-2888

MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E FAMÍLIA
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

79111 00076-PI



Francisco Almeida dos Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Francisco Almeida dos Santos

União... Pium... 04.02.64
Francisco... Jaz... dos... Santos... 2 de
Maria... Pires de Almeida... Santos...
Doc. Estr. cas. N.º 3.575 Fls. 45. L. 14419.

79111 ESTRANGEIROS

Criado no Brasil em..... Doc. Ident. n.º.....

Estado.....

Data nascimento. 22.08.91

DRF União... Pium...

Assinatura do Funcionário
FRANCISCA MIRANDA
Chefe CTPS

Nome.....	Nome.....
Doc.....	Doc.....
Est. Civil.....	Est. Civil.....
Nome.....	Nome.....
Doc.....	Doc.....
Nome.....	Nome.....
Doc.....	Doc.....
Nascimento.....	Nascimento.....