



Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8503465

A/C: ALOISIO DA SILVA SOUSA

Sinistro: 3160070867
Vitima: ALOISIO DA SILVA SOUSA
Data Acidente: 17/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAYLANE PAULINO DA SILVA

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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8651190

A/C: ALOISIO DA SILVA SOUSA

Sinistro: 3160070867
Vítima: ALOISIO DA SILVA SOUSA
Data Acidente: 17/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAYLANE PAULINO DA SILVA

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





Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2016

Carta n°: 8732260

A/C: ALOISIO DA SILVA SOUSA

Sinistro: 3160070867
Vitima: ALOISIO DA SILVA SOUSA
Data Acidente: 17/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAYLANE PAULINO DA SILVA

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: ALOISIO DA SILVA SOUSA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000855

Conta: 00000112314-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	0,00
Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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

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, 19 de Maio de 2016

Carta n°: 9102859

A/C: ALOISIO DA SILVA SOUSA

Sinistro: 3160070867 ASL-0050375/16
Vítima: ALOISIO DA SILVA SOUSA
Data Acidente: 17/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAYLANE PAULINO DA SILVA

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



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2016

Carta n°: 9118789

A/C: ALOISIO DA SILVA SOUSA

Sinistro: 3160070867 ASL-0050375/16
Vitima: ALOISIO DA SILVA SOUSA
Data Acidente: 17/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAYLANE PAULINO DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160070867 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALOISIO DA SILVA SOUSA **Data do acidente:** 17/11/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA, DIMINUIÇÃO INTESA DA AMPLITUDE FUNCIONAL E HIPOTROFIA DO OMBRO
médico pericial: DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Complicações: AUSENTES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM 75%.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/02/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Lucas Lopes Rego

CRM do médico: 3932

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, Alainio da Silva SouzaPORTADOR(A) DO RG Nº 2744395EXPEDIDO POR SSP - PIEM / / ECPF 040523633-86 /CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO
E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Alainio da Silva Souza, 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 da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não 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 (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;
- 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

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)	Nº da CONTA (com dígito, se existir)
Nº do BANCO	Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)	Nº da CONTA (com dígito, se existir)
Nº do BANCO	Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

104 0865 112314-0

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 08 de Janiño de 2016 X Alainio da Silva Souza
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.



ARUANA SEGUROS
27 JAN 2016

**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): Aloisio da Silva Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Lc Buriti Alegre, S/N
Rural Beneditinos PI CEP: 64380-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 2744395
Data local do exame: [16/02/2016] 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 DA CLAVÍCULA DIREITA.
APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA, DIMINUIÇÃO INTENSA DA AMPLITUDE FUNCIONAL E HIPOTROFIA DO OMBRO 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?

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?

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 DEU ENTRADA NO PRONTO SOCORRO COM FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA, SENDO INTERNADO PARA TRATAMENTO.

Data da alta: FEVEREIRO DE 2016.

TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Complicações: AUSENTES.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

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 OMBRO DIREITO EM 75%.

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”

“Sem sequela permanente”

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

Ombro - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

Total = “100% da IS”

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Lucas Lopes Rêgo
Médico Perito
CRM-PI-3932

**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): Aloisio da Silva Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Lc Buriti Alegre, S/N
Rural Beneditinos PI CEP: 64380-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 2744395
Data local do exame: [23/05/2016] 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 TERCO DISTAL DA CLAVICULAR DIREITA
PACIENTE EVOLUI COM DOR EM OMBRO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO IMPORTANTE NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO.

- 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?

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?

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 ACIDENTE AUTOMOBILISTICO EM NOV-2015 LEVANDO A FRATURA DE CLAVICULA DIREITA, SENDO REALIZADO TRATAEMTO CIRURGICO
Data da alta: DEZEMBRO 2015
TRATAMENTO CIRURGICO COM FIOS METALICOS
Complicações: VIDE ACIMA

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

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.

LIMITACAO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO COM DOR EM OMBRO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO IMPORTANTE NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO.

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”

“Sem sequela permanente”

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

Ombro - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

Total = “100% da IS”

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

Frederico Tomás de Oliveira

Frederico F Oliveira
Cardiologista Clínico Médico
CRM-PI 5953

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.000066/2016-28



Unidade Policial: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 07/01/2016 - 13:25

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA
Tipo Local
VIA PÚBLICA
Município
TERESINA
Endereço
POV. FORMOSA, Nº:
Complemento

Data/Hora
17/11/2015 - 07:00

Bairro
USINA SANTANA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

Nome: ALOISIO DA SILVA SOUSA
RG: 2744395SSPPI
Mãe: DALSIRO FRANCISCA DA SILVA SOUSA
Endereço: POV. BURITE ALEGRE, Nº
Complemento: ZONA RURAL
Bairro: PREJUDICADO
Cidade: BENEDITINOS
Telefone(s): 86-9480-8611



