

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

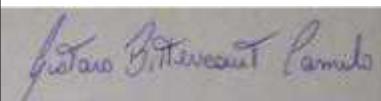
ACE Gestão de Saúde Ltda.

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
Vítima: JOSE DE SOUSA CRUZ

Cidade: Teresina
Data do acidente: 28/10/2014

Natureza: Invalidez Permanente
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

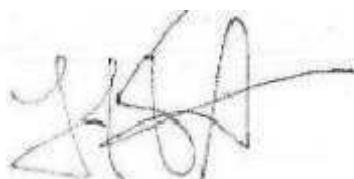
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

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, TORNOZELA 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

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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):
PUNHO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

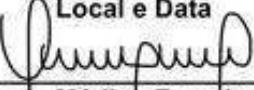
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% 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



Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2014

Carta n°: 5942762

A/C: JOSE DE SOUSA CRUZ

Sinistro: 3140065911
Vitima: 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 n°: 6390047

A/C: JOSE DE SOUSA CRUZ

Sinistro: 3140065911
Vitima: 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
---------------	-----	-------------

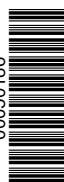
Total creditado:	R\$	6.245,10
-------------------------	-----	-----------------

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.

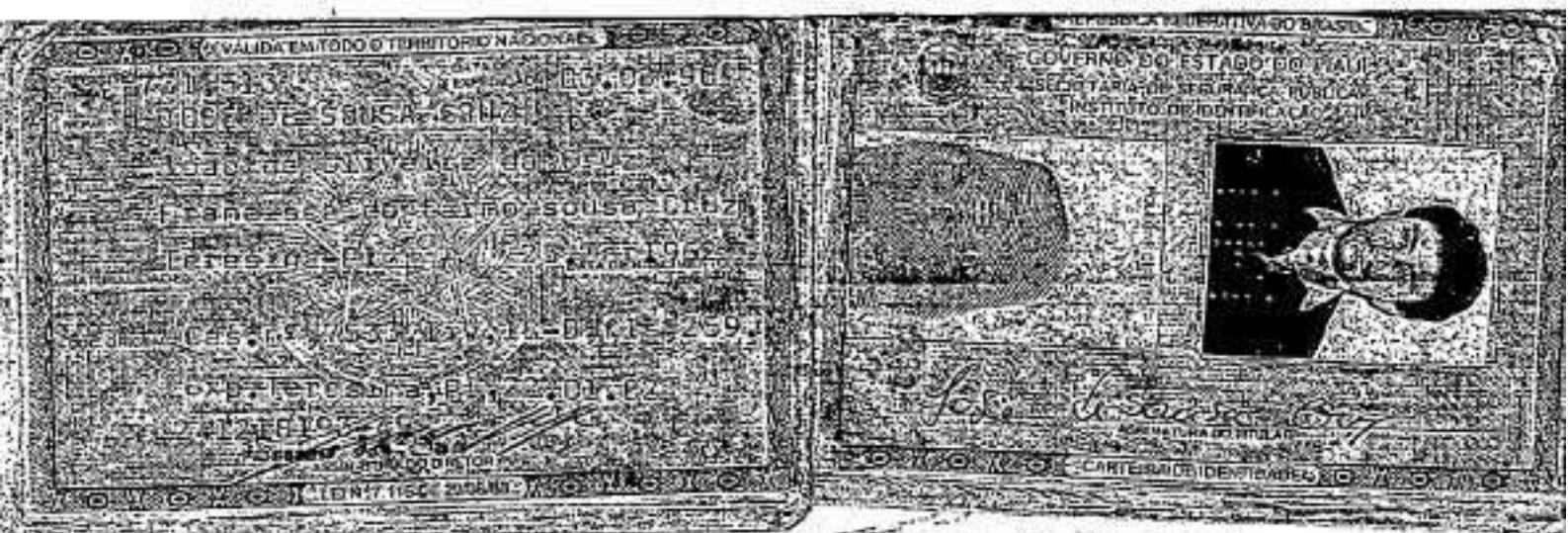
ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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.

