

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: 19/02/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.245,10

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE SOUSA CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000048181-1

Nr. da Autenticação A1329AACFFFB610D

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140065911

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE DE SOUSA CRUZ

Data do acidente: 28/10/2014

Seguradora: Companhia Mutual de Seguro

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, CURSANDO COM CONTUSÃO NO JOELHO ESQUERDO. CONTUSÃO NO PÉ ESQUERDO COM FRATURA COMINUTIVA DO HÁLUX, FRATURA DO 2º, 4º E 5º METATARSOS, FRATURA DO TÁLUS E FRATURA DO CUBÓIDE. ENTORSE DO PUNHO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: EVOLUI COM DOR NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, DEFORMIDADE NO PÉ, DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, MARCHA CLAUDICANTE, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO, ATROFIA DA MUSCULATURA E LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO, TORNOZELO E DOS QUIRODÁCTILOS. DOR NO PUNHO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. FEITA LIMPEZA MECÂNICO-CIRÚRGICA, REDUÇÃO CRUENTA E RAFIA DAS LESÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/02/2015

Conduta mantida:

Observações: INDENIZADO COMO DANO MÉDIO EM PÉ ESQUERDO DE ACORDO COM NOVO EXAME MÉDICO PERICIAL VÍTIMA COM AGRAVOS E DANOS PROJETADOS PARA O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO PARA DANO GRAVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E INDENIZAR SEQUELAS EM PUNHO ESQUERDO NÃO INDENIZADAS NO ÚLTIMO LAUDO DA AMD.

Médico examinador: Victor Emmanuel de Sousa Ferreira

CRM do médico: 4669

UF do CRM do médico: PI

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 39,3 %	27,51%	R\$ 3.713,85
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			46,26 %	R\$ 6.245,10

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

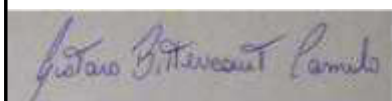
ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DE SOUSA CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000048181-1

Nr. da Autenticação F76448B4F91E2930

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140065911 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DE SOUSA CRUZ **Data do acidente:** 28/10/2014 **Seguradora:** Companhia Mutual de Seguro

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PÉ 50%

Documentos complementares:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50%	25 %	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

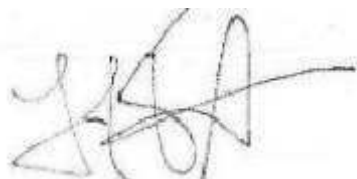
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE DE SOUSA CRUZ** Sinistro: **3140065911** Data: **28/10/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Santa Quitéria, 4397 - Satélite - Teresina - PI - CEP 64059-040**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **731513**

Data local do exame: [**09/02/2015**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, CURSANDO COM CONTUSÃO NO JOELHO ESQUERDO. CONTUSÃO NO PÉ ESQUERDO COM FRATURA COMINUTIVA DO HÁLUX, FRATURA DO 2º, 4º E 5º METATARSOS, FRATURA DO TÁLUS E FRATURA DO CUBÓIDE. ENTORSE DO PUNHO ESQUERDO. EVOLUI COM DOR NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, DEFORMIDADE NO PÉ, DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, MARCHA CLAUDICANTE, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO, ATROFIA DA MUSCULATURA E LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO, TORNOZELO E DOS QUIRODÁCTILOS. DOR NO PUNHO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E LIMITAÇÃO NOS MOVIMENTOS DO PUNHO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
TRATAMENTO CIRÚRGICO. FEITA LIMPEZA MECÂNICO-CIRÚRGICA, REDUÇÃO CRUENTA E RAFIA DAS LESÕES.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):
PUNHO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Local e Data

Assinatura do Médico Examinador – CRM

Victor Emmanuel de Sousa Ferreira - CRM: 4669 - PI

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5942762

A/C: JOSE DE SOUSA CRUZ

Sinistro: 3140065911
Vítima: JOSE DE SOUSA CRUZ
Data Acidente: 28/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE DE SOUSA CRUZ

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 000000048181-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6390047

A/C: JOSE DE SOUSA CRUZ

Sinistro: 3140065911
Vítima: JOSE DE SOUSA CRUZ
Data Acidente: 28/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE DE SOUSA CRUZ

Valor: R\$ 6.245,10

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 000000048181-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 39.3%

% Invalidez Permanente DPVAT: (39.3% de 70%) 27,51%

Valor a indenizar: 27,51% x 13.500,00 =	R\$	3.713,85
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

Multa:	R\$	0,00
--------	-----	------

Juros:	R\$	0,00
--------	-----	------

Total creditado:	R\$	6.245,10
------------------	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2014

Carta nº: 5791706

A/C: JOSE DE SOUSA CRUZ

Sinistro: 3140065911
Vitima: JOSE DE SOUSA CRUZ
Data Acidente: 28/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