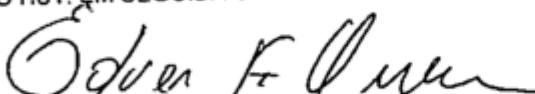
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

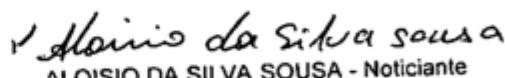
Natureza(s) da Ocorrência

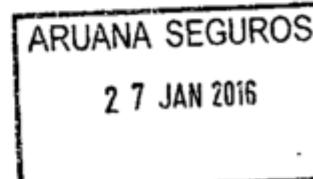
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-I MOTO YAMAHA/YBR 125, FACTOR, COR BRANCA, ANO 2013/2014, PLACA PIE-7449, DE PROPRIEDADE DO NOTICIANTE NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO. QUANDO O CONDUTOR DO VEÍCULO-II MOTO, INVADIU A PREFERENCIAL QUE MOTIVOU A COLISÃO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PRA O HUT, EM SEGUIDA COT. É O REGISTRO.


Edvar Ferreira Nunes - Mat. 0092576
AGENTE DE POLÍCIA


ALOISIO DA SILVA SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Aloisio da Silva Souza

portador da carteira de identidade nº 2744395 e inscrito no CPF/MF

sob o nº 040.527.633-86 residente e domiciliado na Povoado

Burite Alegre nº _____

Cidade Benedictino Estado Piauí, declaro, sob as penas
da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para
os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias
para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com
prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para
a cobertura de **invalidade permanente causada diretamente por veículo automotor de via**
terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha
documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando,
desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do 91º
do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

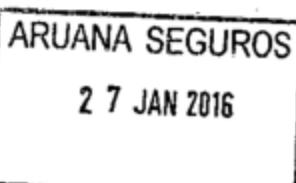
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia, não
significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de
impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante conforme documento de identificação

Local: Teresina - Piauí Data 08, 01, 2016

Aloisio da Silva Souza

ASSINATURA: COMO NO DOCUMENTO DE IDENTIDADE





Dados do Chamado	01 Nº. do chamado 2735	02 Data do chamado 17.1.14.15	03 PRO (código) 201021	04 Saída do PA 7 B16	05 Chegada ao local 7 15.3	
	06 Saída do local 8.10	07 Chegada ao 1º. hospital 8.13.10	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital		
Local da Ocorrência	10 Endereço Vila Santana		12 Município-UF	Código IBGE		
	11 Bairro					
	13 Ponto de referência					
Dados do Paciente	14 Nome Alairio da Selva Souza		15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade 127	1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	2	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência HUV		11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares			
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica		06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	16 - Outros	01A	
Accidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança		
Exame Físico	23 Glasgow = 15		RESPOSTA VERBAL 5-Orientada 4-Confusa 3-À voz 2-À dor 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 _____ Resp. _____ PA _____ TAX. _____ Sat02 _____	
	ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma		5-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	25 Local da lesão 		
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	29 Dor <input type="checkbox"/>	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 6 Moderada 9 Intensa 10			
	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não	1-Sim 2-Não	3-Exposta 4-Fechada	3-Suspeito	
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input checked="" type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Calor cervical <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred. <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica b) c)					
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino _____ <input type="checkbox"/> Não Removido					
	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte	1-Sim	2-Não		
Observações Interdisciplinar	<p>Paciente vítima de acidente de trânsito - d. provável fratura clavicular direita + luxação de ombro direito. + esconcrese.</p> <p>CONFERE COM O ORIGINAL <u>Mariânia Velosa Cantanhede</u> Médica Administradora SAMU PRA ARUANA SEGUROS 27 JAN 2016</p>					
	<p>DOCUMENTO 3 *T3%*</p> <p></p> <p>Socorristas Médico _____ AE/TE _____</p> <p>Enfermeiro Condutor _____</p> <p>Responsável pela recepção _____</p>					

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: 18/02/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALOISIO DA SILVA SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000112314-0

Nr. da Autenticação 0C1E2DE282DB39D9



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Aloisio da Silva Sousa

RG nº 2744395, data de expedição / / Órgão SSP-PF,

CPF nº 040.527.633-86, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Povoado Burite Alegre</u>
Número	
Apto / Complemento	<u>esava</u>
Bairro	<u>Prejudicado</u>
Cidade	<u>Beneditinos</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(86)99949-3100</u>
E-mail	<u>miriane.36@hotmail.com</u>

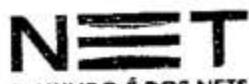
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina - Piauí 08/01/2016