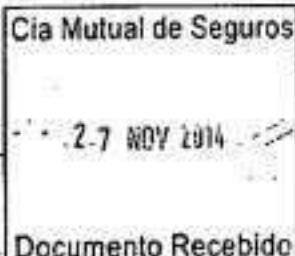
Atenciosamente,





DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037





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 IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



SINISTRO

Número do Sinistro: 3140065911

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

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

Data do
Acidente: 28/10/2014
 CPF de: Próprio
 Titular do CPF: JOSE DE SOUSA CRUZ

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 médica-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 5194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 27/11/2014	Data: 27/11/2014 13:54
Nome: JOSE	Nome: Marlene Aparecida Fonseca Fernandes
CPF:	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 Souza CruzPORTADOR(A) DO RG N° 731.513

EXPEDIDO POR

EM / / ECPF 241.216.193-49 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0,00, 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 termos: - 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 NOV 2014~~ 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 (recomendação da Receita Federal: www.receitafazenda.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.

17 de novembro de 2014 José de Souza Cruz
LOCAL E DATA 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 CONRRADO, Nº:

Complemento

RES ARVORE VERDE

Bairro

CACIMBA VELHA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCA CLAUDIA MELO SOUSA

Tipo Envolv.: RESPONSÁVEL LEGAL/Noticiante

RG: 2300732

Mãe: SOLIDADE MARIA MELO SOUSA

Pai: IGNORADO

Endereço: RUA- SANTA QUITÉRIA, Nº 4397

Bairro: SATÉLITE

Cidade: TERESINA

Nome: JOSÉ DE SOUSA CRUZ

Tipo Envolv.: VITIMA

RG: 7315153

Mãe: FRANCISCA DO CARMO SOUSA CRUZ

Cia Mutual de Seguros

Pai: JOÃO DE OLIVEIRA DA CRUZ

27 NOV 2014

Endereço: RUA- SANTA QUITÉRIA, Nº 4397

Complemento: ESTRADA DA CACIMBA VELHA

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

Documento Recebido

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

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-0UB- 2414, RENAVAN- 5317499576, DE PROPRIEDADE DE JOSÉ ROBERTO ABREU TEIXEIRA, CPF- 0546084772, COM DESTINO A SUA RESIDENCIA, E NO PERCUSO , SURGIU 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 - Noticiante
 Responsável pela Informação

Bel. James Guerra Júnior
 Delegado Geral da Polícia

AVERBAÇÃO AO B.O N° 4988/2014-58

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

TERESINA, 11 DE NOVEMBRO DE 2014

Francisca Cláudia m Souza
FRANCISCA CLÁUDIA MELO SOUSA - AVERBANTE
Francisco Ribeiro de Souza
FRANCISCO RIBEIRO DE SOUSA -
AGENTE DE POLÍCIA



PRONTOMED ADULTO

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

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO 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
 CN 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
 Guia
 Local consultorios (02)
 Tipo 4
 Validade //
 Util. Pagto
 Histórico
 Senha Em pronto socorro
 (SENHA)

Triagem

Risco: JOSE DE SOUSA CRUZ

Class. Risco:

Avaliação médica:

Paciente hipertensão e diabético, em uso de furosemida, metformina, somatotropina. Nega alergias medicamentosas. PA: 220x520

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 pododáctilo E.

Exames Solicitados:

RX DE TORNозELO ESQUERDO, RX DO PÉ ESQUERDO

RX DE TORNозELO ESQUERDO, RX DO PÉ ESQUERDO

Diagnóstico:

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

PRESCRIÇÃO

[]

HORÁRIO

Assinatura do paciente

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

Destino paciente: Retorno

Imp. Consulta Emerg.

