



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08078171420198180140

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE DE SOUSA CRUZ**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., informar e requerer o que segue.

DAS INDENIZAÇÕES JÁ RECEBIDAS RELATIVAS AO SEGURO DPVAT

Deve-se sopesar, ainda, o fato de a parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória relativa ao seguro DPVAT, cujo processo administrativo foi regulado sob o **nº. 3140065911**, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 28/10/2014.

Frisa-se, que a parte autora recebeu indenização relativa ao Seguro Obrigatório DPVAT, após ter sido apurada em perícia administrativa, fraturas de dedos do pé esquerdo, que ensejaram, inicialmente indenização correspondente à 50% do PÉ ESQUERDO, e posteriormente, o reconhecimento de complementação visto os danos projetados, considerando repercussão total de 75% no MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, mais, 75% referente ao PUNHO ESQUERDO:

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: 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 |

E um segundo laudo,

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 TALUS E FRATURA DO CUBOÍDE. 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, 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.

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

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 |

Dessa forma, na remota hipótese de eventual laudo pericial apontar invalidez equivalente às já indenizadas, a indenização já paga deverá ser considerada para fins de abatimento em caso de eventual condenação nestes autos.

No mais, deve ser considerado, ainda, que o limite máximo indenizável previsto na lei 6.194/74 é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), de maneira que eventual condenação não poderá ser superior à diferença entre o limite legal e o somatório das indenizações já recebidas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 17 de julho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08078171420198180140

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE DE SOUSA CRUZ**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., informar e requerer o que segue.

DA INDENIZAÇÃO JÁ RECEBIDO EM RAZÃO DE SINISTRO DIVERSO

Deve-se sopesar, ainda, o fato da parte autora ter pleiteado administrativamente verba indenizatória relativa ao seguro DPVAT, cujo processo administrativa foi regulado sob o nº. 3140065911, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 28/10/2014.

Frisa-se, que a parte autora recebeu indenização relativa ao Seguro Obrigatório DPVAT, após ter sido apurada em perícia administrativa, fraturas de dedos do pé esquerdo, que ensejaram invalidez com repercussão de 39,9% do MEMBRO INFERIOR ESQUERDO:

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 TALUS E FRATURA DO CUBOÍDE. ENTESE 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

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 |

Dessa forma, na remota hipótese de eventual laudo pericial apontar invalidez equivalente à apontada no laudo acima, a indenização já paga deverá ser considerada para fins de abatimento em caso de eventual condenação nestes autos.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 17 de julho de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

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

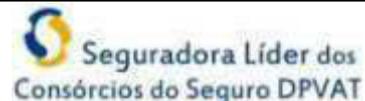
BANCO: 104

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

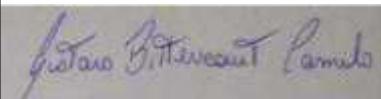
ACE Gestão de Saúde Ltda.

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%

sequelas:

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

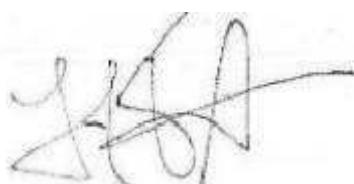
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

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):

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

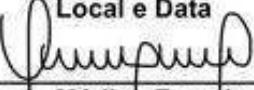
Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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:

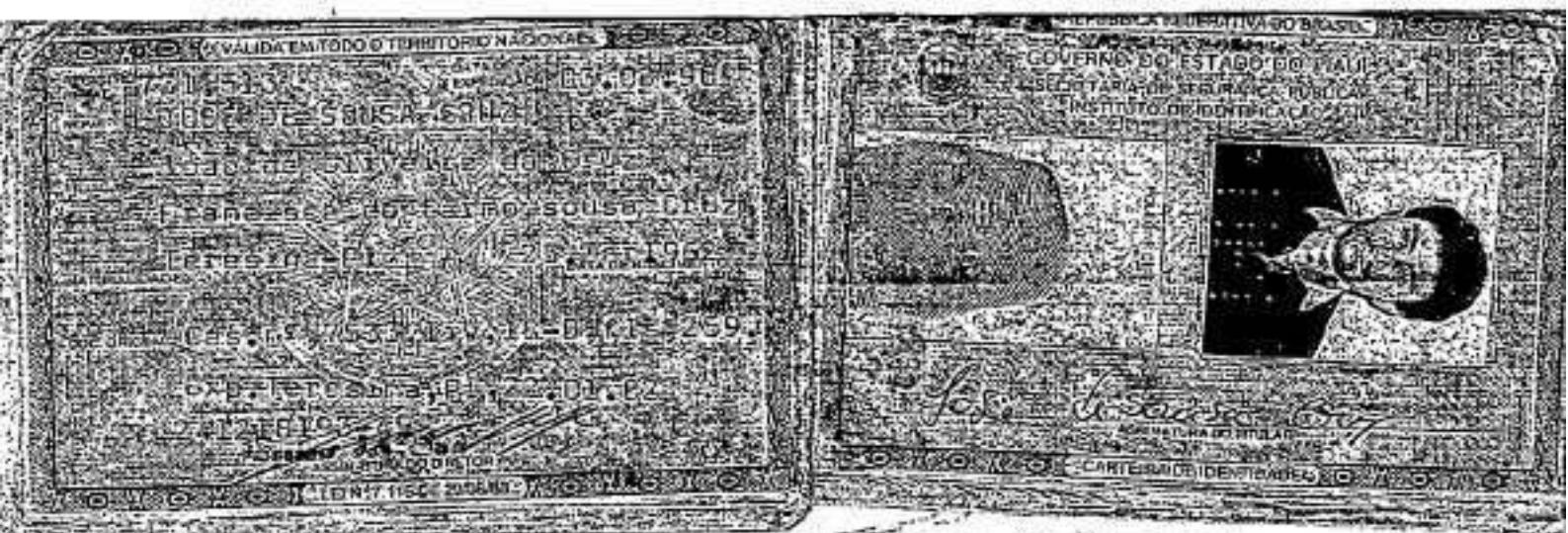
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,