Assinatura do Declarante: X Aloisio da Silva Sousa

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016



O MUNDO É DOS NETS

DOCUMENTO 1 *T1%*



CTCE FORTALEZA CE PL6

RAYLANE PAULINO DA SILVA
R STA LUZIA 3321
CENTRO
TERESINA - PI
64001-400



3702145602



01 - 50145602 - PED062

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raylane Paulino da Silva, portador(a) do RG nº 3.669.105, expedido por SSP - PI, em / /, CPF/CNPJ nº 065.127.703-58, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Aloisio da Silva Sousa do sinistro de DPVAT da natureza Sinhalista, da vítima Aloisio da Silva Sousa, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recruta-se Renda Mensal: R\$ Recurso - se

Documentos comprobatórios: Rg e CPF

x Raylane Paulino da Silva.
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DOCUMENTO 4 T4%



NOME DO PACIENTE: ALOISIO DA SILVA SOUSA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 381060

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – SAME

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS.

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016



FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ALOISIO DA SILVA SOUSA		Frontuário: 381060
Mãe: DALSIRA FRANCISCA DA SILVA SOUSA	Pai: ALBINO RODRIGUES DE SOUSA	
End. Resid.: RUA MACHADO DE ASSIS 2293 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 05/08/1988	Idade: 27a:3m:12d	Sexo: Masculino Fone: 86-99480-8611
Responsável: O MESMO	CNS: 704606687609329	
Profissão: FRENTISTA	Documento: CPF: 040.527.633-86	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ACOLHIMENTO:

Código: 506140	Data: 17/11/2015 08:29:53	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU		
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S			
Acid. Trab.: Sim	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não	Trauma: Não	Maus Tratos: Não

BREVE HISTÓRIA:

Confere com o original

Em 30/11/2015

Servidor

A - VAS:	B - RESPIRAÇÃO:			C - CIRCULAÇÃO:		
Sinais de Obstrução:	Estado Atual:	Cianose:	SaPO2:	Pul.Carotídeo	Perf.Sanguin.	FC:

E - NEUROLÓGICO:						
ECG - AO:	RV:	RM:	Soma:	Pupilas:	Plegias/Parestesia:	Membro:
			0			

F - SINAIS VITAIS:					
PA:	TAX:	FR:	Pulso:	Glic.Capilar:	Escala de Dor:

D - ALERGIAS:				I - CLASSIFICAÇÃO:
(Descreva se informado):				

G - MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO:			I - CLASSIFICAÇÃO:
(Descreva se informado):			

H - DESTINO:		(Descreva se necessário):

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALOISIO DA SILVA SOUSA (Prontuário: 381060)**

Endereço: RUA MACHADO DE ASSIS 2293 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 05/08/1988 Idade: 27a:3m:25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 506140

Requisição: 583333 Solicitação: 17/11/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 734520 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 17/11/2015

OMOPLATA OU OMBRO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

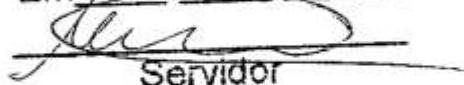
- FRATURA NO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2015

Confere com o original

Em 30/11/2015


Eliane Rodrigues Mendes
 Servidor

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALOISIO DA SILVA SOUSA** (Prontuário: 381060)
 Endereço: RUA MACHADO DE ASSIS 2293 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 05/08/1988 Idade: 27a:3m:25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 506140
 Requisição: 583333 Solicitação: 17/11/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 734519 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Data Exame: 17/11/2015

Cod. SIA: 0204030170

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÉNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.
- FRATURA NO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2015

Confere com o original
 Em 30/11/15
Eliane Rodrigues Mendes
Servidor

ELIANE RODRIGUES MENDES
 CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710
 Profissional Responsável

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ALOISIO DA SILVA SOUSA** (Prontuário: 381060)
 Endereço: RUA MACHADO DE ASSIS 2293 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 05/08/1988 Idade: 27a:3m:25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 506140
 Requisição: 583333 Solicitação: 17/11/2015 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 734518 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 17/11/2015

PELVE SIMPLES

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTES ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO – FEMURAIS, SACRO ILÍACAS E SINFESE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

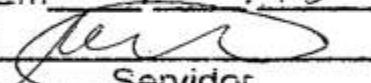
CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2015