modelo: FPQA

Cia Mutual de Seguros

27 NOV 2014

Documento Recebido



Dados do Chamado	01 N° do chamado 4795	02 Data do chamado 28/11/2014	03 PRO (código) 0905	04 Saída do PA 19:33	05 Chegada ao local 18:40
	06 Saída do local 18:51	07 Chegada ao 1º hospital 19:09	08 Saída do 1º hospital 19:30	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço R. Javari Comprado, Árvore Verde				
	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
	14 Nome José de Souza Cruz	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 1518367	1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Necessidade de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espacamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica				
Acidente de Transporte	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				
	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	11 - A pé 12 - Automóvel 13 - Motocicleta 14 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra	
Exame Físico	23 Glasgow = 11 RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma				
	5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma				
	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. 16 PA 120/80 TAX 98 SatO2 98				
	25 Local da lesão 				
Assistência	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais				
	27 P脉搏 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"/> 30 Escala de Dor de 0 a 10 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada				
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Calor cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>				
	32 Hospital de Destino Pionho Med Documento Recebido <input type="checkbox"/> Removido <input type="checkbox"/>				
	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado				
	34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>				
Observações Interdisciplinar	Paciente vítima acidente de transporte com estreuma + leijamento contuso em MTE no momento consciente e orientado, o mesmo já tinha saído do local.				
	Socorristas Médico ABTE	Ronalda			Enfermeiro Condutor Dilma
	Responsável pela recepção				

PRONTOMED ADULTO

Paciente	JOSE DE SOUSA CRUZ	Convenio	FUSEX
Idade	52 anos	Data	28/10/2014 19:52:12
Peso	70,00 Kg	Código	478183.16
Altura	1,60 m	Médico	MARIA LUISA DE DEUS BATISTA
IMC		Número	Presc. n° 744318 Página: 1/10

1. Diagnóstico;
2. Controle de Equipamentos / Sinais Vitais;
3. Fisioterapia;
4. Nutrição;
5. Evolução Diáritra Intensivista.

MEDICAÇÃO		HORÁRIO
1) PROFENID INJ/IV FA (100MG) * S.F. 0,9% 100ML FRASCO AMPOLA - 1 FR. EV		
2) Glucemia de Seguro		20:40
3) Captoperil 25 mg - 01 cp, VO, segno		20:40

Ass. MARIA LUISA DE DEUS BATISTA
CRM 5548

Cia Mutual de Seguros
27 NOV 2014
Documento Recebido

PRONTOMED ADULTO						
Paciente	JOSE DE SOUSA CRUZ				Convênio	FUSEX
Idade	52 anos				Data	28/10/2014 20:10:15
Peso	70,00 Kg				Internado	Ambulatório
Altura	1,70 m				Código	478183.18
Médico	MARIA LUISA DE DEUS BATISTA				Leito	OBS LTO14
					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	

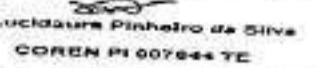
MONITORAMENTO

APARELHO	HORA LIGADO	Responsável	HORA DESLIGADO	Responsável

MEDICAÇÃO

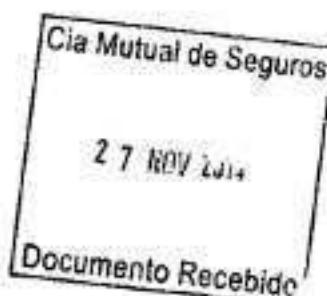
HORA	DESCRÍÇÃO	QUANT	UN	RESPONSÁVEL

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRÍÇÃO	RESPONSÁVEL
28/10/2014 20:00:00	Cliente deu entrada neste pronto atendimento vítima de acidente automobilístico, consciente, orientado, fáscico, nega alergia medicamentosa, sabidamente HAS e DM, apresenta corte em MIE, punctionado 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.	 Lucilene Pinheiro da Silva COREN PI 007644 TE
28/10/2014 21:16:00	cliente realizou RX.	 Lucilene Pinheiro da Silva COREN PI 007644 TE
28/10/2014 22:37:00	cliente e solicitado internação cirúrgica.	Zilton Fernandes Caldas COREN 180769

