

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170042763 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO **Data do acidente:** 12/04/2016 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: Fratura bimaleolar do tornozelo direito(cid 10:s 82.3);

Descrição do exame médico pericial: Presenca de lesao cicatricial em face medial e lateral do tornozelo direito; ausencia de edema ou retracoes em tornozelo direito; arco de movimento do tornozelo direito completo (flexao plantar---50°, flexao dorsal-----30°; abducao-----30°;aducao---30°); bom trofismo muscular em perna direita; forca muscular preservada em membro inferior direito.

Resultados terapêuticos: Paciente relata ter sido atropelado em 12/04/16;foi submetido nesta mesma data a tratamento cirurgico de fratura bimaleolar do tornozelo direito com fixacao com placa e parafusos.em 13/04/16 recebeu alta hospitalar. Em alta ambulatorial. evoluindo satisfatoriamente, sem deficit funcional.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 09/02/2017

Conduta mantida:

Observações: Referindo dor em tornozelo direito.

Nota do revisor: ratificamos a conclusão do examinador.

Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Raphael Neves Bona

CRM do médico: 2485

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

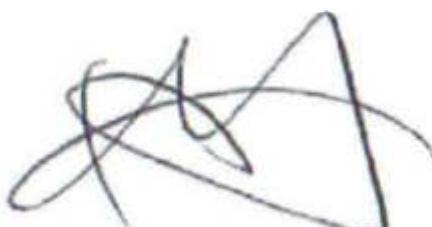
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

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 GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO** Sinistro: **3170042763** Data: **12/04/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Oeiras, 1727, APT 102 - Vermelha - Teresina - PI - CEP 64018-020**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[SSP /PI] 2.275.263**

Data local do exame: **[09/02/2017] 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) **fratura bimaleolar do tornozelo direito(cid 10:s 82.3); presenca de lesao cicatricial em face medial e lateral do tornozelo direito;ausencia de edema ou retracoes em tornozelo direito;arco de movimento do tornozelo direito completo(flexao plantar--50°,flexao dorsal-----30°;abducao-----30°;aducao-----30°);bom trofismo muscular em perna direita;forca muscular preservada em membro inferior direito.**

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. **paciente relata ter sido atropelado em 12/04/16;foi submetido nesta mesma data a tratamento cirurgico de fratura bimaleolar do tornozelo direito com fixacao com placa e parafusos.em 13/04/16 recebeu alta hospitalar.em alta ambulatorial.evoluindo satisfatoriamente,sem deficit funcional.**

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

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):

% 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

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.

referindo dor em tornozelo direito.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170042763 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO **Data do acidente:** 12/04/2016 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: fratura em tornozelo direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10492294

A/C: JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO

Sinistro: 3170042763 ASL-0024707/17
Vitima: JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO
Data Acidente: 12/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

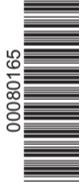
Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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, 26 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10411269

A/C: JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO

Sinistro: 3170042763 ASL-0024707/17
Vítima: JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO
Data Acidente: 12/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.000260/2017-16

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 16/01/2017 - 12:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável	DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO	Data/Hora	12/04/2016 - 11:00
Local	DEPARTAMENTO DE SINISTROS	DEPARTAMENTO DE SINISTROS	DPVAT
VIA PÚBLICA	DPVAT	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	11 JAN 2017
Município	SÃO JOAO	GENTE SEGURADORA S.A.	Rua Fábio Porchat, 2908 Loja 104
TERESINA	POUSADA DOS IPÊS	Centro - CEP: 00001-000	
Endereço			
AV. DOS IPÊS, N°.			
Complemento			

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO
RG: 2279263 SSP PI
Mãe: TERESINHA DE LUZIEUX BARBOSA CAVALCANTE
Endereço: RUA OEIRAS, Nº 1727
Bairro: VERMELHA
Cidade: TERESINA
Telefone(s): 94-0817-17