Confere com o original

Em 30/11/15



Servidor

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016



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

1. Assumo plena responsabilidade com as despesas médico/hospitalar do paciente internado nesta casa de saúde por ordem médica.
 - 1.1. Todas as despesas, como DIÁRIAS, TAXAS, MÉDICOS, etc.: procurar informar-se no momento da internação, com a TESOURARIA e ou RECEPCIONISTA.
 - 1.2. A quitação da 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.
 - 1.3. A liberação do PACIENTE está condicionada a quitação do débito, junto a tesouraria.
 - 1.4. Pagamento com CHEQUE, na liquidação de sua conta deverão ser feitos com cheques distintos, tanto para o hospital, como para os médicos.
 - 1.5. Cheques fora da praça, só será aceito com apresentação de um documento de identificação e telefone para contatos.
 - 1.6. Todos os pertences dentro do Apto/Suite, serão conferidos. Qualquer dano material será debitado nas despesas do usuário.
 - 1.7. A Clinica não se responsabilizará por quaisquer objetos e valores desaparecidos ou extraviados em suas dependências.
2. Pacientes de convênios com direito a enfermaria que optarem por apto ou suite pagará uma diferença de diária e também uma complementação sobre honorários médicos, de acordo com tabela da AMB.
 - 2.1. As internações de URGÊNCIA/EMERGÊNCIAS que não forem autorizadas pelo convênio serão pagas pelo assistido ou seu responsável.
 - 2.2. MEDICAMENTOS que não forem pagos pelo CONVÊNIO, serão pagos pelo PACIENTE.
 - 2.3. Paciente particular e P.econômico, o depósito cobrirá somente a quantidade de dias estabelecida na permanência citada e se houver complicações pós-cirurgia, o Paciente pagará as diárias, medicações e exames se necessários.
3. Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e o anestésico.
4. No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, estas serão tomadas pela Clinica de acordo com as normas legais.

CIENTE DAS MEDIDAS, declaro para os fins que aceito.

Teresina(PI) 17 de Novembro de 2015

Albino Rodrigues de Souza
Ass. Legível do Responsável

CPF: _____

RG: _____

END.: _____

CONFIRA COM O ORIGINAL
Cláudio de B. Vitor Nilo
Médico Administrativo
CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA



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

Front.: 0016797 Adm: 17/11/2015 Hr: 13:58
ALOISIO DA SILVA SOUSA
Cv: PLANTA Mt: 40100504
Med: DR MILTON BATISTA Usu: HSA
Dt. Nasc: 05/08/1988 DPF: 04052763386

BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Diag. Provisório:

Diag. Principal:

Causa Mortis:

Histó. patológico:

HISTÓRIA CLÍNICA

Tratamento TIPO:

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nenhum | <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Cirúrgico | <input type="checkbox"/> Médico-Cirúrgico/Eficácia |
| <input type="checkbox"/> Eficaz | <input type="checkbox"/> Ineficaz | <input type="checkbox"/> Prejudicial | <input type="checkbox"/> Não avaliado |

SAÍDA:

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Curado | <input type="checkbox"/> Melhorado | <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> A pedido |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|

Decisão Médica

Evasão Data: _____ / _____ / _____

Horas: _____

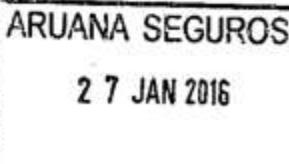
TRANSFERÊNCIA:

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tisiologia | <input type="checkbox"/> Psiquiatria | <input type="checkbox"/> Outros |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|

CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA

Clarimundo de Britto Veras Neto
Dir. Administrativo

Visto do Diretor do Hospital



CONFIRME COM O ORIGINAL
Clarimundo de B. Veras Neto
Dir. Administrativo
CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA



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

1. Assumo plena responsabilidade com as despesas médico/hospitalar do paciente internado nesta casa de saúde por ordem médica.
 - 1.1. Todas as despesas, como DIÁRIAS, TAXAS, MÉDICOS, etc.: procurar informar-se no momento da internação, com a TESOURARIA e ou RECEPCIONISTA.
 - 1.2. A quitação da 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.
 - 1.3. A liberação do PACIENTE está condicionada a quitação do débito, junto a tesouraria.
 - 1.4. Pagamento com CHEQUE, na liquidação de sua conta deverão ser feitos com cheques distintos, tanto para o hospital, como para os médicos.
 - 1.5. Cheques fora da praça, só será aceito com apresentação de um documento de identificação e telefone para contatos.
 - 1.6. Todos os pertences dentro do Apto/Suite, serão conteridos. Qualquer dano material será debitado nas despesas do usuário.
 - 1.7. A Clínica não se responsabilizará por quaisquer objetos e valores desaparecidos ou extraviados em suas dependências.
2. Pacientes de convênios com direito a enfermaria que optarem por apto ou suite pagará uma diferença de diária e também uma complementação sobre honorários médicos, de acordo com tabela da AMB.
 - 2.1. As internações de URGÊNCIA/EMERGÊNCIAS que não forem autorizadas pelo convênio serão pagas pelo assistido ou seu responsável.
 - 2.2. MEDICAMENTOS que não forem pagos pelo CONVÉNIO, serão pagos pelo PACIENTE.
 - 2.3. Paciente particular e P.econômico, o depósito cobrirá somente a quantidade de dias estabelecida na permanência citada e se houver complicações pós-cirurgia, o Paciente pagará as diárias, medicações e exames se necessários.
3. Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirúrgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirúrgico e o anestésico.
4. No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, estas serão tomadas pela Clínica de acordo com as normas legais.