EVOLUÇÃO

HORA	DESCRÍÇÃO	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
Convênio	FUSEX	Lito	478183.19
Médico	SAULO LUIS LOPES MISTURA	Número	SALA 6
Accompanhante			Nº 35122

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

Cirurgião	SAULO LUIS LOPES MISTURA	Dr. Saulo Luis L. Mistura ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 3587 TELEFONE 31 3311-3222
Prim. Auxiliar		
Seg. Auxiliar		
Ter. Auxiliar		
Anestesista		
Instrumentador	GARDENIA ALEXANDRE DE SOUSA	Dr. Leônidas M. de Oliveira CRM-PB 1000 COREN 285762

DESCRÍÇÃO 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-PB 3587
TELEFONE 31 3311-3222

REQUISIÇÃO DE PARECER

PRONT.
CONVÉNIO
APTO/LEITO

NOME

José de Souza 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, hipertensão e diabético. Vítima de acidente automobilístico, com lesão em pé E. Sem perda de consciência, sentiu hemodinâmico constante, AC + P, ginefrofagia, edema joelheira.

7/10/2014, 12:00:00 x d. p. - Traumatologista. Solução ouclusão

7/10/2014, 12:00:00 x d. p. - Traumatologista. Solução ouclusão

Grau

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Foi feito exame do joelho (C).

Neurovascular normal.

Lacerações laterais sobre o 5º MTT.

Lacerações em hâncos.

RT: fibula de hâncos não deslocada.

fibula não deslocada do 2º MTT

fibula não deslocada da base do 5º MTT

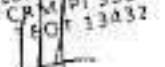
CD: hâncos anti-bróquio e profilaxia antitrombose.

Lixo ao centro cirúrgico

Dr. Sávio Luis L. Misiuro
ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGIA
CRM PI 3587
EGT 13032

28/10/14

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



PRONTOMED ADULTO

Paciente	JOSE DE SOUSA CRUZ	Convênio	FUSEX
Idade	52 anos	Data	29/10/2014 00:09:40
Peso	00 Kg	Código	473183.19
Altura	0,0 m	Médico	SAULO LUIZ LOPES MISTURA
ACAOmed	60006 12.11.13.01	Número	Prsc. n° 744389
			Página: 1/1

1. Diagnóstico: S92.9
2. Controle de Equipamentos / Sinais Vitais: 6/6H
3. Fisioterapia
4. Nutrição: DIETA ORAL LIVRE APÓS RPA
5. Psicologia:

Cia Mutual de Seguros
27 NOV 2014
Documento Recebido

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

JOAO LUIS C. MISTURA
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 14587
TELEFONE 3043-1312

Ass. _____
SAULO LUIZ 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	70 Kg	Código	478183.19
Altura	1,70 m	Leito	SALA 6
Médico	SAULO LUIS LOPEZ MISTURA	Número	Evolução nº 463117
Alergia	Alergias não info.		

* PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HA POCAS HORAS COM TRAUMA EM PÉ ESQUERDO
LACERAÇÃO LATERAL PROFUNDA AO LONGO DO 5º MTT E EM HALUX
SEM LESAO 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 Lopez Mistura
CRM 3587
MISTURA
CRM 3587

Cia Mutual de Seguros

27 NOV 2014

Documento Recebido

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	im	bpm	°C	%	mg/dL	ml	ml	ml	ml	ml	

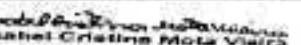
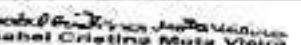
MONITORAMENTO

APARELHO	HORA LIGADO	Responsável	HORA DESLIGADO	Responsável

MEDICAÇÃO

HORA	DESCRÍÇÃO	QUANT	UN	RESPONSÁVEL

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
28/10/2014 23:30:00	paciente admitido no cc para ttr cirurgico de fratura e/ou luxações do pé por dr:saúlo 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: mamedci consciente orientado acompanha prontuario completo ja citado+relatorio cirurgico prescrição medica folha de medicação anestesica.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 Waquin COREN 856269
29/10/2014 02:30:00	Cliente admitido neste setor procedente do CC em POI de FRATURA E LUXAÇÃO DE PÉ ESQUERDO, consciente, orientado, fásico, respirando espontâneamente, HV periférica funcione, relata não ter HAS, DM, ALERGIA MÉDICAMENTOSA. Segue em repouso no leito sob cuidados de enfermagem.	 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	 COREN PI 9377 TE