Tipo Envolve: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A PISTA, QUANDO FOI ATROPELADO POR UMA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA. FOI SOCORRIDO MARCIO XIMENES CAVALCANTE, RESIDENTE NA RUA GABRIEL FERREIRA, Nº 233B-MACAÚBA, E LEVADO PARA A COT. (PRONT. 0019460). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELO - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86)3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

Print.: 0019460 Adm: 12/04/2016 Hr: 14:42
JOSÉ GIL CAVALCANTE SOARES DE MEO
Dra. UNIFED Nt: 00990010000984799
Data: DR FERNANDO FREITAS Usu: MSA
Dt. Nasc: 21/12/1984 OFF: 00994522355

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

*Fratura toracóp. D.
extromíntre + "lros ligamentos*

1º. Fonoaudiólogo

2º. Agente 2º Auxiliar:

3º(a). Enfermeiro Circulante:

4º(a). Enfermeiro Circulante:



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

OPVAT

CRIME FUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN 2011

GENTE SEGUROADORA S.A.
Rua Felis Pacheco, 2008 Edif. 101
Centro - Tel: 66881369

MEDICAMENTOS

1	Haloperidol	85:	Ringer Iactato 500ml	134:
2	Halotano	86:	Salicortet 500mg	153:
3	Heparina sc	87:	Soro Fisiol. 1000ml	164:
4	Ketalar	193:	Soro Fisiol. 500ml	165:
5	Nercon	244:	Soro glico. 500ml	166:
6	Neocaina 0,5% erad	115:	Thiopental 1g	1:
7	Neocaina 0,5% Iobérica	117:	Tilatil 20mg	173:
8	Neocaina 0,5% pesada	118:	Tracur	273:
9	Neocaine 0,5% s/erad	116:	Valitom amp	48:
10	Neomicina pom	119:	Vaseline tb	180:
11	Novalgina amp	121:	Xilestosin gel	182:
12	Pancuron	274:	Xilocaina 2% erad	183:
13	Plastil	160:	Xilocaina 2% s/erad	184:
14	Propofol 10mg	272:	Zolifen amu	185:
15	Prostigmine	200:		
16	Quetidin	201:		
17	Revivan	202:		

MEDICAMENTOS

18	Coletor de urina	58:	Microcote 25mm	72:
19	Compressa G	32:	Flexifix G 24	270:
20	Compressa P	38:	Polifix 2 viss	199:
21	Drano peritoneo	200:	Pvpj degarmante	131:
22	Exôpico macroscópico	191:	Pvpj tópico	132:
23	Equipos cirúrgicos	192:	Scalp	142:
24	Esteril	58:	Siringa 1 ml	148:
25	Formol	76:	Siringa 10 ml	150:
26	Gases S.O.	60:	Siringa 20 ml	151:
27	Galco	58:	Siringa 5 ml	149:
28	Gelco descatável	203:	Sonda foley	155:
29	Iodo a 2%	88:	Sonda uretral	160:
30	Lâmina bisturi	194:	Vaseline líquida	179:
31	Lava procedimento	98:		
32	Lava 7,58,0	98:		
33	Maçarac desc	198:		
34	Microcote 12,5mm	71:		

FIOS

1	Monofilamento 3/0/3389	108:	Polycol/0/SP4437/	282:
2	Monofilamento 4/0/2616	107:	Polycol/2-0/SP4447/	283:
3	Monofilamento 4/0/1111	111:	Polycol/2-0/SP4437/	284:
4	Monofilamento 2/0/1215	162:	Proteos/2-0/64117/	285:
5	Monofilamento 3-0/1163	109:	Viel/M/US6174/	179:
6	Monofilamento 4-0/1729	110:	Viel/0-0/34047/	278:
7	Monofilamento 5-0/14501	112:		
8	Monofilamento 6-0/14500	113:		

Cirurgião - CRM:

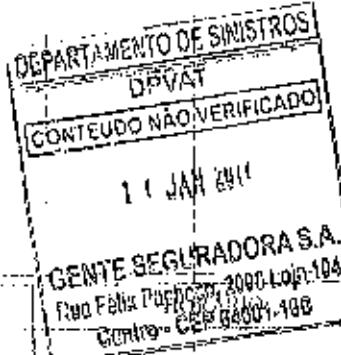
Médico:

Conselho:

PRESCRIÇÃO MÉDICA - EVOLUÇÃO CLÍNICA

por: Enf. Terezinha S.