CIENTE DAS MEDIDAS, declaro para os fins que aceito.

Teresina(PI) 17 de Novembro de 2015

Albino Rodrigues de souza
Ass. Legivel do Responsável

CPF: _____

RG: _____

END.: _____

CONFERE COM O ORIGINAL
Clarindo da B. Vargas Melo
Diretor Administrativo
Centro Ortopédico Teresina LTDA



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

Front.: 0018777 Adm: 17/11/2015 Hr: 13:58
ALOISIO DA SILVA SOUSA
Dv: FLAMITA Hr: 40100504
Med: DR MILTON BATISTA Usu: HSA
Dt. Nasc: 05/08/1988 CPF: 04052763386

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

Diagnóstico: *osteoartrite de coxartrose*
 Operação: *Artroscopia e Excisão óssea*
 Cirurgião: *Milton*
 1º Auxiliar: *clercio* 2º Auxiliar:
 Instrumentador(a): *Giraldo* Circulante: *Wentzinho*
 Técnica e Tática Cirúrgica: *Arthroscopia e artroplastia*
Arthroscopia e artroplastia

MÉDICAMENTOS	
Adrenalina.....	2:
Aqua destilada 500ml.....	255:
Aqua destilada 10ml.....	11: 05
Aminofilina.....	18:
Atropina.....	24:
Cefalotina 1g.....	93: 01
Decadron 1mg.....	275: 04
Dimorf 0,2mg.....	51:
Dimorf 1mg.....	52:
Dolantina.....	53:
Dormiro 15mg.....	54: 01
Droperidol.....	190:
Efertil	55:
Fentanil 10ml.....	51:
Fentanil 2ml.....	62: 04
Gentamicina 80mg.....	77:
Glicose 50%.....	242:
Haloperidol.....	85:
Haloizano.....	86:
Heparina sc.....	87:
Ketalar.....	193:
Narcan.....	244:
Neocaina 0,5% c/ad.....	115:
Neocaina 0,5% isobárica 117:	
Neocaina 0,5% pesada.....	115:
Neocaina 0,5 % s/ad.....	116:
Neomicina pom.....	119:
Novogaina amp.....	121: 02
Pancuron.....	274:
Plaxil.....	130:
Propofol 10mg.....	272:
Prostigmine.....	200:
Quelicin.....	301:
Revivan.....	202:
Ringer lactado 500ml.....	134:
Scluortef 500mg.....	153:
Soro fisiol. 1000ml.....	164:
Soro fisiol. 500ml.....	165: 04
Soro glico. 500ml.....	166:
Thiopental 1g.....	1:
Tilatil 20mg.....	173: 01
Tracur.....	273:
Volum amp.....	46:
Vaseline tb.....	180:
Xilestesin gel.....	182:
Xilocaina 2% c/ad.....	183:
Xilocaina 2% s/ad.....	184:
Zolfran amp.....	185: 01
<i>Brachialgia com o KOPIK ST-Wegman</i>	

MÉDICAMENTOS	
Aqua oxigenada.....	13:
Aqua desc.....	06: 06
Aqua peridral 18 G.....	7:
Aquia ruga 25 G.....	CONFERE CÓM. O ORIGINAL
Aquia ruga 28 G.....	14:
Aquia ruga 37 G. <i>Clarindo de Brito Neto</i> <i>Dir. Administrativo</i>	
Aquia ruga 29 G. <i>Centro Ortopédico Teresina LTDA</i>	
Alcool 70%.....	15:
Álcool isopropanólico.....	258:
Algodão bola.....	265:
Al. Algodão orlop.....	20:
Al. Crepe 10 cm.....	21: 03
Al. Crepe 15 cm.....	22: 04
Al. Crepe 20 cm.....	19:
Al. Gessato 20 cm.....	23:
Borracha iátex.....	264:
Cateter intravenoso.....	285:
Cateter peritoneal.....	289:
Coletor de urina.....	36:
Compressa G.....	39: 30
Compressa P.....	38: 24
Dreno penrose.....	280:
Equipô macrogola.....	191: 05
Equipô sangue.....	192:
Espadrapo.....	56:
Êter.....	58:
Formol.....	78:
Gases S.O.....	40: 120
Gasco.....	80: 01
Gorro descartável.....	253:
Iodo a 2%.....	83:
Lamina bisturi.....	194: 02
Lixa procedimento.....	95:
Lixa 7,5/8,0.....	85: 15
Massetas desc.....	198:
Micropore 12,5mm.....	71: 04
Micropore 25mm.....	72:
Plexifix G 24.....	270:
Polofix 2 Vias.....	189: 01
Pupi degermante.....	131:
Pupi tóxico.....	132:
Scalp.....	142:
Seringa 1 ml.....	148:
Seringa 10 ml.....	150: 03
Seringa 20 ml.....	151: 03
Seringa 5 ml.....	149: 03
Sonda foley.....	156:
Sonda uretral.....	160:
Vaseline líquida.....	179:

FIOS	
Monocril 1/0/180H.....	106: 01
Monocril 1/0/20H.....	107:
Mononylon 1ccoln4-0/1111.....	111:
Mononylon 2-0/ 1215.....	108:
Mononylon 3-0/1163.....	109:
Mononylon 4-0/1129.....	110: 03
Mononylon 5-0/14501.....	112:
Mononylon 6-0/14500.....	113:
Horcal 10/SP4457.....	282:
Polyjet 2-0/SP4457.....	283: 04 UNI
Polyjet 3-0/SP4437.....	284:
Proleve 10/SP4447.....	285: 100 cm
Vicryl 1/0/517H.....	179:
Vicryl 2/0/517H.....	278: 91 6CG = 00 UNI

Data: ____ / ____ / ____

Cirurgião - CRM: _____

Milton Castello B. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2024 PI

Dr. Clarindo de Brito A. Neto
CRM 03931
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

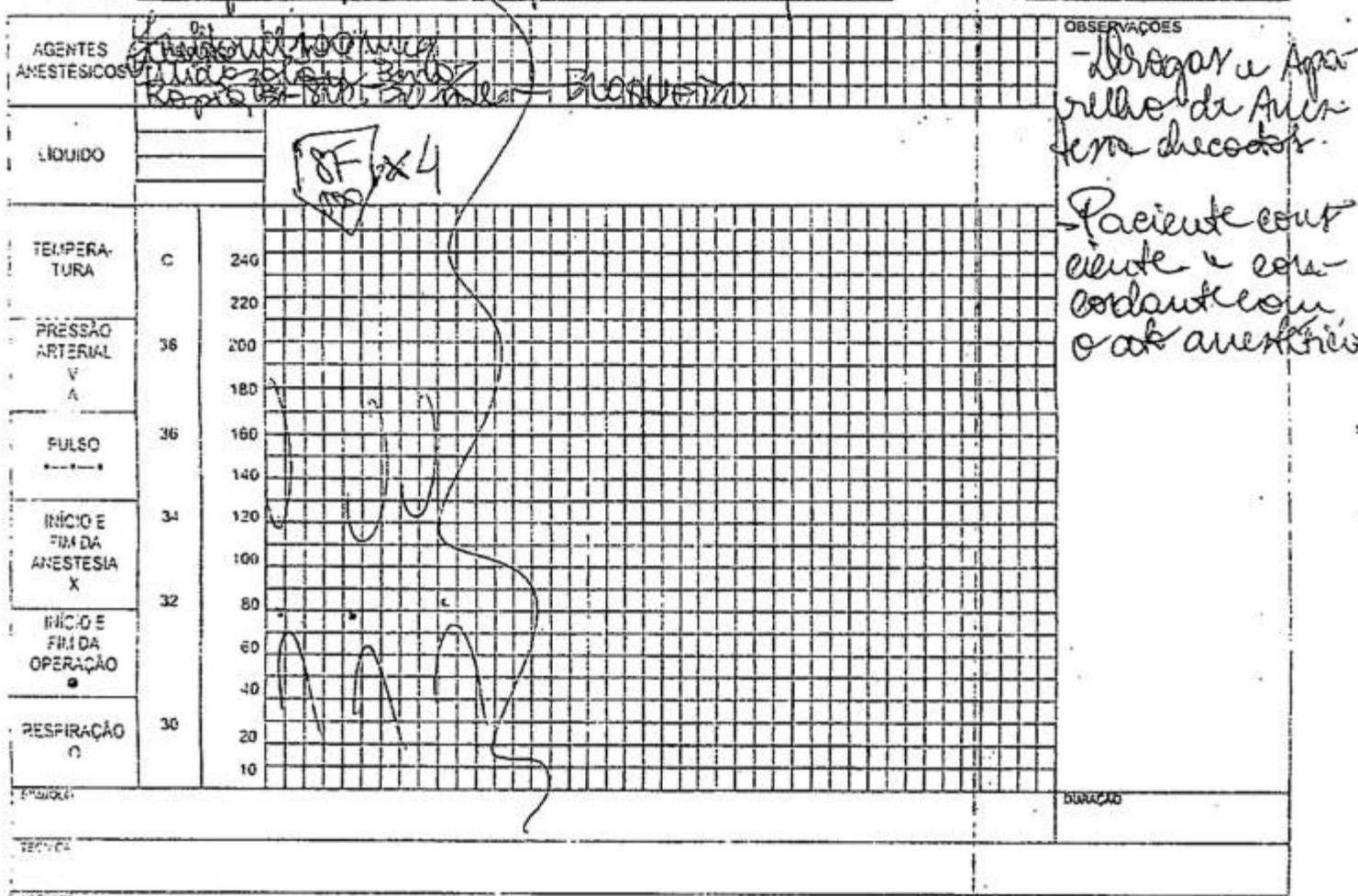
ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016