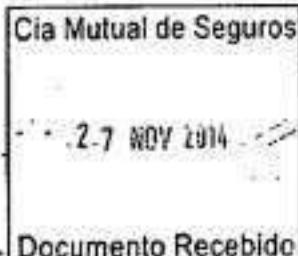
Seguradora Líder-DPVAT





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 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 mensal. 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~~ 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
 Tipo
 Validade
 Util. Pagto
 Histórico
 Senha
 consultores (02)
 4
 //
 Em pronto socorro
 (SENHA)

Triagem

Risco: JOSE DE SOUSA CRUZ

Class. Risco:

Avaliação médica:

Paciente hipertensão e diabético, em uso de furosemida, metformina, amlodipina. 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 Ipotodáctilo 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 | | | | |
| | 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 | |
| | | | | | | | | | | | | |

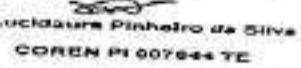
MONITORAMENTO

| APARELHO | HORA LIGADO | Responsável | HORA DESLIGADO | Responsável |
|----------|-------------|-------------|----------------|-------------|
| | | | | |

MEDICAÇÃO

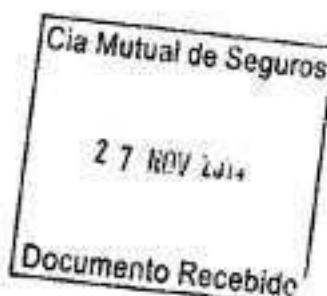
| HORA | DESCRÍÇÃO | QUANT | UN | RESPONSÁVEL |
|------|-----------|-------|----|-------------|
| | | | | |

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, punçionado 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

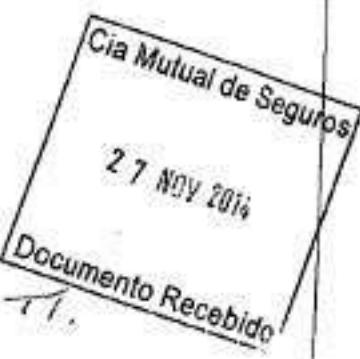
CD: hâncos anti-bróquio e profilaxia antitrombose.

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 Lopes 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 | |

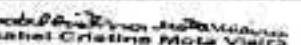
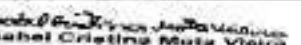
MONITORAMENTO

| 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

Idade 52 anos

Peso 100 Kg

Acinod. PLUTAO

Convenio FUSEX
Data 25/10/2014 12:44:39
Internado: 1 dias

Codigo 478163.19

Medico SAULO LUIS LOPEZ MISTURA
Numero Presc. n° 741675 Página: 1/1

| | | | | |
|-----------------------|---|------------------|-------------------------------|----------------|
| 1. Diagnóstico: S22.3 | 2. Controle de Equipamentos / Sinais Vitais: 8,6M | 3. Fisioterapia: | 4. Nutrição: DIETA ORAL LIVRE | 5. Psicologia: |
|-----------------------|---|------------------|-------------------------------|----------------|

| | MEDICACAO | | | |
|---|--|---|----|----|
| 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 DIARIO | ✓ | 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 | ZOFRAN INJ (AP 4MG-2ML) + AD 10ML AMPOLA - 1 AP EV [SOS] | ✓ | 16 | 16 |
| | Se nauseas ou vomitos | ✓ | 16 | 16 |

Ass. IGOR DAMASCENO ASSUNÇÃO ARAUJO
CRM 3802DIRETORIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE MUNICIPAL
MUNICÍPIO DE MARACAJÁ

| | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|-----------|---------------------|
| 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 |