DATA



Baixa:

Leito:

Apto:

D

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ALERTA PLASIL

1. Diete líquida
2. SF 0,9% 500 ml EV 12/121
3. Cefixime 1g EV 12/121
4. Isotretinol 0,1 amp EV 12/121
5. Dipirona 0,5 amp EV 6/121
6. Furosem 10mg EV 8/121 8/87
SF 600 ml
7. Cef.

1º (00) 17 e.c.
17 e.c. 03/01/87
03/01/87

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
CENTRO DE ATENDIMENTO
CENTRAL DE ATENDIMENTO

Às 20:45 paciente referindo náusea e dor de estômago urinária.

SN:

8. Diazepam 10mg 1g VO, is 21/01
9. Senna vermelha ad 10g SN
10. Nascidina 400mg - 1amp AD 24

03/01/87

Dr. Neusa S. da Silva
Ortopedista e Traumatologista
Centro de Atendimento



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86)3221-6903
Av. Miquel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-480

Pront.: 0019460 Adm: 10/04/2016 Hr: 14:42
JOSE GIL CAVALCANTE SOARES DE MELLO
Cv: UNIFED Nt: 00990010000634720
Fed: DR FERDINANDO FREITAS Uesb HEA
Dt. Nasc: 21/12/1984 CPF: 00994522355

FICHA DE PRESCRIÇÃO

Médico:

Convénie

Exf. 2

Leit

Aptos

CENTRO ORTOPÉDICO IRESINA / TPA

Av. M. de Souza, 2990 - Centro - 35200-000 - Pouso Alegre

DIAGNÓSTICO

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

X Marca: membro fraturadluxado olecrano.

X Realizar rodízios de medição: ()SCU ()IM.

X Obs. e anotar sinais fisiológicos em acesso venoso.

X Obs. e anotar sinais de hiperemia ou lesões pele.

X Obs. e anotar evacuação/eliminação vesical.

X Obs. e anotar alterações em fixador externo e tração.

X Obs. e anotar sangramento em FO.

X Estimular higiene oral e observar mucosa oral.

X Estimular deambulação e manter repouso no leito.

X Obs. e anotar aceitação da dieta.

X Realizar curativo na FOI ()xdia/ ()2xdia.

X Realizar e anotar glicemia capilar/insulinoterapia.

X Realizar e anotar sinal vital de 6/8hs.

X Medir e anotar débito: ()ureos, ()SVD, ()SNG, SNE.

X Verificar e anotar presença de náuseas e vômitos.

X Realizar mudança do decúbito 4/4hs.

X Realizar banho: ()resposta com auxílio/ ()no banho.