EVOLUÇÃO

HORA	DESCRÍÇÃO	RESPONSÁVEL
29/10/2014 07:05:00	Ass: _____ Zilton Fernandes Caldas COREN 180769	Cia Mutual de Seguros 27 NOV 2014 Zilton Fernandes Caldas COREN 180769

Documento Recebido

PRONTOMED ADULTO

Paciente	JOSE DE SOUSA CRUZ	Convenio	FUSEX	Pro 300 da
Idade	52 anos	Data	25/10/2014 12:44:39	Internado: 1 dias
Peso	100 Kg	Altura	100 m	IMC
Acinod.	PLUTAO			

1. Diagnóstico: S32.3			
2. Controle de Equipamentos / Sinais Vitais: 8,6M	18		
3. Fisiotterapia:			
4. Nutrição: DIETA ORAL LIVRE			
5. Psicologia:			

	MEDICAÇÃO		
1	SORO GLICO-FISOL ECOFLAC (FR 500ML) FRASO - 1 AM EV [8/8]	16	16
2	DIPROMA INJ + AD AMPOLA - 1 AP EV [6/6]	16	16
3	PROFEND INJ IV FA (100MG) + SF 0,9 % 100ML FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [12/12]	16	16
4	KEFAZOL INJ FA (1G) + AD FRASCO AMPOLA - 1 FR EV [6/6]	16	16
5	CURATIVO DIÁRIO	16	16
6	MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ELEVADO	16	16
7	GARAMICINA INJ JAP (80 MG) AMPOLA - 1 AP EV [6/6]	16	16
8	LOSEC MUPS CP (20MG) COMPRIMIDO - 1 CP ORAL [24/24]	16	16
9	ZOFTRAN INJ (AP 4MG-2ML) + AD 10ML AMPOLA - 1 AP EV [SOS]	16	16
	Se náuseas ou vômitos	16	16

Ass. IGOR DAMASCENO ASSUNÇÃO ARAUJO
CRM 3802

JOSE DE SOUSA CRUZ
52 ANOS
100KG
100CM
IMC 19
PLUTAO

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	PR lpm	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 Cássia 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 3463
30/10/2014 05:30:00	130 X 80	20	0	36	98	0	0	0	0	0	0	Maria Ivonete da Silva Pereira COREN 3463

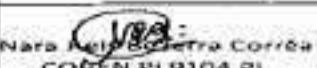
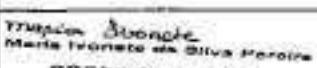
MONITORAMENTO

APARELHO	HORA LIGADO	Responsável	HORA DESCONECTADO	Responsável
				Cia Mutual de Seguros