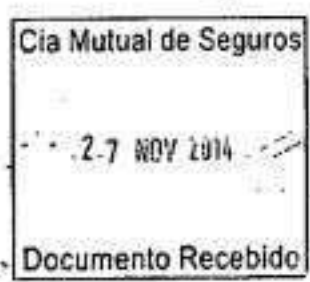
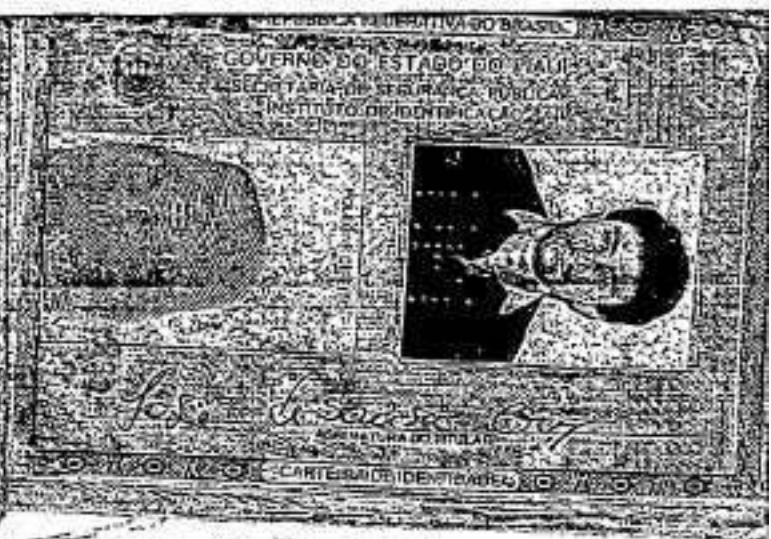
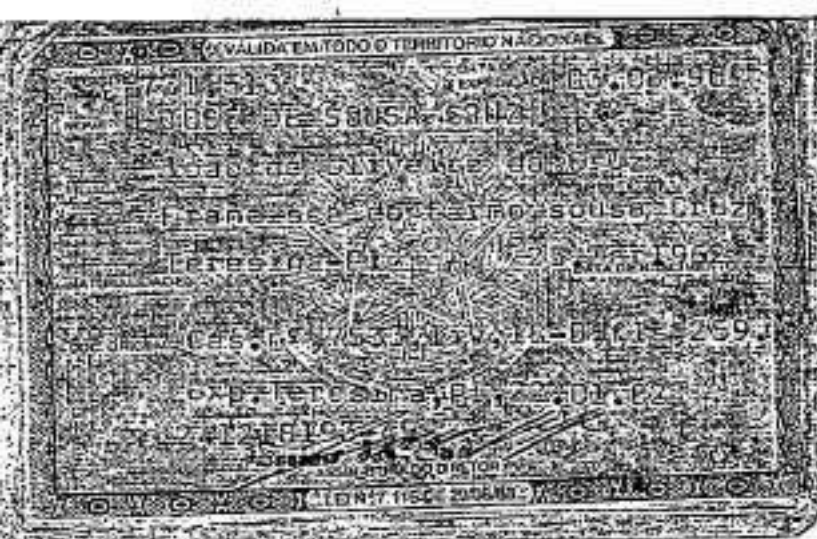
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Companhia Mutual de Seguro de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 241.218.193-49

Nome da Pessoa Física: JOSE DE SOUSA CRUZ

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 09:39:17 do dia 25/11/2014 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 6481.BD7B.22DA.8731

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 INRFB nº 1.042, de 10/06/2010.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



SINISTRO

Número do Sinistro: 3140065911

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: JOSE DE SOUSA CRUZ

Data do
Acidente: 28/10/2014

CPF: 241.218.193-49

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE DE SOUSA CRUZ

Seguradora: Companhia Mutual de Seguro

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Dispensado		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Dispensado		

DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
BENEFICIÁRIO - JOSE DE SOUSA CRUZ			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

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.

Portador da documentação entregue

Data: 27/11/2014

Nome: JOSE

CPF:

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 27/11/2014 13:54

Nome: Marlene Aparecida Fonseca Fernandes

CPF: 033.707.268-46

JOSE

Marlene Aparecida Fonseca Fernandes



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039

Nº DO SINISTRO



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, José de Sousa Cruz
 PORTADOR(A) DO RG Nº 231.513 EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E
 CPF 241218193-49 / CNPJ _____, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 2 meses, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial - conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular.
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal.
- Qualquer conta de CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que 29 existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT.
 • Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomenda-se consultar ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0029 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 000 49 18 1-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Kenesia 17 de novembro de 2014
 LOCAL E DATA

José de Sousa Cruz
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



20 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004988/2014-58

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francisco Ribeiro De Sousa

Delegado: SEBASTIÃO ALVES DE ALENCAR NETO

Data/Hora: 11/11/2014 - 11:45

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

28/10/2014 - 18:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA- LAURO CORRADO, Nº:

Bairro

CACIMBA VELHA

Complemento

Ponto de Referência

RES ARVORE VERDE

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCA CLAUDIA MELO SOUSA

Tipo Envolv.: RESPONSÁVEL LEGAL/Notificante

RG: 2300732

Mãe: SOLIDADE MARIA MELO SOUSA

Pai: IGNORADO

Endereço: RUA- SANTA QUITERIA, Nº 4397

Bairro: SATÉLITE

Cidade: TERESINA

Nome: JOSÉ DE SOUSA CRUZ

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 731513

Mãe: FRANCISCA DO CARMO SOUSA CRUZ

Pai: JOÃO DE OLIVEIRA DA CRUZ

Endereço: RUA- SANTA QUITERIA, Nº 4397

Complemento: ESTRADA DA CACIMBA VELHA

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: TERESINA

Cia Mutual de Seguros

27 NOV 2014

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

Documento Recebido

RELATO DA OCORRÊNCIA

A DECLARANTE ESTEVE NESTA ESPECIALIZADA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRANSITO PARA COMUNICAR QUE SEU ESPOSO JA DEVIDAMENTE QUALIFICADO TRAFEGA EM UMA MOTO HONDA/CG 125 FAN ES, ANO 2013/2013, PL- OUB- 2414, RENAVAN- 5317499576, DE PROPRIEDADE DE JOSÉ ROBERTO ABREU TEIXEIRA, CPF- 0546084773, COM DESTINO A SUA RESIDENCIA, E NO PERCUSSO, SURTIU UM OUTRO VEICULO NÃO IDENTIFICADO QUE INVADIU A PREFERENCIAL PELA RUA NICANOR BARRETO, INDO COLIDIR COM A MOTO DO DECLARANTE QUE CAIU SOFRENDO LESÃO CORPORAL DE ACORDO COM O LAUDO APRESENTADO PELO HOSPITAL PROTOMED MED, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME GUIA DE ATENDIMENTO

Francisco Ribeiro De Sousa - Mat. 0093548
AGENTE DE POLÍCIA

Francisca Claudia Melo Sousa
FRANCISCA CLAUDIA MELO SOUSA - Notificante
Responsável pela informação

Bel. James Guerra Júnior
Delegado Geral da Polícia

AVERBAÇÃO AO B.O. Nº 4988/2014-58

AVERBA-SE A ESTE B.O. PARA COMUNICAR QUE O NOME DO PROPRIETARIO DA MOTO ENVOLVIDA NESTE ACIDENTE É JOSÉ ROMERITO ABREU TEIXEIRA.