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

X

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	
1. RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA alterada, relacionada: []alta complexidade da cirurgia ortopédica []complicações[]	19. Sobe de gato com fio por fractura de porco-zebra (0) + alergia à penicilina, consciente, orientada, pálida, fria, perna, em reposo no leito. Hb 10.5 g/dL, com bala suspeita, não obstrui flogos. Bexiga fraca, urinária com 100 mL cada vez, devido a rigidez biliar. Sem apertar a bexiga nem urinar. Pct da contração urinária em 100%, seguido e pct, o que é orientado pelo anestesiólogo, que a une direta por 10, esvazia bexiga a partir desse pct. São 100% de contração com obstrução. Sono e ressonos aditivos.
2. DOR: []Aguda, relacionada a agentes lesivos (químicos, físicos, biológicos e psicológicos) []Crônica, relacionada a incapacidade física e psicosocial crônica.	D.ágz, pct reduzido ao 20, dificuldade para dormir, comumente medias placentares. P. neonar, aguando constante. C. libe. torres metálicas. Entrada: 02/08/2018. 11h 51m. P. 331.678
3. MOBILIDADE FÍSICA Prejudicada alterada por: []Fratura/luxação[]Edema[]Pós-operatório[]Astenia []Déficit motor[]Inconsciência[]	
4. Padrão de SONO perturbado relacionado: []Iluminação[]Falta de ar[]Dor[]Banhado[]Dor[]Ansiedade []Falta de privacidade[]	
5. RETENÇÃO urinária relacionado por: []Bloqueio[]Inibição do arco reflexo[]	
6. Padrão RESPIRATÓRIO Ineficaz relacionado por: []Hiperventilação[]Hipoventilação[]Deformidade óssea []Deformidade da parede do tórax[]Dor[]	
7. PERFUSÃO TISSULAR periférica Ineficaz relacionado por: []Hipovolemia[]Hipervolemia[]Hiperventilação []Interrupção do fluxo arterial[]	
8. NUTRIÇÃO desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionados por: []Incapacidade de ingerir e absorver alimentos []fatores biológicos e psicológicos[]	
9. INTEGRIDADE DA PELE prejudicada, relacionado por: []Protrusão óssea[]Imidade []Circulação alterada[]Imobilização física[]	
10. NAUSEA evidenciado por: []Medicamentos[]Agentes anestésicos[]POF[]	
11. DEAMBULAÇÃO prejudicada, evidenciado por: []Dor[]Imobilidade[]Tipo de cirurgia realizado.	
12. ANSIEDADE, evidenciado por: []Stress[]Ansiedade de mudança no estado de saúde.	
13. Risco de síndrome do DESUSO, relacionado: []Dor intensa[]Imobilização[]Paralisia[]Nível de consciência alterado[]	
14. Risco de QUEDAS, relacionado: []Uso de cadeiras de rodas[]> de 60anos[]Uso de aparelho de auxílio []Condições pós-operatórias[]	
15. Risco de INFECÇÃO, relacionado: []Procedimento invasivo[]Trauma[]Exposição ambiental[]Cinigia aumentada[]Destrução de tecidos[]	
16. Risco de desequilíbrio na TEMPERATURA corporal evidenciado por: []Hipertensão[]Hipotermia	
17. Risco de CONSTIPAÇÃO, evidenciado por: []Mudança recente de ambiente[]Depressão []Mudança nos padrões habituais de alimentação[]	
18. Risco de LESÃO, relacionado: []Pele lesada[]Imobilidade alterada[]Perfil sanguíneo anormal[]Edema []Desidratação[]Inabilitação[]	
19.	

CEP 03172-014
Av. Miguel Rosa 3360 Sul CEP 61.001-950

CEP 03172-014
Av. Miguel Rosa 3360 Sul CEP 61.001-950
Data: 12/04/2010 - Hora: 11:45
Paciente: 12/04/2010 em 21:00 por: Dr.
de: Dr. presc.

Relatório de Internação

Prescrição Médica - Evolução Clínica

Plano: 119100

2. Soro glicosado 5%, 1500ml
EV, em 24 horas(s)
3. Ceftriax 1g + AD, EV, 12/12h
4. Tiazatil 20mg + AD, EV, 12/12h
5. Dipirona 300c + AD, EV, 6/6h
6. Ranitidina 50mg + AD, EV, 8/8h
7. Tramal 100mg + 100ml SF 0,3%, EV, 8/8h, se dor
intensa
8. Metoclopramida 10mg + AD, EV, 8/8h, se vômitos
9. Sonda vesical de alívio, se retenção urinária
10. SSVV + CGG

Alta hospitalar

Dr. Ferdinand Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM-3096

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO



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 Gil Lavalante Soares de Melo

PORTADOR(A) DO RG Nº 2275263

EXPEDIDO POR SSP - PI

EM 12/03/14

CPF: 009 945 923-55 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO recolhente

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REembolso DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Gil Lavalante Soares de Melo. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

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 aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 7.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

OK 17/3/14 2014

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 101

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scâner 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.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001, Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5605-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 15.778-3

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.

Teresina - PI, 37 de Janeiro de 2017, xpir Gil Lavalante Soares de Melo

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.