MEDICAÇÃO

HORA	DESCRÍÇÃO	QUANT	UN	RESPONSÁVEL

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

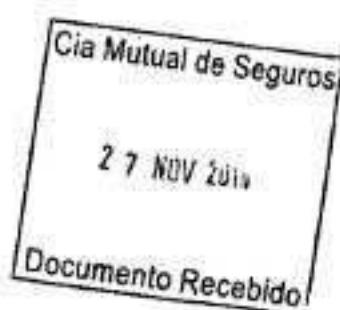
HORA	DESCRÍÇÃO	Documentos	RESPONSÁVEL
29/10/2014 07:10:00	EM TEMPO ADMINISTRADO SGF 500ML, APÓS REPUNICIONADO ACESSO PERIFÉRICO COMJELCOM 22+POLIFIX.		 Ana Cássia de Carvalho e Sousa Vera COREN 743822 COREN PI 123421 PI
29/10/2014 08:21:00	Paciente em PO de FRATURA E LUXAÇÃO DE PÉ ESQUERDO, Conciente, orientado, fáscico, respirando espontaneamente - sem aporte de O2, HV por AVP pérvio e sem sinais de flogose, diurese espontânea e presente. Segue aos cuidados de enfermagem		Ivalderlise da Silva Matos COREN 170590
29/10/2014 08:24:00	Paciente encaminhado para banho + troca de lençóis		Ivalderlise da Silva Matos COREN 170590
29/10/2014 12:00:00	Administrado DIPIRONA+AD EV, KEFAZOL 1G+AD EV conforme prescrição.		Ana Cássia 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-FISIOL 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 consciente orientado e fáscico em acesso venoso periférico funcionante, sinais vitais estáveis sem anormalidades, dieta v.o, eliminações fisiológicas presentes espontaneamente.		 Maria Ivonete da Silva Pereira COREN PI 3463 PI 04.82.80

PRONTOMED ADULTO		Convênio	FUSEX
Paciente	JOSE DE SOUSA CRUZ	Data	29/10/2014 07:10:31
Idade	52 anos	Internado	1 dias
Peso	70,00 Kg	Código	478183.19
Altura	1,70 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%,	Pragm. Abordado, Marta Ivonete da Silva Pereira COREN PI 3463 TC 31.72.80
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.	Pragm. Abordado, Marta Ivonete da Silva Pereira COREN PI 3463 TC 31.72.80

EVOLUÇÃO

HORA	DESCRIÇÃO	RESPONSÁVEL
30/10/2014 06:08:00	<p>16:00 H - Paciente em PO de FRATURA E LUXAÇÃO DE PÉ ESQUERDO, evolui conciente, orientado, fáscico, deambulando com auxílio, respirando espontaneamente sem aporte de O2, HV por AVP funcionante 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 transofix, 03 ataduras grandes e esparadrapo, mantido tala gessada. Segue sob cuidados de enfermagem. Acad. 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		
Idade	52 años		
Peso	00 Kg	Altura	00 m
Acordo	PLUTÃO	IMC	0
Convenio	FUSEK		
Data	30/10/2014 08:45:49		
Código	478153.19		
Médico	SAULO LUIIS LOPES MISTURAO		

MEDICACIÓN

MEDICAÇÃO	HORÁRIO
1 SORO GLICO-FISIOL. ECOFLAC (FR 500ML) FRASCO - 1 AMP EV [8/8]	
2 DIPIRONA INJ + AD AMPOLA - 1 AMP EV [6/6]	
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 CURATIVO DIÁRIO	
6 MEMBRO INFERIOR ESGUERDO ELEVADO	
7 GARAMICINA INJ A/P (80 MG) AMPOLA - 1 AMP EV [8/8]	
8 LOSEC MUPS CP (20MG) COMPRIMIDO - 1 CP ORAL [24/24] pela manhã em jejum	
9 ZOFRAN INJ (AP 4MG-2ML) +AD 10ML AMPOLA - 1 AMP EV [SOS] Se náuseas ou vômitos	
10 curativo	
11 recolocação de tule gessada	
12 alta médica	

Ass. SAULO LUIS LOPES MISTURA
CRM 3587

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

PRONTOMED ADULTO						Convenio	FUSEX
Paciente	JOSE DE SOUSA CRUZ					Data	30/10/2014 08:06:03
Idade	52 anos					Internado	2 dias
Peso	70,00 Kg					Código	478183.19
Altura	1,70 m					Leito	PLUTAO
Médico	SAULO LUIS LOPES MISTURA					Número	Evolução nº 623516

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

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

MONITORAMENTO

APARELHO	HORA LIGADO	Responsável	HORA DESLIGADO	Responsável

MEDICAÇÃO

HORA	DESCRÍÇÃO	QUANT	UN	RESPONSÁVEL

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

HORA	DESCRÍÇÃO	RESPONSÁVEL
30/10/2014 07:15:00	Paciente segue consciente, orientado, fásico, respirando AA sem aporte de O2, com AVP, dieta VO, 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	Ivalderlise 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	DESCRÍÇÃO	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. Ivalderlise da Silva Matos	Alice de Jesus Araujo Fraga COREN 352757

Ass. _____
Alice de Jesus Araujo Fraga
COREN 352757

Cia 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.



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

Cia Mutual de Seguros

27 NOV 2014

Documento Recebido

RX DIGITAL DO PÉ ESQUERDO

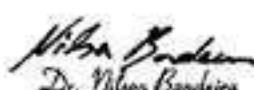
(N) (GF)

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

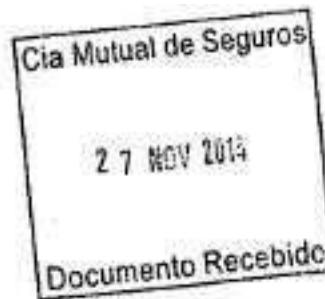


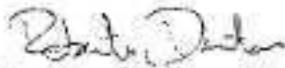
**med
imagem**

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 CALCÁNEO, COM EXTENSÃO PARA O PROCESSO LATERAL DO CALCÁNEO, 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



Nome
Sexo
Médico
Data
Código

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

RX DIGITAL DO TÓRAX

(N) (GF)

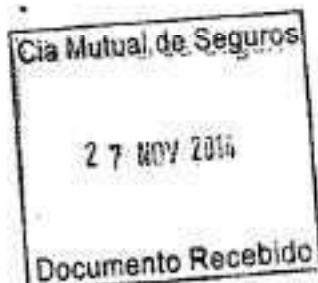
ACHADOS:

Pulmões: anatômicos.
Hilos e seios costofrênicos: integros.
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.: Esternorrafia metálica.



Nilton Bandeira
Dr. Nilton Bandeira
CRM 3083



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4821
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 16:55:56**
Código **478183.39**

RX DIGITAL DO TORNOZELO ESQUERDO

(N) (GF)

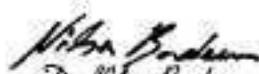
ACHADOS:

Estrutura óssea: com densidade e textura normais.
Interlinhas e superfícies articulares: integras.
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.




Dr. Nilson Bandeira
CRM 3083





Cia Mutual de Seguros

22 JAN 2011

Documento Recebido



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



Estado do Piauí

Prefeitura de Teresina

Fundação Hospitalar de Teresina

HOSPITAL MILTON DE ARCA LEÃO

HOSPITAL DO SATELITE

RUA: 1012 MILTON DE ARCA LEÃO

USO EXCLUSIVO NÁEP: 54-058-710

REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série

Teresina-PI

Série A - N° 344611

Cartório da Unidade de Saúde

URGÊNCIA

Nome do paciente	Número de Prontuário
Endereço	Bairro

AVULDO ALVES

ACIDENTE ONDE O SINTOR JOSE PRE
 SOUSA ALVES, MINHA DE SEU SOUZA
 DE TRÊS RIOS, COM FRACURA DA
 MÍDIA - PÉ ESQ, COM FRACTURAS DA
 FÍBULA, 2º / 4º (5º - MORTATURSOS)
 COM FRACTURAS OSTEOTÍAS, TAMBÉM
 VENHOU ~~EMERGÊNCIA~~ - COM INJERIÇÃO
 DE, ONDE O PÉ DA PESSOAL LOCAL
 COM PONTO DE MIGRAÇÃO - FÍBULA
 COM PONTO FUNCIONAL - MÍDIA - 80%
 COM PONTO FUNCIONAL - MÍDIA - 80%

Data
120.1.15

*Carimbo de identificação
do(a) profissional*

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
Documentação médica-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 0800-0221204.

- 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.

Passador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 22/01/2015 Nome: mutual CPF:	Data: 22/01/2015 09:20 Nome: Sandra Ferreira Lima Schettini CPF: 106.187.098-78

mutual

Sandra Ferreira Lima Schettini