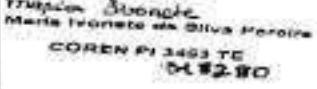
MONITORAMENTO

| 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 | | | Convênio | FUSEK |
|----------|--------------------|--|--|----------|----------------------------|
| Idade: | 52 anos | | | Data | 30/10/2014 08:46:49 |
| Peso | 00 Kg | | | Código | 47818319 |
| Altura | 00 m | | | Médico | SAULO LUIIS LOPES MASTURBA |
| Acamado | PLUTÃO | | | | |

| | | HORÁRIO |
|----|---|---------|
| 1 | SORO GLICO-FISIOL. ECOFLAC (FRR 500ML) FRASCO - 1 AM EV [8/8] | |
| 2 | DIPIRONA INJ + AD AMPOLA - 1 AP EV [6/6] | |
| 3 | PROFENID INJ FA (100MG) + SF 0,9 % 100ML FRASCO AMPOLA - 1 FRR EV [12/12] | |
| 4 | KEFAZOL INJ FA (1G) + AD FRASCO AMPOLA - 1 FRR EV [6/6] | |
| 5 | CURATIVO DARIO | |
| 6 | MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ELEVADO | |
| 7 | GARAMICINA INJ AP (80 MG) AMPOLA - 1 AP EV [8/8] | |
| 8 | LOSEC MUPS CP (20MG) COMPRIMIDO - 1 CP ORAL [24/24] | |
| 9 | ZOFTRAN INJ (AP 4MG/2ML) +AD 10ML AMPOLA - 1 AP EV [SOS] | |
| 10 | Sé náuseas ou vômitos | |
| 11 | Recolocação de tija gessada | |
| 12 | Alta médica | |

ASS
SAULO LUIS LOPEZ MISTURA
CRM 3587

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PI 13592
REOTT 11232

Cia Mutual de Seguro
27 Nov 2011
Documento Recibido

| 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 | lpm | 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

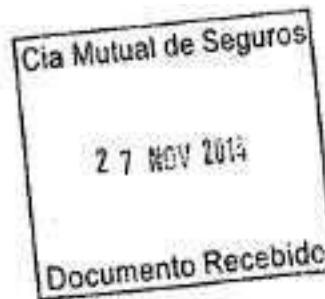


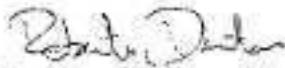
**med
imagem**

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)

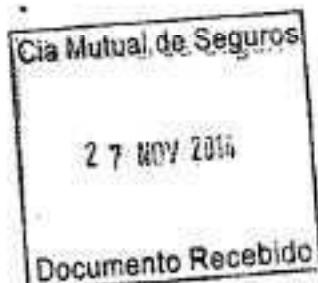
ACHADOS:

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

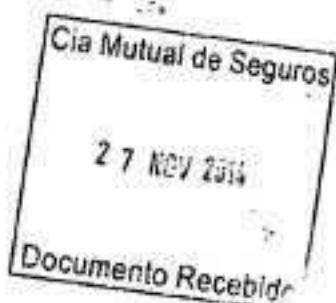
(N) (GF)

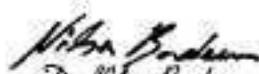
ACHADOS:

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

Nome do paciente

Número de Prontuário

Endereço

Bairro

MUDO (Língua)

Atéste que o autor José Pr
 Souza Cruz, ministro de Segurado
 do Município, com traumas em
 M18 - T6 esq, com Fraturas em
 Fraturas, 2º / 4º (5º - MORTAIS)
 com Fraturas ósseas, com
 fratura - com imobiliza
 ção, evitando que se desloque local
 com lesões menores - Fraturas
 com lesões funcionais - M18 - 80%
 com lesões funcionais - M18 - 80%

Data
120.1.15

Carimbo é assinatura 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

Navegador PJe - CNJ PJe Consulta processos - Proce... 0807817-14.2019.8.18.0140 ... +

PJe ProOrd 0807817-14.2019.8.18.0140

JOSE DE SOUSA CRUZ X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DP...

5815720 - Petição (2604833 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - POLO PASSIVO - ADVOGADO em 31/07/2019 09:37:01

31 Jul 2019

JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO

- 5815719 - Petição
 - 5815720 - Petição (2604833 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01)
 - 5815721 - Documentos (Anexo 01)
 - 5815723 - Documentos (Anexo 02)

04 Jul 2019

DECORRIDO PRAZO DE JOSE DE SOUSA CRUZ EM 03/07/2019 23:59:59.

00:07

26 Jun 2019

DECORRIDO PRAZO DE SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. EM 25/06/2019 23:59:59.

00:00

5815720 - Petição (2604833 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01)

Página: 1 de 2

Zoom automático

JOÃO BARBOSA

2604833-C/2019-02802/ INVALIDEZ

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08078171420198180140

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove JOSE DE SOUSA CRUZ, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., informar e requerer o que segue:

PT 09:37 31/07/2019