BANCO DO BRASIL S.A.
17/01/2017 - AUTO-ATENDIMENTO - 11.15.46
0839770317

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 5605-7 CONTA: 15.778-3
CLIENTE: JOSE G C SOARES MELO

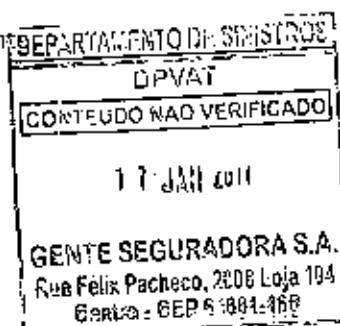
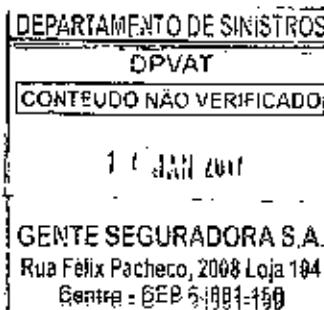
HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----29/12/2016-----		
Saldo Anterior		
-----02/01/2017-----		
Transferido para Poupança 033892		
31/12 1637 510033892-6 FERNANDA ALVES		
Saldo		
-----05/01/2017-----		
Tarifa Pacote de Servicos 523508		
Tarifa referente a 05/01/2017		
S A L D O		

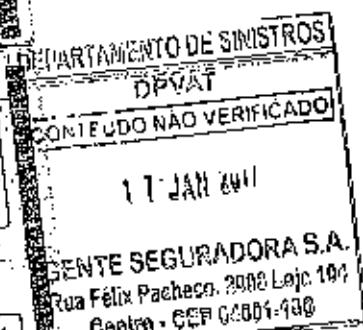
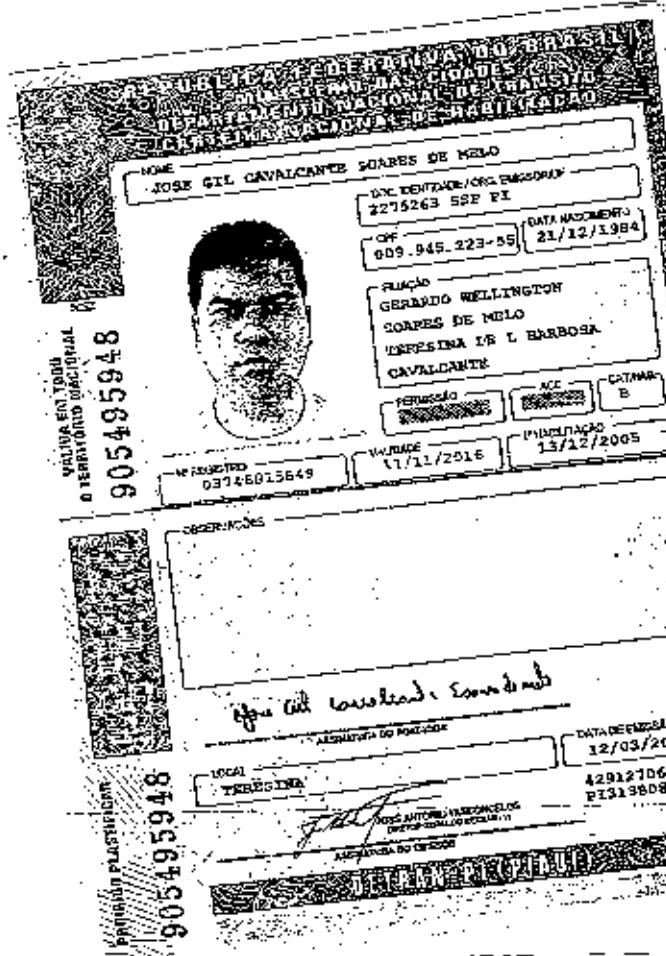
Juros *	0,00
Data de Débito de Juros	01/02/2017
IOF *	
Data de Débito de IOF	01/02/2017
(*)Apurados de acordo com o somatorio dos saldos devedores diários no mes anterior ao débito.	