Anestesia:

Bisguesse Plano Brachial + Cobertura

Risco(ASA): I.



ESTERILIZADA:

FRATURA DE ELA VÉVULA

LIQUIDOS	PAC. TRANSFUNDIDO	OXIGENIO/h	PROTO. DE AZOTO/h	AR COMPRIMIDO/h
SF 0.9% : 200 ml	GS _____ RH _____	Início: _____	Início: _____	Início: _____
SG 5% : _____ ml	Conc. Hem: _____ ml unid	Térn.: _____	Térn.: _____	Térn.: _____
_____ ml	_____ ml unid	Durac: 30 min	Durac: _____	Durac: _____
TOTAL: 1000 ml	_____ ml unid	l/min	l/min	l/min

EQUIPAMENTOS

Bisturi: () elétrico () bipolar	Intensificador de imagem ()	Garrote pneumático
Serra elétrica: () osso () gesso	Aparelho artroscópico ()	Oxímetro
Perfurador: () elétrico () bateria	Desfibrilador: ()	Lipodispersor ()
Raio X na sala ()	Aspirador ()	Fibra ótica ()
Monitor cardíaco: ()	Lupa cirúrgica ()	PNE ()

MATERIAIS E PRÓTESES

Clips de Kugelber: _____	unid	Parafuso cortical nº: P	Quantidade: G	Clips de Kugelber: _____	Vrms Neto: _____
Fio Kugelber: 05	unid	Parafuso molarizo nº: P	Quantidade: G	Prótese: _____	dose: _____
Fio Steinmann: _____	unid	Parafuso esponjoso nº: P	Quantidade: G	Acetáculo: _____	
Fio varazze: _____	unid	Parafuso interf. Tissão nº: P	Quantidade: G	Haste Kugelber: _____	
Fio seccagem: _____	unid	Parafuso de Blout: _____	Quantidade: _____	Fixador externo: _____	
Fio guta + furoz: _____	unid				
Grampos de Blout: _____	unid				
Placa n.º: _____					

CONFIRME COM O ORIGINAL

Clarindo de B. Vargas Neto
Dirutor AdministrativoCirurgião do B. Vargas Neto
Dirutor Administrativo

Data: 17/11/15

Anestesista - CRM:



Centro Ortopédico Terosina Ltda.
CNPJ 07.224.108/0001-07 - Fone (86) 3222 6900
AV. Miguel Rosa, 3360/Sul CEP 64.001-490

Pront: 0018797 - ALOISIO DA SILVA SOUSA
Adm: 17/11/2015 13:58 PLAMTA
Dt. Presc. 17/11/2015 ás 14:43 por SMC

Opus 1
1

~~CONFERE COM O ORIGINAL~~

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016





Centro Ortopédico Teresina Ltda.
CNPJ 07.224.108/0001-07 - Fone (86) 3221 6900
AV. Miguel Rosa, 3360/Sul CEP 64.001-490

Pront: 0018797 - ALOISIO DA SILVA SOUSA
Adm: 17/11/2015 13:58 PLAMTA
Dt.Presc. 18/11/2015 ás 07:00 por AAD