TERESINA, 11 DE NOVEMBRO DE 2014

Francisca Claudia m Sousa
FRANCISCA CLAUDIA MELO SOUSA - AVERBANTE
Francisco R. de Sousa
FRANCISCO RIBEIRO DE SOUSA -
AGENTE DE POLÍCIA

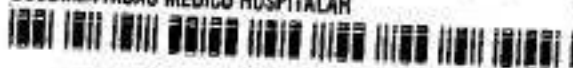


PRONTOMED ADULTO

Rua Paissandu, 1842 - Centro - Teresina-PI Fone: (86) 3131-1234

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

*10040



Paciente JOSE DE SOUSA CRUZ
Convênio FUSEX
Respons. FRANCISCA CL
Titular
Profissão
Nascimento 25/03/1962
Endereço SANTA QUITERIA 4397
Bairro SATELITE
Cidade Teresina/PI
Telefone 8688368689

Código 478183.18
Plano FUSEX-MIN EXERCITO
Matrícula 8252600
Sexo Masculino
E.Civil Casado(a)
Idade 52 anos
CI 731513/SSPPi
CPF 24121819349
Alergia Alergias não info.
Médico Maria Luisa de Deus Batista

Data Atd. 28/10/2014 19:30:00
Recepção DANIEL PRO
Gula
Local consultórios (02)
Tipo 4
Validade
Utl. Pagto / /
Histórico Em pronto socorro
Senha (SENHA)

Triagem

Risco: JOSE DE SOUSA CRUZ

Class. Risco:

Avaliação médica:

Paciente hipertenso e diabético, em uso de losartana, metformina, simvastatina. Nega alergias medicamentosas. PA: 200x120

Quadro Clínico:

Paciente vítima de acidente automobilístico há 1 hora e meia.]

Nega perda da consciência ou vômitos. Dor intensa em pé D.]

Ao exame: orientado, ACeP fisiológica, Abdome plano, depressível, indolor.

Solução de continuidade em região plantar esquerda e sob 1º e 2º dedos E.

Exames Solicitados:

RX DE TORNOZELO ESQUERDO, RX DO PÉ ESQUERDO

RX DE TORNOZELO ESQUERDO, RX DO PÉ ESQUERDO

Diagnóstico:

CID: V87.0 Colis automovel e veic a motor 2 3 rodas

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

Destino paciente: Retorno

Assinatura do paciente

Autorizo o médico informar e imprimir
o CID do meu diagnóstico neste documento

Maria Luisa de Deus Batista
Ass. Médico(a)

Imp. Consulta Emerg.

modelo: FPQA

Cia Mutual de Seguros

27 NOV 2014

Documento Recebido



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina - FHT

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 4795	02 Data do chamado 28/10/2014	03 PRO (código) 1905	04 Saída do PA 19:33	05 Chegada ao local 18:40
	06 Saída do local 18:51	07 Chegada ao 1° hospital 19:09	08 Saída do 1° hospital 19:30	09 Chegada ao 2° hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço R. Irmão Conrado		11 Bairro Ouro Verde		
	12 Município-UF		Código IBGE		
Dados do Paciente	14 Nome José de Sousa Cruz			15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	
	16 Idade 51 anos 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado		Se idade ignorada, preencha com 999		
Tipo de Ocorrência	17 Sinais de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado		20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado		21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>				
Exame Físico	23 Glasgow = <input type="checkbox"/> ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - A voz 2 - A dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		24 Sinais Vitais Pulso 85 bat/min Resp. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TAX <input type="checkbox"/> SatO2 98%
	25 Local da lesão				
Assistência	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		28 Sangramento <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não
	29 Dor <input type="checkbox"/> ZSCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/>		
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Calor cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>		32 Hospital de Destino Prontomédico		
	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado		34 Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	Paciente vítima acidente de transporte com trauma e ferimento contuso em MIE no momento consciente e orientado, o mesmo já tinha saído do local.				
	Responsável pela recepção: <u>Rosana</u> Enfermeiro Condutor: <u>Dilaca</u>				

PRONTUÁRIO ADULTO

Paciente	JOSE DE SOUSA CRUZ			Convênio	FUSEX
Idade	52 anos	Data	28/10/2014 19:52:12	Interno	Ambulatorio
Peso	80 kg	Altura	1,60 m	Código	47618316
Alcomod		IMC	30,9	Médico	MARIA LUISA DE DEUS BATISTA
		Número		Presc. nº	744318
				Página:	1/1

Cia Mutual de Seguros
27 NOV 2014
Documento Recebido

1	Diagnóstico:	
2	Controle de Equipamentos / Sinais Vitais:	
3	Fisioterapia:	
4	Nutrição:	
5	Evolução Clínica Intensiva:	
1	PROFENID INJ IV FA (100MG) + S.F. 0,9% 100ML FRASCO AMPOLA - 1 FR EV	HORÁRIO

3) *Alimentação de jejum agora*
Ass. *Mariângela de Deus Batista*
MARIA LUISA DE DEUS BATISTA
CRM 5548
20/11/10
30/11/10
30/11/10

PRONTOMED ADULTO				Convênio	FUSEX
Paciente	JOSE DE SOUSA CRUZ			Data	28/10/2014 20:10:15
Idade	52 anos			Internado	Ambulatório
Peso	,00 Kg			Código	478183.18
Altura	,00 m			Leito	OBS LTO14
Médico	MARIA LUISA DE DEUS BATISTA			Número	Evolução nº 622902

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

HORA	Pressão	FR	FC	Temp.	Saturação	Glic. Capilar	SNG	Diurese	Dreno1	Dreno2	Dreno3	Responsável
	mmHg	im	bpm	°C	%	mg/dL	ml	ml	ml	ml	ml	


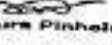
MONITORAMENTO

APARELHO	HORA LIGADO	Responsável	HORA DESLIGADO	Responsável

MEDICAÇÃO

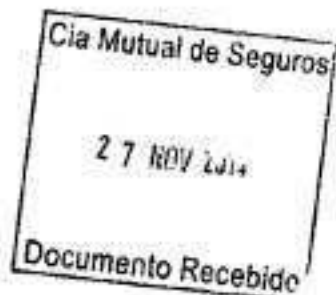
HORA	DESCRIÇÃO	QUANT	UN	RESPONSÁVEL

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
28/10/2014 20:00:00	Cliente deu entrada neste pronto atendimento vítima de acidente automobilístico, conciente, orientado, fásico, nega alergia medicamentosa, sabidamente HAS e DM, apresenta corte em MIE, punção de acesso venoso com Jelco n:20 + polifix e administrado PROFENID 100MG + SF 100ML EV + CAPTOPRIL 25MG CP VO e realizado glicemia capilar 290mg/dl, cliente com PA 200/120MMHG, solicitado RX de torax e MIE, segue aos cuidados de enfermagem.	 Lucidaura Pinheiro da Silva COREN PI 007644 TE
28/10/2014 21:16:00	cliente realizou RX.	 Lucidaura Pinheiro da Silva COREN PI 007644 TE
28/10/2014 22:37:00	cliente e solicitado internação cirurgica.	Zilton Fernandes Caldas COREN 180769

EVOLUÇÃO

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
28/10/2014 22:37:00	Ass. _____ Zilton Fernandes Caldas COREN 180769	Zilton Fernandes Caldas COREN 180769



RELATÓRIO CIRÚRGICO

PRONTOMED ADULTO

Paciente	JOSE DE SOUSA CRUZ	Data	28/10/2014 23:00:00
Idade	52 anos Sexo: Masculino	Código	478183.19
Convênio	FUSEX	Leito	SALA 6
Médico	SAULO LUIS LOPES MISTURA	Número	Nº 35122
Acompanhante			

Procedimento	30729157 Fratura e/ou luxações do pé (exceto antepé) - trat
Início/Término	28/10/2014 23:00 A 28/10/2014 23:40
Diag pré-operatório	S929 Frat do pé NE
Diag pós-operatório	S929 Frat do pé NE
Porte	2
Tipo Anestesia	Raque
Tipo Cirurgia	Contaminada

Cirurgião	SAULO LUIS LOPES MISTURA	Dr. Saulo Luis L. Mistura ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-P 3587 T.E.O.T. 12432
Prim. Auxiliar		
Seg. Auxiliar		
Ter. Auxiliar		
Anestesista		
Instrumentador	GARDENIA ALEXANDRE DE SOUSA	Dr. João Manoel D. da Costa Clínica da Dor CRM-P 3183

CRM 3587

COREN 285762

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. DECUBITO DORSA
2. RAQUIANESTESIA
3. LIMPEZA COM SF EM ABUNDANCIA
4. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + CAMPOS ESTEREIS
5. DESBRIDAMENTO CIRURGICO E LAVAGEM COM SF
6. SUTURA + CURATIVO + TALA GESSADA

INTERCORRENCIAS

NAO HOUVE

SAULO LUIS LOPES MISTURA
CRM 3587 PI

Dr. Saulo Luis L. Mistura
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-P 3587
T.E.O.T. 12432

REQUISIÇÃO DE PARECER

PRONT.

CONVÊNIO

APTO/LEITO

NOME

Jose de Sousa Cruz

DA CLÍNICA

Urgência

A CLÍNICA

Ortopedia

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do paciente)

52 anos, hipertenso e diabético. Víctima de acidente automobilístico, com lesão em pé E. Sem perda de consciência, achado hemodinamicamente, AC e P fisiológicos, eletrocardiograma normal.

Pé direito, dor no X de pé, com edema. Solicita avaliação

28, 30, 34 ortopedia

Grata

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Fração exposta do pé @.

Neurovasculatura normal.

Lesão lateral sobre o 5º MTT.

Lesão em linha.

Art: fratura do talus não deslocada.

fratura não deslocada do 2º met

fratura não deslocada da base do 5º met.

CD: início anti-biótico e proflaxia antibiótica.

Levar ao centro cirúrgico



Dr. Saulo Luis L. Mistura
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/PI 3587
EOT 13032

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

28/10/14

PRONTOMED ADULTO

Paciente	JOSE DE SOUSA CRUZ			Convênio	FUSEX
Idade	52 anos			Data	29/10/2014 00:09:40 Internado: 0 dias
Peso	00 Kg	Altura	00 m	Código	478183.19
Acromed.	64066	IMC	11	Médico	SAULO LUIS LOPES MISTURA
				Numero	Presc. nº 744389 Pág: 1/1

1.	Diagnóstico: S929
2.	Controle de Equipamentos / Sinais Vitais: 66H
3.	Fisioterapia:
4.	Nutrição: DIETA ORAL LIVRE APOS RPA
5.	Psicologia:

	MEDICAÇÃO	HORÁRIO
1	SORO GLICO-FISIOL. ECOFLAC (FR 500ML) FRASCO - 1 AM EV [6/6]	
2	DIPIRONA INJ + AD AMPOLA - 1 AP EV [8/8]	
3	PROFENID INJ IV FA (100MG) + S.F. 0,9 % 100ML FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [12/12]	
4	KEFAZOL INJ FA (1G) + AD FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [6/6]	
5	MANTER CURATIVO FECHADO	
6	ITALA GESSADA TIPO BOTA	

Cia Mutual de Seguros
27 NOV 2014
Documento Recebido

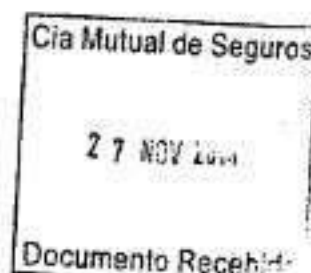
SAULO LUIS LOPES MISTURA
CRM 3587

Ass. SAULO LUIS LOPES MISTURA
CRM 3587

PRONTOMED ADULTO		Convênio	FUSEX
Paciente	JOSE DE SOUSA CRUZ	Data	29/10/2014 00:06
Idade	52 anos	Internado	0 dias
Peso	100 Kg	Código	478183.19
Altura	1.00 m	Leito	SALA 6
Médico	SAULO LUIS LOPES MISTURA	Número	Evolução nº 463117
Alergia	Alergias não info.		

* PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HA POUCAS HORAS COM TRAUMA EM PÉ ESQUERDO
 LACERAÇÃO LATERAL PROFUNDA AO LONGO DO 5º MTT E EM HALUX
 SEM LESÃO NEUROVASCULAR OU TENDINEA
 FERIMENTOS LIMPOS
 HISTORICO DE HAS E CIRURGIA CARDIACA
 RX: FRATURA NAO DESLOCADA DO HALUX + BASE DO 5º MTT E DIAFISE DO 2º MTT
 INDICAÇÃO DE LAVAGEM E DESBRIDAMENTO CIRURGICO
 FRATURAS ESTAVEIS E SEM INDICAÇÃO DE FIXAÇÃO CIRURGICA
 INICIO ATB+ PROFILAXIA ANTITETANICA

Ass. *Dr. Saulo Luis Lopes Mistura*
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 SAULO LUIS LOPES MISTURA
 CRM 3587



PRONTOMED ADULTO				Convênio	FUSEX
Paciente	JOSE DE SOUSA CRUZ			Data	29/10/2014 00:19:22
Idade	52 anos			Internado	0 dias
Peso	,00 Kg			Código	478183.19
Altura	,00 m			Leito	PLUTÃO
Médico	SAULO LUIS LOPES MISTURA			Número	Evolução nº 622974

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

HORA	Pressão	FR	FC	Temp.	Saturação	Glic.Capilar	SNG	Diurese	Dreno1	Dreno2	Dreno3	Responsável
	mmHg	mm	bpm	°C	%	mg/dL	ml	ml	ml	ml	ml	

MONITORAMENTO

APARELHO	HORA LIGADO	Responsável	HORA DESLIGADO	Responsável

MEDICAÇÃO

HORA	DESCRIÇÃO	QUANT	UN	RESPONSÁVEL

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
28/10/2014 23:30:00	paciente admtdo no cc para ttr cirurgico de fratura e/ou luxações do pé por dr:sauro ssvv mantidos e estaveis em hv funcionante de msd. acompanha prontuario de ficha de internação requisição de parecer.	Gardênia Alexandre de Sousa COREN 285762
29/10/2014 00:25:00	paciente encaminhado para srpa apos procedimento submetido a anestesia raque por dr: mamede consciente orientado acompanha prontuario completo ja citado+relatorio cirurgico prescrição medica folha de medicação anestésica.sob cuidados.	Gardênia Alexandre de Sousa COREN 285762
29/10/2014 00:30:00	paciente admitido na srpa ssvv mantidos e estaveis em hv funcionante sob efeito de anestesia raque consciente orientado aguardando alta da srpa.sob cuidados.	Gardênia Alexandre de Sousa COREN 285762
29/10/2014 00:36:00	Pcte segue recuperado para apto com prontuário,sem exames,em Hv,sem intercorrências,aos cuidados de enfermagem.	Ana Cristina Gomes Waquim COREN 856269
29/10/2014 02:30:00	Cliente admitido neste setor procedente do CC em POI de FRATURA E LUXAÇÃO DE PÉ ESQUERDO, conciente, orientado, fásico, respirando espontaneamente, HV periférica funcionate, relata não ter HAS, DM, ALERGIA MEDICAMENTOSA. Segue em repouso no leito sob cuidados de enfermagem.	Isabel Cristina Mota Vieira COREN PI 9377 TE
29/10/2014 06:00:00	Administrado DIPIRONA 01 AMP + AD EV, PROFENID 100MG + SF 100ML EV, KEFAZOL 1G + AD EV. Instalado SF 0,9% 500ML.	Isabel Cristina Mota Vieira COREN PI 9377 TE

EVOLUÇÃO

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
29/10/2014 07:05:00	Ass. <u>Zilton Fernandes Caldas</u> COREN 180769	Zilton Fernandes Caldas COREN 180769

Cia Mutual de Seguros

27 NOV 2014

Documento Recebido

PRONTOMED ADULTO

Aprovada

Paciente	JOSE DE SOUSA CRUZ			Convênio	FUSEX	Internado: 1 dias
Idade	52 anos			Data	25/10/2014 12:44:39	
Peso	100 Kg	Altura	1,00 m	Código	478183.19	
				IMC	II	
Acomod.	PLUTÃO			Médico	SAULO LUIS LOPES MISTURA	
				Número	Presc. nº 744675	Página: 1/1

1. Diagnóstico:	S923			
2. Controle de Equipamentos / Sinais Vitais:	8/6H	38	7.00	66
3. Fisioterapia:				12
4. Nutrição: DIETA ORAL LIVRE				
5. Psicologia:				

	MEDICAÇÃO	HORÁRIO
1. SORO GLICO-FISIOL. ECOFLAC (FR 500ML) FRASCO - 1 AM EV [8/6]	<i>✓</i>	<i>16:00</i>
2. DIPIRONA INJ + AD AMPOLA - 1 AP EV [8/6]	<i>✓</i>	<i>16:00</i>
3. PROENID INJ IV FA (100MG) + S.F. 0,9 % 100ML FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [12/12]	<i>✓</i>	<i>16:00</i>
4. KEFAZOL INJ IV FA (1G) + AD FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [8/6]	<i>✓</i>	<i>16:00</i>
5. CURATIVO DIÁRIO	<i>✓</i>	<i>16:00</i>
6. MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ELEVADO	<i>✓</i>	<i>16:00</i>
7. GARAMICINA INJ AP (80 MG) AMPOLA - 1 AP EV [8/6]	<i>✓</i>	<i>16:00</i>
8. LOSEC MUPS CP (20MG) COMPRIMIDO - 1 CP ORAL [24/24]	<i>✓</i>	<i>16:00</i>
9. ZOFTRAN INJ (AP 4MG-2ML) -AD 10ML AMPOLA - 1 AP EV [50S]	<i>✓</i>	<i>16:00</i>
Se náuseas ou vômitos		

Dr. Igor Damasceno A. Araújo
 ORTODONTIA E CIRURGIA ORTODONTICA
 Rua Cel. João de Deus, 11250
 2214-5110

Ass. _____
 IGOR DAMASCENO ASSUNÇÃO ARAUJO
 CRM 3802

PRONTOMED ADULTO		Convênio	FUSEX
Paciente	JOSE DE SOUSA CRUZ	Data	29/10/2014 07:10:31
Idade	52 anos	Internado	1 dias
Peso	1,00 Kg	Código	478183.19
Altura	1,00 m	Leito	PLUTÃO
Médico	SAULO LUIS LOPES MISTURA	Número	Evolução nº 622999

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

HORA	Pressão mmHg	FR um	FC bpm	Temp °C	Saturação %	Glic.Capilar mg/dL	SNG ml	Diurese ml	Dreno1 ml	Dreno2 ml	Dreno3 ml	Responsável
29/10/2014 12:00:00	120 X 80	19	74	36	97	0	0	0	0	0	0	Ana Cassia de Carvalho e Sousa Vera COREN 743822
29/10/2014 17:50:00	160 X 90	20	78	36	98	0	0	0	0	0	0	Nara Reis Bezerra Corrêa COREN 009104
29/10/2014 22:00:00	140 X 80	20	89	36	97	0	0	0	0	0	0	Maria Ivonete da Silva Pereira COREN 3453
30/10/2014 05:30:00	130 X 80	20	0	36	96	0	0	0	0	0	0	Maria Ivonete da Silva Pereira COREN 3453

MONITORAMENTO

APARELHO	HORA LIGADO	Responsável	HORA DESLIGADO	Responsável

MEDICAÇÃO

HORA	DESCRIÇÃO	QUANT	UN	RESPONSÁVEL
			2	

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
29/10/2014 07:10:00	EM TEMPO ADMINISTRADO SGF 500ML, APÓS REPUNCIÓNADO ACESSO PERIFÉRICO COM JELCOM 22+POLIFIX.	Ana Cassia de Carvalho e Sousa Vera COREN 743822
29/10/2014 08:21:00	Paciente em PO de FRATURA E LUXAÇÃO DE PÉ ESQUERDO. Conciente, orientado, fásico, respirando espontaneamente - sem aporte de O2, HV por AVP pérvio e sem sinais de flogose, diurese espontânea e presente. Segue aos cuidados de enfermagem	Ivalderlice da Silva Matos COREN 170590
29/10/2014 08:24:00	Paciente encaminhado para banho + troca de lençóis	Ivalderlice da Silva Matos COREN 170590
29/10/2014 12:00:00	Administrado DIPIRONA+AD EV, KEFAZOL 1G+AD EV conforme prescrição.	Ana Cassia de Carvalho e Sousa Vera COREN 743822
29/10/2014 14:00:00	Realizou tc de pe	Nara Reis Bezerra Corrêa COREN PI 9104 PI
29/10/2014 15:55:00	Instalado S GLICO-FISIO 500 ML EV, GARAMICINA 1 AMP EV.	Nara Reis Bezerra Corrêa COREN PI 9104 PI
29/10/2014 17:50:00	Adm DIPIRONA + AD EV, PROFENID + SF 100 ML EV, KEFAZOL 1G + AD EV.	Nara Reis Bezerra Corrêa COREN PI 9104 PI
29/10/2014 20:00:00	paciente conciente orientado e fásico em acesso venoso periférico funcionando sinais vitais e feridos sem anormalidades, dieta v.o, eliminações fisiológicas presente espontânea.	Maria Ivonete da Silva Pereira COREN PI 3453 TC 01.62.80

PRONTOMED ADULTO		Convênio	FUSEX
Paciente	JOSE DE SOUSA CRUZ	Data	29/10/2014 07:10:31
Idade	52 anos	Internado	1 dias
Peso	,00 Kg	Código	478183.19
Altura	,00 m	Leito	PLUTÃO
Médico	SAULO LUIS LOPES MISTURA	Número	Evolução nº 622999

30/10/2014 00:02:00	AD. SORO GLICOSADO 500ML EV, DIPIRONA 2ML+A D EV, KEFAZOL 1G+ AD EV, GARAMICINA 80MG +100ML DE SOF9%,	Marcela Brunete Marta Ivanete da Silva Pereira COREN PI 3403 TR 51.12.80
30/10/2014 05:27:00	AD, DIPIRONA 2ML =A D EV, PROFENID 100MG + 100ML DE SOF9%, KEFAZOL 1G+ AD E V, LOSEC 20MG CP V.O.	Marcela Brunete Marta Ivanete da Silva Pereira COREN PI 3403 TR 51.12.80

EVOLUÇÃO

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
30/10/2014 06:08:00	<p>16:00 H - Paciente em PO de FRATURA E LUXAÇÃO DE PE ESQUERDO, evolui conciente, orientado, fásico, deambulando com auxílio, respirando espontaneamente sem aporte de O2, HV por AVP funcionando e sem sinais flogísticos, dieta VO LIVRE com boa aceitação, eliminações fisiológicas presentes e normais (SIC). Refere algia em MIE. Realizou TC em MIE. Realizado curativo em FO de MIE com presença de sangue, utilizado 04 pacotes de gaze, 01 luva estéril 7,5, 01 par de luvas de procedimento, 01 SF 0,9% 250 ml, 01 transfix, 03 ataduras grandes e esparadrapo, mantido tala gessada. Segue sob cuidados de enfermagem. Acd. Daniela Araújo.</p> <p>Ass. _____ Débora Sabrina França dos Santos Sousa COREN 310054</p> <p>29/10/2014 16:00:00 Débora Sabrina França dos Santos Sousa COREN 310054</p> <p>Ass. _____ Zilton Fernandes Caldas COREN 180769</p>	Zilton Fernandes Caldas COREN 180769



PRONTOMED ADULTO

Paciente	JOSE DE SOUSA CRUZ			Contênte	FL/SEX
Idade	52 anos			Data	30/10/2014 08:45:49
Peso	00 Kg	Altura	00 m	Código	478153.19
Acumod	PLUTÃO			Médico	SAULO LUIS LOPES MISTURA
				Número	Proc. nº 74463
					Página 1/1
					Interno: 1 dia

1	Diagnóstico: S923
2	Controle de Equipamentos / Sinais Vitais: 6/6H
3	Fisioterapia:
4	Nutrição: DIETA ORAL LIVRE
5	Psicologia:

Cia Mutual de Seguros
27 NOV 2014
Documento Recebido

MEDICAÇÃO

HORÁRIO

1	SORO GLICO-FISIOLOGICO (FR 500ML) FRASCO - 1 AM EV [8h]
2	DIPYRONA INJ + AD AMPOLA - 1 AP EV [8h]
3	PROFENID INJ IV FA (100MG) + S.F. 0,9 % 100ML FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [12/12]
4	KEFAZOL INJ FA (1G) + AD FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [6h]
5	CURATIVO DIÁRIO
6	MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ELEVADO
7	GARAMICINA INJ AP (80 MG) AMPOLA - 1 AP EV [8h]
8	LOSEC MUPS CP (20MG) COMPRIMIDO - 1 CP ORAL [24/24] pela manhã em jejum
9	ZOF-RAN INJ (AP 4MG-2ML) + AD 10ML AMPOLA - 1 AP EV [SOS] Se náuseas ou vômitos
10	Curativo
11	Recolocação de tala gessada
12	alta médica

Dr. Saulo Luis Mistura

CRIOPTOMED/TRAUMATOLOGIA

CRM-PI 3587

TEOT 11332

Ass:

SAULO LUIS LOPES MISTURA

CRM 3587

PRONTOMED ADULTO

Paciente	JOSE DE SOUSA CRUZ	Convênio	FUSEX
Idade	52 anos	Data	30/10/2014 08:06:03
Peso	,00 Kg	Internado	2 dias
Altura	,00 m	Código	478183.19
Médico	SAULO LUIS LOPES MISTURA	Leito	PLUTÃO
		Número	Evolução nº 623516

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**SINAIS VITAIS**

HORA	Pressão mmHg	FR irm	FC bpm	Temp. °C	Saturação %	Glic.Capilar mg/dL	SNG ml	Diurese ml	Dreno1 ml	Dreno2 ml	Dreno3 ml	Responsável

MONITORAMENTO

APARELHO	HORA LIGADO	Responsável	HORA DESLIGADO	Responsável

MEDICAÇÃO

HORA	DESCRIÇÃO	QUANT	UN	RESPONSÁVEL

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
30/10/2014 07:15:00	Paciente segue consciente, orientado, fásico, respirando AA sem aporte de O2, com AVP, dieta VQ, diurese espontânea e presente. Segue aos cuidados de enfermagem	Edivalter Nonato do Nascimento Junior COREN 956758
30/10/2014 07:45:00	Encaminhado ao banho em cadeira + troca de lençóis;	Edivalter Nonato do Nascimento Junior COREN 956758
30/10/2014 08:00:00	ADM. 01 GARAMICINA 80 MG EV, INSTALADO SORO GLICO-FISIO 500 ML EV	Ivalderlice da Silva Matos COREN 170590
30/10/2014 11:30:00	PACIENTE REALIZOU BANHO, FEITO CURATIVO E COLOCADO TALA, EM SEGUIDA ALTA HOSPITALAR.	Marilia Marcia Machado Silva COREN 425090

EVOLUÇÃO

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
30/10/2014 12:38:00	Realizado curativo em FO de MIE com pouca secreção sanguinolenta foram usadas: 03 pacotes de gaze, 01 par de luva estéril 7,5, 01 par de luvas de procedimento, 01 SF 0,9% 250 ml, 01 transfix, 02 ataduras 15 cm e 01 de 20 cm, esparadrapo para fixação, troca de tala gessada. Na sequência o mesmo evoluiu para alta hospitalar. Ac. Enfa. Ivalderlice da Silva Matos Ass. _____ Alice de Jesus Araujo Fraga COREN 352757	Alice de Jesus Araujo Fraga COREN 352757

Clá Mutual de Seguros

27 NOV 2014

Documento Recebido



Nome	JOSE DE SOUSA CRUZ
Sexo	MASC Idade 52 anos RG 731513 SSPPI
Médico	IGOR DAMASCENO ASSUNÇÃO ARAUJO
Data	30/10/2014 07:37:19
Código	478183.40

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DO PÉ ESQUERDO (7 filmes) (RD) (GF)

TÉCNICA:

Estudo realizado com tomógrafo multi-slice através de aquisição volumétrica dos dados, com cortes submilimétricos, que foram pós-processados, obtendo-se imagens axiais e reformatações MPR nos planos coronal e sagital e reconstrução volumétrica 3D.

ACHADOS:

Fratura-avulsão da epífise proximal do 5º metatarso.

Fratura cominuta da região metaepifisária proximal de F2 do hálux, com traços articulares.

Fratura completa, transversa, alinhada, da diáfise média do 2º metatarso.

Fratura completa, com traço articular, no sustentáculo talar do calcâneo, com extensão para o processo lateral do calcâneo, com cominuição e traço articular nesta região.

Fraturas completas, levemente desalinhadas, do bordo dorso medial da epífise proximal do 4º metatarso e bordo dorso lateral do polo distal do cubóide.

Proeminente densificação das partes moles do retropé e médio-pé, notadamente na região plantar, com focos gasosos de permeio.

Planos musculares e lipomatosos: com distribuição, morfologia e densidade normais.

Estruturas tendíneas com densidade normal.

→ → →



Roberto Cesar Teixeira Dantas
Dr. Roberto Cesar Teixeira Dantas
CRM 4619



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br

Nome	JOSE DE SOUSA CRUZ
Sexo	MASC Idade 52 anos RG 731513 SSPPI
Médico	MARIA LUISA DE DEUS BATISTA
Data	29/10/2014 16:55:51
Código	478183.39

RX DIGITAL DO PÉ ESQUERDO

(N) (GF)

Cia Mutual de Seguros

27 NOV 2014

Documento Recebido

ACHADOS:

Fratura cominuta da diáfise em região metaepifisária proximal de F2 do hálux, com traços articulares e aumento do volume das partes moles adjacentes.

Fratura completa, alinhada, da diáfise média do 2º metatarso.

Fratura oblíqua do aspecto lateral da base do 5º metatarso, com traço articular.

Aumento do volume das partes moles da face lateral do médio-pé.

Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

CONCLUSÃO:

1.FRATURA COMINUTA DA DIÁFISE E REGIÃO METAEPIFISÁRIA PROXIMAL DE F2 DO HÁLUX, COM TRAÇOS ARTICULARES E AUMENTO DO VOLUME DAS PARTES MOLES ADJACENTES;

2.FRATURA COMPLETA, ALINHADA, DA DIÁFISE MÉDIA DO 2º METATARSO;

3.FRATURA OBLÍQUA DO ASPECTO LATERAL DA BASE DO 5º METATARSO, COM TRAÇO ARTICULAR;

4.AUMENTO DO VOLUME DAS PARTES MOLES DA FACE LATERAL DO MÉDIO-PÉ;

5.Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.


Dr. Nilson Bandeira
CRM 3083



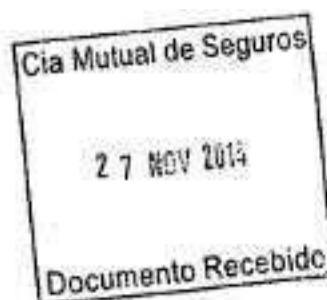


med
imagem

Nome	JOSE DE SOUSA CRUZ
Sexo	MASC Idade 52 anos RG 731513 SSPPI
Médico	IGOR DAMASCENO ASSUNÇÃO ARAUJO
Data	30/10/2014 07:37:19
Código	478183.40

CONCLUSÃO:

- 1.FRATURA-AVULSÃO DA EPÍFISE PROXIMAL DO 5º METATARSO;
- 2.FRATURA COMINUTA DA REGIÃO METAEPIFISÁRIA PROXIMAL DE F2 DO HÁLUX, COM TRAÇOS ARTICULARES;
- 3.FRATURA COMPLETA, TRANSVERSA, ALINHADA, DA DIÁFISE MÉDIA DO 2º METATARSO;
- 4.FRATURA COMPLETA, COM TRAÇO ARTICULAR, NO SUSTENTÁCULO TALAR DO CALCÂNEO, COM EXTENSÃO PARA O PROCESSO LATERAL DO CALCÂNEO, COM COMINUÇÃO E TRAÇO ARTICULAR NESTA REGIÃO;
- 5.FRATURAS COMPLETAS, LEVEMENTE DESALINHADAS, DO BORDO DORSO MEDIAL DA EPÍFISE PROXIMAL DO 4º METATARSO E BORDO DORSO LATERAL DO POLO DISTAL DO CUBÓIDE;
- 6.PROEMINENTE DENSIFICAÇÃO DAS PARTES MOLES DO RETROPÉ E MÉDIO-PÉ, NOTADAMENTE NA REGIÃO PLANTAR, COM FOCOS GASOSOS DE PERMEIO;
- 7.Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.




Dr. Roberto Cesar Teixeira Dantas
CRM 4619



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br

Nome	JOSE DE SOUSA CRUZ
Sexo	MASC Idade 52 anos RG 731513 SSPPI
Médico	MARIA LUISA DE DEUS BATISTA
Data	29/10/2014 16:55:53
Código	478183.39

RX DIGITAL DO TÓRAX

(N) (GF)

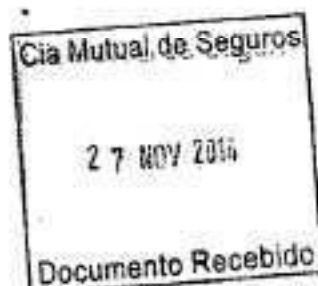
ACHADOS:

Pulmões: anatômicos.
Hilos e seios costofrênicos: íntegros.
Coração e pedículo vascular: com morfologia e diâmetros normais.
Mediastino: sem anormalidades radiológicas.
Leve espondilose torácica.

CONCLUSÃO:

1. LEVE ESPONDILOSE TORÁCICA;
2. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

Obs.: Esternotomia metálica.




Dr. Nilson Bandeira
CRM 3083





**med
imagem**

Emissão: 03/11/2014 08:21:09

Página...: 1/1

Nome	JOSE DE SOUSA CRUZ
Sexo	MASC Idade 52 anos RG 731513 SSPPI
Médico	MARIA LUISA DE DEUS BATISTA
Data	29/10/2014 16:55:56
Código	478183.39

RX DIGITAL DO TORNOZELO ESQUERDO

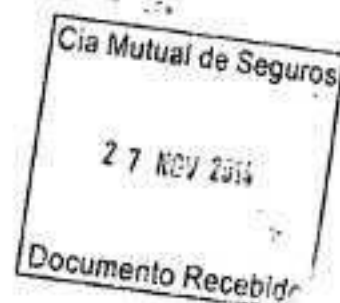
(N) (GF)

ACHADOS:

Estrutura óssea: com densidade e textura normais.
Interlinhas e superfícies articulares: íntegras.
Esporões retro e subcalcâneos.
Aumento do volume das partes moles perimaleolares laterais.

CONCLUSÃO:

1. ESPORÕES RETRO E SUBCALCÂNEOS;
2. AUMENTO DO VOLUME DAS PARTES MOLES PERIMALEOLARES LATERAIS;
3. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.



Nilson Bandeira
Dr. Nilson Bandeira
CRM 3083



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826
E-mail: falecom@medimagem.com.br
Visite nosso site: www.medimagem.com.br



Cia Mutual de Seguros

22 JAN 1991



Estado do Piauí
 Prefeitura de Teresina
 Fundação Hospitalar de Teresina

05.522.917/0006-847
 MILTON DE ARAÚJO
 HOSPITAL DO SATÉLITE



Documento Recebido

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Contribuição da Unidade de Saúde

RECEITUÁRIO

USO EXCLUSIVO NA EP: 54.056.710

REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série

Série A - N° 344611

Nome do paciente

Número de Prontuário

Endereço

Bairro

LUIZ ALBERTO

Atendo ao Sr. doutor José de
 Sousa Cruz, médico de sereno
 de trânsito, com trauma em
 MIB - P.E. 84, com fraturas em
 fêmur, 2° / 4° / 5° - metatarsianos
 e com fraturas ósteas, trauma
 abdominal - com imobilização
 com gesso com dor local
 com pontas ligadas - fêmur
 com pontas funcionais - MIB - 80%.

Data

12.01.91

Assinatura do(a) profissional

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



SINISTRO

Número do Sinistro: 3140065911

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: JOSE DE SOUSA CRUZ
 CPF: 241.218.193-49 CPF de: Próprio Titular do CPF: JOSE DE SOUSA CRUZ
 Seguradora: Companhia Mutual de Seguro

Data do
 Acidente: 28/10/2014

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Documentação médico-hospitalar	Entregue		

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 0800-9221204.

- 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 5194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 22/01/2015
 Nome: mutual
 CPF:

mutual

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 22/01/2015 09:20
 Nome: Sandra Ferreira Lima Schettini
 CPF: 105.187.098-78

Sandra Ferreira Lima Schettini