OBSERVACOES:

Ha tarifas pendentes de cobranca. Total em
17/01/2017 R\$ 24,01. Sujeito a cobranca
quando ocorrer saldo positivo na conta corrente.
Procure sua agencia.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.





ENTE SEGURADORA S.A.
Rua Félix Pacheco, 2000 Loja 101
Centro - CEP 04001-000

CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTOA
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900
Av. Miguel Rosa, 3380/Sul - CEP 64.001-490

Front.: 0019460 Adr.: 12/04/2016 Nr.: 14:42
0005 1990 SA 00005 00005 00005 00005 00005

BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Provisório: Entregar Terceiro D.

3) Principal: _____

- 152 - Mortis:

5. patológicos

2. Pathology.

HISTÓRIA CLÍNICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 JAN 81

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Félix Pachoco, 2008 Lejo 104
Centro - CEP 84000-100

Don + Anna no transglo 3 dias aírante
o náusea

elamento TIPO:

- Nenhum Médico Cirúrgico Médico-Cirúrgico/Eficácia
- Eficaz Ineficaz Prejudicial Não avaliado

ICA

Curado Melhorado Inalterado A pedido
 Decisão Médica Evasão Data: _____ / _____ / _____ Hora: _____

TRANSFERÊNCIA:

() Fisiologia () Psiquiatria () Outros

Clarindo de B. Veras Neto
Diretor Administrativo

Visto do Diretor do Hospital

CONFIRA COM O ORIGINAL

CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA
C.N.P.J. 07.224.108/0001-07 - Fone: (86) 3230-7900.
Av. Miguel Rosa, 3360/Sul - CEP 64.001-490

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Mostrana responsabilidade com as despesas médico/hospitalar do paciente internado nesta casa de sao por ordem médica.

• Pode as despesas, como DIÁRIAS, TAXAS, MÉDICOS, etc.: procurar informar-se no momento da saída com a TESOURARIA e ou RECEPCIONISTA.

• A liquidação de conta hospitalar/médico deverá ser feita no momento da ALTA do paciente, no seguinte horário:

MANHÃ: 07:30 às 11:30;

• TARDE: 13:30 às 17:30hs.

• Saída do PACIENTE está condicionada a quitação do débito, junto a tesouraria.

• Pagamento com CHEQUE, na liquidação de sua conta deverão ser feitos com cheques distintos, tanto para o hospital, como para os médicos.

• Cheques fora da praça, só será aceito com apresentação de um documento de identificação e telefone e/ou documentos.

• Valores os pertences dentro do Apto/Suite, serão conferidos. Qualquer dano material será debitado nas despesas do usuário.

• Clínica não se responsabilizará por quaisquer objetos e valores desaparecidos ou extravieados em suas dependências.

• Caso de convénios com direito a enfermaria que optarem por apto ou suite pagará uma diferença de 10% também uma complementação sobre honorários médicos, de acordo com tabela da AMB.

• Internações de URGÊNCIA/EMERGÊNCIAS que não forem autorizadas pelo convênio serão pagas pelo assistido ou seu responsável.

• MEDICAMENTOS que não forem pagos pelo CONVÉNIO, serão pagos pelo PACIENTE.

• Paciente particular e P.econômico, o depósito cobrirá somente a quantidade de dias estabelecida na enfermaria citada e se houver complicações pós-cirurgia, o Paciente pagará as diárias, medicações e exames se necessários.

• Indo se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem em consequência do ato cirúrgico e o anestésico.

• Se de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, estas serão tomadas pela Clínica de acordo com as normas legais.

• CONFERENCIA DAS MEDIDAS, declaro para os fins que aceito.

Teresina(PI), 12 de Abril de 2016

Francisco Prudencio de Britto Goncalves
Ass. Legível do Responsável

36644843-98

2843434

Rua Áurea Martins, N° = 3710, teresina
- Cidade, 64007 -

CONFERIDA COM O ORIGINAIS
Luzia de Souza Ferreira
Coordenadora de Atend.
Centro Administrativo