ARUANA SEGUROS
27 JAN 2016

O

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. RECUPERAÇÃO CIRURGIA retardada, relacionado[] falta complexidade na cirurgia ortopédica [compliqueções]	
2. DOR: [Aguda, relacionada a agentes lesivos(químicos, físicos, biológicos e psicológicos) [Côlica, relacionada a incapacidade física e psicossocial crônica. [Deficiência motor [inconsciência]	
3. MOBILIDADE Física Prejudicada alterada por[] [fratura luxação] [Edema] [Pós-operatório] [Asma] [Deficiet motor [inconsciencia]	
4. - Padrão de SONO perturbado relacionado[] [iluminação] [falta de ar] [Dor] [Banho] [Dor] [Ansiedad] [Falta de privacidade]	
5. RETENÇÃO urinária relacionado por[] [Bloqueio] [Inibição do arco reflexo]	
6. Padrão RESPIRATORIO ineficaz relacionado por[] [Hipovenilatão] [hipoventilação] [Déformidade ossos] [Déformidade da parede do tórax] [Dor]	
7. PERFUSÃO TISSULAR periférica ineficaz relacionado por[] [Hipopolemia] [Hiperolemia] [Hipervenilação] [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[] [Problema [Inflamação óssea] [Inflamação circulação alterada] [Imobilização física]	
10. NAUSEA evidenciado por[] [Medicamentos] [Agentes anestésicos] [POI]	
11. DÉAMBULAÇÃO prejudicada, evidenciado por[] [Dor] [Imobilidade] [Tipo de cirurgia realizado]	
12. ANSIEDADE, evidenciado por[] [Ansiedad] [Ansiedad de mulfarca no esfalto de saúde]	
13. Risco do sínfome do DESUSO, relacionado[] [Dor intenso] [Imobilização] [Paralisia] [Nível de consciência alterado]	
14. Risco de QUEDAS, relacionado[] [uso de cadeiras de rodas] > de 60anos [uso do aparelho de auxilio [Condições pós-operatórias]	
15. Risco de INFECÇÃO, relacionado[] [Procedimento invasivo] [Trauma] [Exposição ambiental] [Cirurgia aumentada] [Desinfecção de tecidos]	
16. Risco de desequilíbrio na TEMPERATURA corporal evidenciado por[] [Hipotermia] [Hipertermia]	
17. Risco da CONSTIPAÇÃO, evidenciado por[] [Mudança recente de ambiente] [Depressão] [Mudança nos hábitos habituais de alimentação]	
18.Risco de LESÃO, relacionado[] [Pele lesada] [Imobilidade alterada] [Perfil sanguíneo anormal] [Edema] [Desorientação] [Imobilização]	
19.	 Ana Paula Mello Enfermagem COREN-PR 104.113
20.	
21.	



Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
Fundação Hospitalar de Teresina



RECEITUÁRIO

USO EXCLUSIVO NA
REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série

Série A - N° 714128

Nome do paciente

Número de Prontuário

Endereço

Bairro

Carimbo da Unidade de Saúde
17.577.205/0014-51
CENTRO INGRESSO DE SAÚDE "LINEU WAGÃO"
Av. Marginal São Filho, nº 152 Centro
CEP: 64001-350
Teresina - PI

retofogo médico
 O paciente Aloisio da Silva
 Soares, vítima de acidente de trânsito, foi transferido
 para o HN em 17.11.18, ficou sozinho desde trouxe
 para o seu lar direito, onde descolou e que
 fura lateral da clavícula direita, feito
 realizado o exame cirúrgico, com o uso de
 placas parafusos & fios metálicos, acompanhado
 de fluoroscopia, neste fonte dores e d'au-
 tota das articulações como sequelas, feito
 oale compromissário funeral de
 75%.

Data
23.03.16

Dr. Edimar Machado da Silva
Cl. Geral e Cirurgia Geral
CRM: 1561-PI - CRM: 2850-PI
988339923952-19878827-3735

Carimbo e assinatura do(a) profissional

ARUANA SEGUROS S/A

02 MAI 2016

DOCUMENTO 5 "T5%"



ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016

DOCUMENTO 3



REGISTRO	117	3-669.105	DATA DE EXPEDICAO	10/12/12
TIPO	GERAL	NOVA PAULINA DA SILVA		
		STILVANA MARIA LIMA PAULINO DA SILVA FERANCISCO RODRIGO SANTOS TERESA NAPOLITANO GERTY VASCO HERESINAPOLITANO		
		105 177 703 577		
EXCELENTE CONDIÇÃO DE PRESERVAÇÃO DO DOCUMENTO				



UANA SEGUROS

27 JAN 2016

10

SEGURAROBIA LÍDER - PRIVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04
www.agenciaadvalorem.com.br

DOCUMENTS 6 "T6%"

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160070867 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALOISIO DA SILVA SOUSA **Data do acidente:** 17/11/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EM CLAVICULA DIREITA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

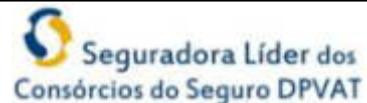
Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160070867

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALOISIO DA SILVA SOUSA

Data do acidente: 17/11/2015

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA TERCO DISTAL DA CLAVICULAR DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM OMBRO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO IMPORTANTE NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS METÁLICOS.

Complicações: VIDE ACIMA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/05/2016

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO GRAVE DO OMBRO DIREITO.

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

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

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico: