

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: 000000001102-9

Nr. Autenticação

BRADESCO2003201305000000000023705811000000001102229500 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, LUXAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Descrição do exame médico pericial: SINISTRADO QUEIXANDO SE DE: CEFALÉIA, TONTURAS, ESQUECIMENTO EM USO REGULAR DE: FENITOINA. MEMBRO INFERIOR DIREITO ASSIMÉTRICO, 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 medico 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: CEFALIA, TONTURAS, ESQUECIMENTO EM USO REGULAR DE: FENITOINA.
MEMBRO INFERIOR DIREITO ASSIMETRICO, COM LIMITACAO 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 susceptível(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 íntegra 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 Pato Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

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

Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT
www.seguradoralider.com.br

Nº DO SINISTRO:

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



100403

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, 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 7944-00036-P1 EXPEDIDO POR BTPS EM 22/08/97 E
CPF 2944463132-49 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO
AUTONOMO 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 584-4 (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 341 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Timon - MA

DATA 21/09/2012

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A

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 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 processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.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 faixa de renda mensal.

MEB
SEGUROS

21 FEV 2013

Agência	Dig.	Nome Agência	AG	Conta	Dig.
5811	4	UNIAO	05811-4	1102	9
Nome Completo (Sem Abreviações)			0001102-9	CNPJ	Contr.
FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS			AG 05811-4	244.465.132	49
Contrato de Conta(s) de Depósitos			0001102-9		

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(ões) 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 rescisão 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 inextinguível 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 - _____

Banco 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 2ª a 6ª 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

1004026

DATA DA Ocorrência: 5/3/2012 16:00:00

LOCAL DA Ocorrência: RUA 30

COMPLEMENTO DO END.:

BAIRRO: PARQUE PIAUI I

CIDADE: TIMON

ESTADO: MA

COMUNICANTE

FRANCISCO DE ALMEIDA DOS SANTOS

SEXO: MASCULINO

EST. CIVIL:

NATURALIDADE: TIMON

NACIONAL:

NASCIDO EM:

RG/ÓRGÃO:

CPF:

FILIAÇÃO PAI:

FILIAÇÃO MÃE:

PROFISSÃO: AUTÔNOMO

CEP:

ENDEREÇO: RUA 11 DE JULHO SN

NÚMERO: SN

COMPLEMENT

BAIRRO: NÃO INFORMADO

CIDADE: TIMON

Estado: MA

TELEFONE(S):

VITIMA

FRANCISCO DE ALMEIDA DOS SANTOS

SEXO: MASCULINO

EST. CIVIL:

NATURALIDADE: TIMON

NACIONAL:

NASCIDO EM:

RG/ÓRGÃO:

CPF:

FILIAÇÃO PAI:

FILIAÇÃO MÃE:

PROFISSÃO: AUTÔNOMO

CEP:

ENDEREÇO: RUA 11 DE JULHO SN

NÚMERO: SN

COMPLEMENT

BAIRRO: NÃO INFORMADO

CIDADE: TIMON

Estado: MA

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.



Francisco Almeida dos Santos
 Comunicante

[Assinatura]
 Escrivão(a)

[Assinatura]
 Registrante

Observações:

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



otocenter

FACE | NARIZ | OUVIDO | GARGANTA | OLHOS

Declaro que Francisco Almeida dos
Santos, vítima de acidente de trânsito
(sic), sofreu politrauma com traumatismos
crânioencefálicos moderados e rebaixa-
mento do nível de consciência + trauma
contuso em membro inferior direito. Foi
submetido a tratamento conservador e rece-
ber alta definitiva. Apresenta domo
cognitivo de 40% e redução de força
muscular e funcionalidade do membro
inferior direito em 25%.

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



1004031

MBM
VIRAC

21 FEB 2019

Dr. Adriano Rocha Alencar
MÉDICO
CRM-PI 7328

W. 01.13



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Francisco Genival dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 123453

21 FEV 2013

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 Radeção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.582.917/0022-02

Neur

Intopd sk **SAS SAS**

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 05/03/2012 00:44:18
(ALISSON)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS	Prontuário: 183953
Mãe: MARIA PIRES DE ALMEIDA SANTOS	Pai: FRANCISCO VAS DOS SANTOS
End. Resid.: RUA DE JUNHO, 8/N -	CEP:
Nascimento: 04/02/1964 Idade: 48a:1m:12d	Sexo: Masculino Fone:
Responsável: MARLENE	CNS: 898000537751558
Profissão: LAVRADOR	Documento: RG: 79111 - SSP
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Concubinato
End. Local: - - -	

**SIMPLES COM
PARECER**

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 215716	Data: 05/03/2012 00:44:16	Condutão: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não
	Trauma: Não	Mus. Tratou: Não

DADOS CLÍNICOS:

*pt de trauma de acidente de moto. Spinal torç. do m. d. -
laes. parciais em m. d.*

*764
HSA / Neurológica*

TOMOGRAFIA
Crânio
DATA: 05/03/2012
HORA: 02:02
TECNOLOGO: *William*

PA <input checked="" type="checkbox"/> maig	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:
Diagnóstico Inicial:				CID:

CONDUZA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

*1) S.P. 0,51 0,001 a 14,5h
2) DR. MTO - TC
3) Ver. Rinos + Otopneum.*

col - Interação

25 FEB 2013

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência:
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	DATA SAÍDA: / /
	<input type="checkbox"/> A Pedido		HORA: :
DESTINO:		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade	
<input type="checkbox"/> Até 24 h		Proced. Solicitado:	
<input type="checkbox"/> De 24 a 48 h		<i>7030 40092</i>	
<input type="checkbox"/> Após 48 h		CID Compatível:	
<input type="checkbox"/> Família		<i>3068</i>	
<input type="checkbox"/> IML		Prof. Solicitante:	
<input type="checkbox"/> Anat. Patol.		Internação:	

Manoel Inácio P. S. Lopes

Marilene Machado de Assunção

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AITE)

Grupo Especial: P22.1.1.10.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
DE INTERNAÇÃO HOSPIT

AITE : 221210019112-5

UNI : H.U.T (PRBF. ZENON ROCHA)

FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS

NASCIMENTO

04/02/1968

Identificação do Estabelecimento de S

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TER

2-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TEREONIA - TUI

D.LIBERA: 06/03/2012

DT. LÍQUID: 15/03/2012

PROCED.: 0303040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO

OP.SIST: CELSO

COT: 5068

Iony de Castro Leite
CRM-PRBF 3108843Assinatura de
ternoção.

5828856

52966

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS			6 - Prontuário:	183953
7-CNS:	998000537751558	8-Nascimento:	04/02/1968	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	MARIA PIRES DE ALMEIDA SANTOS			12-Fone:	86- -
13-Resp:	MARILENE MACHADO DE ASSUNÇÃO SANTOS			14-Fone:	86- -
15-Ende:	RUA DE JUNHO, S/N -			17-Cod. IRGE:	221110
16-Munic:				18-UF:	
				19-CEP:	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima de acidente ocorrendo queda de TCE envolvido ocorrendo desorientação e alteração do nível de consciência

21 - Condições que justificam a internação:

Queda clínica

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

exame + exame físico.

23-Diagnóstico Inicial:

Outros traumatismos intracranianos

24-CID Prim. 5068

25-CID Sec.

26-CID Ter.

27-Data de internação: 21 FEV 2013

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27-Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado:	28-Data de internação:
0303040092	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAN MEDIO)	05/03/2012
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Med. Solic.:	Dr. Geriston Moura Gerente Médico Pronto Atendimento Urgência CRM - 3140 -
	02 01 CPF 900.147.403-97	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:	35-Ass. Cabeceira Med. Sol. Intern.
JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR	05/03/2012	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-1) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No Bilhete:	41-Série:
37-1) Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CODP:
38-1) Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência:			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	Assinatura do Profissional Autorizador
	06/03/12	
48-Documento:	49-Num. Documento:	50-Ass. Cabeceira (Rg. Condição)
() CNES () CPF		
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	52-Data de internação:	
Marilene Machado de Assunção Santos	05/03/2012 04:39:15	

Nome: <u>Francisco Almeida dos Santos</u>	Idade: <u>48 anos</u> Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M () F	Data: <u>05.03.12</u>
Procedência: () Terc () PI () MA () Outros: _____		Horário: <u>01:03</u>

Situação / Queixa: Acidente automobilístico

Breve história:
Acidente vítima de acidente automobilístico, com colisão moto-moto. Refere impacto de traseira no solo + luxação e dor na M.D. Imobilizada na M.D.

A- VAS	Sinais de Obstrução: Sim () Não (<input checked="" type="checkbox"/>)
B- Respiração	<input checked="" type="checkbox"/> 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 _____ () Isocoria () Anisocoria Plegias / Parestesia: () Sim () Não. Membro: _____
E- Sinais Vitais	PA: <u>138x92</u> TAX: _____ FR: _____ P: <u>72</u> Glicemia Capilar: _____ Escala da Dor (1- 10): <u>04/10</u>

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

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

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

Destino: Clínica

Enfermeiro: Dr. José Pereira Leal [Assinatura] Téc/Aux. Enfermagem: _____

Coordenador do Nascimento
Téc. Enfermagem
CNPJ 08.000.000/0001-00

21 FEV 2013

RECORDED
MUNICIPAL
DEPENDENCIA SOCIAL
N.º 6
FI

00016-PH



E. C. Almeida do Porto
ASSINATURA DO PORTADOR

D. & J. SEGUROS

(98) ~~2630-2484~~

(86) 9920-3322

(86) 8855-5252

www.dianzhuo.com/discuss.asp?boardid=27

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

*1004037

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Francisco Almeida ... das Santos

União Pici Data 04.02.64
Jacquino Vaz dos Santos 2 de
Alameda Santos
Pius de Almeida Santos
Nº 3.575 PLS. 45. Lu. 1449

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em.....

Estado

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 111–118

22.08.91

ORE União Piana

Assessora do Planejamento
FRANCISCA MIRANDA
Chefe CIPIS

Name
Doc
Name
Doc
Est. Civil
Name
Doc
Name