

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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



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 início 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 nº: 8732260

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.: 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 nº: 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 início 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 nº: 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 médico pericial: APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA, DIMINUIÇÃO INTENSA DA AMPLITUDE FUNCIONAL E HIPOTROFIA DO OMBRO 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:





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

ainda que esses sejam produtos
indenização no banco.
EU, Blairio da Silva Sousa
2744395

Indenização no banco.
EU, Alcino da Silva Sousa EM / / E
PORTADORA(A) DO RG Nº 2744395 EXPEDIDO POR SSP-PI, PROFISSÃO
CPF Nº 000000000-00 / CNPJ 000000000-00 REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

CNPJ 040527633-86 / CNPJ [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [], PROFISSIONAL
E RENDA MENSAL DE RS (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Alcino da Silva Souza, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO CONCORDANDO 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: - SACATINHO, PENSÃO, 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 ITAU 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 do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0855 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 112314-0

Nº do BANCO 104 N.º da AGENCIA (com digito) 0000

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 03 de janeiro de 2016 X Almir da Silva Sousa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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?

(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 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)?

(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 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro - Lado Direito

% 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

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

() Total = "100% da IS"

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

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


Dr. Lucas Lopes Rego
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 ELEVACÃO 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?

(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 ACIDENTE AUTOMOBILISTICO EM NOV-2015 LEVANDO A FRATURA DE CLAVICULA DIREITA, SENDO
REALIZADO TRATAMENTO 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)?

(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.

**LIMITACAO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO COM DOR EM OMBRO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA
ELEVACÃO 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”

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() “Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Sem sequela permanente”

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro - Lado Direito

% 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

Região Corporal (Sequela):

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

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

() Total = “100% da IS”

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

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

Frederico F. Oliveira
Frederico F. Oliveira
Cardiologia/Clin. Médica
CRM - PI 5958



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

654 v. 1.0

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

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

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Bairro
USINA SANTANA

Município
TERESINA

Ponto de Referência

Endereço
POV. FORMOSA, Nº:
Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

Nome: ALOISIO DA SILVA SOUSA
RG: 2744395SSPPI
Mãe: DALSIRA 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

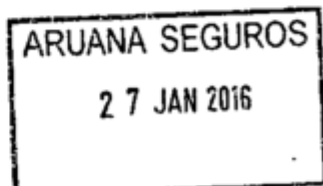
Natureza(s) da Ocorrência
1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

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 Sousa

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 Benedictinos

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 prazos 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 **invalidez 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 9º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia, não significa previa 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 Sousa

ASSINATURA: COMO NO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016



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

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº. do chamado 2733	02 Data do chamado 17.1.14	03 PRO (código) 2002	04 Saída do PA 7 B16	05 Chegada ao local 7 1513
	06 Saída do local 8:10	07 Chegada ao 1º. hospital 8:13	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Viana Santana				
	11 Bairro	12 Município-UF		Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome Alairio da Silva Sousa			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	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima 2 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado		20 Meio de locomoção 3 1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 6 - Outro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 4 - Bicicleta		21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 5 - Objeto fixo 2 - Motocicleta 6 - Animal 3 - Ônibus/Micro-ônibus 7 - Outra 4 - Bicicleta 9 - Ignorado
	22 Equipamentos de segurança 1 - Capacete 2 - Cinturão de segurança 3 - Assento para criança				
Exame Físico	23 Glasgow = 15 1 - Nenhuma 2 - À dor 3 - À voz 4 - Espontânea 5 - Orientada 6 - Obedece a comandos 7 - Localiza dor 8 - Movimento de retirada 9 - Nenhuma 10 - Extensão anormal 11 - Nenhum		24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX. SatO2		25 Local da lesão
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais		27 Pulso Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		
	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		29 Dor 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
	ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 Moderada 3 Intensa 4 5 6 7 8 9 10				
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	1 - Aspiração 2 - Prancha longa/curta 3 - Imobilização de extremidades 4 - Acesso Venoso 5 - Medicamentos a) b) c) 6 - Oxigênio 7 - Calor cervical 8 - Reanimação cardiopulmonar 9 - Assistência obstétrica				
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino				
	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado 34 Óbito 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito				
Observações Interdisciplinar	Pte. vítima de acidente de trânsito, d. possível fratura clavícula direita + luxação de ombro direito + escarificações				
	DOCUMENTO 3 "T3%" CONFERE COM O ORIGINAL Maria Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU ARUANA SEGUROS 7 7 JAN 2016				
Responsável pela recepção		Soboristas Médico AE/TE		Enfermeiro Condutor	

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	<u> </u>
Apto / Complemento	<u>rua</u>
Bairro	<u>Prejudicado</u>
Cidade	<u>Benedictinos</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u> </u>
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

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 05.340.740/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime especial de impostos autorizado pela SETA 06/08

Nº da Nota Fiscal 000523034

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2015	23/12/2015	125	93,43

ALBINO RODRIGUES DE SOUSA
LC BURITI ALEGRE S/N 3-RURAL
CPF: 0005209602300
CEP: 64.380-000 - BENEDITINOS

ROT: 110.053.10.82.226400

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	4971	Atual:	16/12/2015
Anterior:	4846	Anterior:	16/11/2015
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	15/01/2016
Consumo Medido:	125	Emissor:	16/12/2015
Consumo Faturado:	125	Apresentação:	16/12/2015

NORMAL	30
--------	----

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fel.	Média 12 meses
------------------	---------	----------------	-------	-------------	----------------

RESIDENCIAL	MONO	A1371543		1.1.1.1	107
-------------	------	----------	--	---------	-----

HISTÓRICO (KWH)	DESCRIÇÃO DA CONTA	Valor
NOV/15 120	CONSUMO 125 A R\$ 0,616827 m	32,10
OUT/15 111	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	9,09
SET/15 120	CORRECAO MONETARIA IG 11/15-10	0,43
AGO/15 98	MULTA POR ATRASO 11/15-00	1,58
JUL/15 112	JUROS DE MORA DE IMPO 11/15-10	0,23
JUN/15 105	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA 5,62	
MAI/15 108		
ABR/15 91		
MAR/15 108		
FEV/15 155		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 125 - 0,494370

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
A COBRANÇA DO SERVIÇO DE TERCEIRO INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER
CANCELADA, A QUALQUER TEMPO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO:
LIGUE 0800-086-0860. E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1-9-10-15-20-25.
Parabéns! Até o dia 07/12/2015, não constataros faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO EC4D.E6A8.8600.7847.DE7A.B0A0.11F5.9B4D

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	20,71	Base de Cálculo:	82,10
Energia:	30,50	Alíquota ICMS:	20,00%
Transmissão:	2,81	Valor do ICMS:	16,42
Encargos:	6,59	Valor do PIS:	0,90
Tributos:	21,49	Valor do COFINS:	4,17

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,27	14,53	29,06	3,80	7,60	15,20	4,14
0,00			0,00			0,00

ALTOS 0/2015 26,52

ROT: 110.053.10.82.226400

NET
O MUNDO EM DOS NETS

DOCUMENTO 1 "T1%"



CTCE FORTALEZA CE PL6
RAYLANE PAULINO DA SILVA
R STA LUZIA 3321
CENTRO
TERESINA - PI
64001-400



01 - 50145602 - PED082

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.

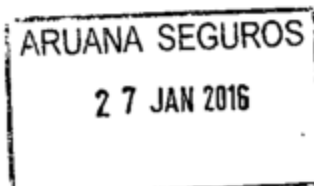
Pelo exposto, eu Raylane Paulino da Silva, portador(a) do RG nº 3.669.105, expedido por SSP - PI, em ___/___/___, CPF/CNPJ nº 066.127.703-58,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Aloisio da Silva Sousa do sinistro de DPVAT da natureza Imobilidade da vítima Aloisio da Silva Sousa, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou-se Renda Mensal: R\$ Recusou-se

Documentos comprobatórios: Rg e CPF

x Raylane Paulino da Silva.
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DOCUMENTO 4 "T400"



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

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



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



Imp: 30/12/2015 10:57:33

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ALOISIO DA SILVA SOUSA		Prontuário: 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: PRETISTA		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 30/12/15

Servidor

A - VAS:

Sinais de Obstrução:

B - RESPIRAÇÃO:

Estado Atual:

Cianose:

SaPO2:

C - CIRCULAÇÃO:

Pul.Carotideo

Perf.Sanguí.: FC:

E - NEUROLÓGICO:

BCG - AO:

RV:

RM:

Soma:

0

Pupilas:

Plegias/Parestesia:

Membro:

F - SINAIS VITAIS:

PA:

TAX:

PR:

Pulso:

Glic.Capilar:

Escala de Dor:

D - ALERGIAS:

(Descreva se informado):

G - MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO:

(Descreva se informado):

I - CLASSIFICAÇÃO:

H - DESTINO:

(Descreva se necessário):

ARIANA SEGUROS

Carimbo/Assinatura Profissional

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: 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:

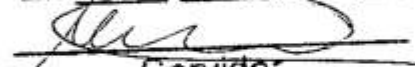
- FRATURA NO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA DIREITA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2015

Confere com o original

Em 30/12/15


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: S U S

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 COSTOFRÊNICOS 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 30/12/15

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

Pag: 1 de 1

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: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 17/11/2015

PELVE SIMPLES

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

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

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

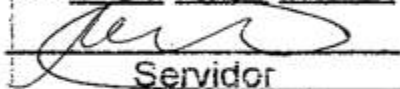
CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/11/2015

Confere com o original

Em 30/12/15


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 TESOUREIRA 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 Clínica não se responsabilizará por quaisquer objetos e valores desaparecidos ou extraviados em suas dependências.
2. Pacientes de convênios com direito a enfermagem 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 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 Sousa
Ass. Legível do Responsável

CPF: _____

RG: _____

END.: _____

CONFERE COM O ORIGINAL
Clínico de B. Vera Nôto
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.: 0018797 Adm: 17/11/2015 Hr: 13:58
ALDISIO DA SILVA SOUSA
Cv: PLATTA Mt: 40100504
Med: DR MILTON BATISTA Usu: HSA
Dt. Nasc: 05/08/1968 OFF: 04032763386

BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Diag. Provisório: _____

Diag. Principal: ht claud

Causa Mortis: _____

Histo patológico: _____

HISTÓRIA CLÍNICA

Tratamento TIPO:

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

SAÍDA:

() Curado () Melhorado () Inalterado () A pedido
() Decisão Médica () Evasão Data: ____/____/____ Hora: ____

TRANSFERÊNCIA:

() Fisioterapia () Psiquiatria () Outros

CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA

Cláudio de Brito Veras Neto
Dir. Administrativo

Visão do Diretor do Hospital

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016

CONFERE COM O ORIGINAL
Cláudio de Brito Veras Neto
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

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 TESOUREIRA 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 Clínica não se responsabilizará por quaisquer objetos e valores desaparecidos ou extraviados em suas dependências.
 2. Pacientes de convênios com direito a enfermagem 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 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 Sousa
Ass. Legível do Responsável

CPF: _____

RG: _____

END.: _____

CONFERE COM O ORIGINAL
Clarindo de B. Veras Neto
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.: 0016777 Adm: 17/11/2015 Hr: 13:58
ALOISIO DA SILVA SOUSA
Ov: FLAMTA Mt: 40100504
Med: DR MILTON BATISTA Usu: HSA
Dt. Nasc: 05/08/1988 OFF: 04052763386

BOLETIM DE CIRURGIA E ANESTESIA

Diagnóstico: fratura de fêmur
Operação: fixação com placa e parafusos
Cirurgião: Milton
1º Auxiliar: Cherise 2º Auxiliar: Adriano
Instrumentador(a): Givaldo Circulante: Adriano
Técnica e Tática Cirúrgica: Ar. sup. pela art. cr.
Ar. Ret. de fix. com placa e parafusos
Ar. de fix. com placa e parafusos

MEDICAMENTOS

Adrenalina..... 2:	Haloperidol..... 85:	Ringer lactado 500ml..... 134:
Água destilada 500ml..... 258:	Holothano..... 86:	Solucoctel 500mg..... 153:
Água destilada 10ml..... 11:	Heparina sc..... 87:	Soro fisiol. 1000ml..... 164:
Aminofilina..... 18:	Ketalar..... 193:	Soro fisiol. 500ml..... 165:
Arcofina..... 24:	Narcan..... 244:	Soro glicol. 500ml..... 166:
Cafalotina 1g..... 93:	Neocaina 0.5% c/dad..... 115:	Thiopental 1g..... 1:
Decadron 4mg..... 275:	Neocaina 0.5 % isobárica..... 117:	Tilatil 20mg..... 173:
Dumorf 0.2mg..... 51:	Neocaina 0.5 % pesada..... 118:	Tracur..... 273:
Dumorf 1mg..... 52:	Neocaina 0.5 % s/dad..... 116:	Valium amp..... 46:
Dolantina..... 53:	Neomicina pom..... 119:	Vaselina to..... 180:
Dormino 15mg..... 54:	Movalgina amp..... 121:	Xilestesin gel..... 182:
Droperidol..... 190:	Pancuron..... 274:	Xilocaína 2% c/dad..... 163:
Eforil..... 55:	Plasil..... 130:	Xilocaína 2% s/dad..... 184:
Fentanil 10ml..... 51:	Propofol 10mg..... 272:	Zolfran amp..... 185:
Fentanil 2ml..... 52:	Prostigmina..... 200:	
Gentamicina 80mg..... 77:	Quelicin..... 201:	
Glicose 50%..... 242:	Revivan..... 202:	

MEDICAMENTOS

Água oxigenada..... 13:	Coletor de urina..... 38:	Micropore 25mm..... 72:
Agulha desc..... 06:	Compressa G..... 39:	Praxifex G 24..... 270:
Agulha peridural 18 G..... 7:	Compressa P..... 38:	Polifix 2 vass..... 199:
Agulha raque 25 G..... 14:	Dreno penrose..... 290:	Pvpi degermante..... 131:
Agulha raque 26 G..... 14:	Equip. macrogola..... 191:	Pvpi tóxico..... 132:
Agulha raque 27 G..... 14:	Equip. sangue..... 192:	Scalp..... 142:
Agulha raque 29 G..... 14:	Esparadrão..... 56:	Seringa 1 ml..... 148:
Alcool 70%..... 15:	Éter..... 58:	Seringa 10 ml..... 150:
Alcool iodado..... 258:	Formol..... 76:	Seringa 20 ml..... 151:
Algodão bola..... 265:	Gases S.O..... 40:	Seringa 5 ml..... 149:
Al. Algodão orlop..... 20:	Geico..... 80:	Sonda Foley..... 156:
Al. Crepe 10 cm..... 21:	Gorro descartavel..... 268:	Sonda uretral..... 150:
Al. Crepe 15 cm..... 22:	Iodo a 2%..... 33:	Vaselina liquida..... 179:
Al. Crepe 20 cm..... 19:	Lamina bisturi..... 194:	
Al. Gessina 20 cm..... 23:	Lixa procedimento..... 93:	
Borracha látex..... 264:	Lixas 7,5/8,0..... 95:	
Cateter intravenoso..... 285:	Massas de desc..... 198:	
Cateter pendular..... 289:	Micropore 12.5mm..... 71:	

FIOS

Cera Ossa IW310I..... 157:	Monofil /3/938H..... 105:	Polycol /0/SPA45T..... 282:
Cromador/G02T..... 280:	Monofil /4/1428H..... 107:	Polycol /2/SPA45T..... 283:
Cromador/G03T..... 279:	Monofil nylon incolord /4/1111..... 111:	Polycol /3/SPA43T..... 284:
Darnebond..... 283:	Monofil nylon /2-0/ 1215..... 108:	Profil /0/SPA45T..... 285:
Ethibond /2-0/326T..... 59:	Monofil nylon /3-0/1163..... 109:	Vicril /1/SS17H..... 179:
Ethibond /5/14B466I..... 59:	Monofil nylon /4-0/1129..... 110:	Vicril /2/SS17H..... 179:
Monofil /0/9358H..... 104:	Monofil nylon /5-0/14501..... 112:	
Monofil /2/9345H..... 105:	Monofil nylon /6-0/14500..... 113:	

Data: / /

Cirurgião - CRM:

Milton Castelo & Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 2024 PI

Dr. Cláudio de Brito V. Neto
CRM 299 PI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ARJANA SEGUROS
27 JAN 2016

Anestesia: Proprio Pleno Braquial + Kolofor

Risco(ASA): I

AGENTES ANESTÉSICOS		OBSERVAÇÕES	
<u>Proprio Pleno Braquial + Kolofor</u> <u>Rapido 100 ml 100 ml 100 ml</u>		<u>Dr. Proprio e Apar</u> <u>relho de Anes</u> <u>em decodif.</u>	
LÍQUIDO		<u>Paciente com</u> <u>ciente e com</u> <u>condantes em</u> <u>o at anestésico</u>	
TEMPERATURA	C		
PRESSÃO ARTERIAL	36		
PULSO	36		
INÍCIO E FIM DA ANESTESIA	34		
INÍCIO E FIM DA OPERAÇÃO	32		
RESPIRAÇÃO	30		

FRATURA DE CLAVÍCULA (D)

LÍQUIDOS	PAC. TRANSFUNDIDO	OXIGÊNIO/h	PROTO. DE AZOTO/h	AR COMPRIMIDO/h
SF 0.9%: <u>2000</u> ml	GS _____ RH _____	Início: _____	Início: _____	Início: _____
SG 5%: _____ ml	Conc. Hem: _____ ml _____ unid	Tér.: _____	Tér.: _____	Tér.: _____
_____ ml	_____ ml _____ unid	Durac: <u>30 min</u>	Durac: _____	Durac: _____
TOTAL: <u>2000</u> ml	_____ ml _____ unid	_____ l/m	_____ l/m	_____ l/m

EQUIPAMENTOS		
Bisturi: <u>X</u> elétrico () bipolar	Intensificador de imagem ()	Garoto pneumático
Serra elétrica: () osso () gesso	Aparelho artroscópico ()	Oxímetro
Perfurador: <u>X</u> elétrico () bateria	Desfibrilador ()	Lipospiro
Raio X na sala ()	Aspirador ()	Fibra ótica
Monitor cardíaco: <u>X</u>	Lupa cirúrgica ()	<u>PNE</u>

MATERIAIS E PRÓTESES		
Fio de nylon _____ unid	Parafuso cortical nº _____	Cimento ortop: _____
Fio Kirschner: <u>03</u> unid	Quantidade: _____	Prótese: _____
Fio Steinmann: _____ unid	Parafuso maciço nº _____	Acetábulo: _____
Fio varado: _____ unid	Quantidade: _____	Haste Kirschner: _____
Fio seclagem: _____ unid	Parafuso esponjoso nº _____	Fixador externo: _____
Fio guia 4 furos: _____ unid	Quantidade: _____	
Grampos de Blunt: _____ unid	Paraf. Interf. Titânio nº _____	
Placa n.º _____	Quantidade: _____	

Data: 17/11/15

Anestesista - CRM: _____

CONFERE COM O ORIGINAL

Cláudio de B. Viana Neto
Diretor Administrativo
CENTRO ODONTOLÓGICO REGINA MARIA



Centro Ortopédico Teresina Ltda.
CNPJ 07.224.109/0001-07 - 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. 17/11/2015 às 14:43 por SMC

*Emparelhas
Milton*

Prescrição Médica - Evolução Clínica		Horário	Relatório de Enfermagem
1	Dieta livre após RA,		
2	Soro glicosado 5%, 1500ml EV, em 24 hora(s)		
3	Ceftriax 1g + AD, EV, 12/12h	17:30 05.50	
4	Tilatil 20mg + AD, EV, 12/12h		
5	Dipirona 3cc + AD, EV, 6/6h	19:00 01.00	
6	Ranitidina 50mg + AD, EV, 8/8h	19:00 02.00	
7	Tramal 100mg + 100ml SF 0,9%, EV, 8/8h, se dor intensa		
8	Nauseadron 4mg + AD, EV, 8/8h, se vômitos		
9	SSV + CCGG		

Milton Augusto B. Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM 2424 PI

CONFERE COM O ORIGINAL
Clarindo de B. Vaz Neto
Diretor Administrativo
CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA

ARUANA SEGUROS
27 JAN 2016



CENTRO ORTOPÉDICO TERESINA LTDA

Av. Miguel Rêgo, 334 - Jd. Santa Fé - Fone: (06) 3230-7700 - Insc. Est. - PI

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE:

Maria da Glória

DATA: 19/11/85

ADM: 19/11/85

DATA NASC: 14/7/65

DIAGNÓSTICO:

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

MOBILIZAÇÃO: () Sim (X) Não

Sinais vitais

FC (bpm)

FR (mmHg)

PA (mmHg)

GLICEMIA

Valor

Manter membro fraturado fixado corretamente.

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Obs. o anotar sinais fisiológicos em tórax e venozus.

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Obs. e anotar sinais de hipotermia ou lesões pele.

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

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

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Obs. o anotar sangramento em FO

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Obs. o anotar sangramento em FO

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Estimular higiene oral e observar mucosa oral.

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Obs. / anotar aceitação da dieta.

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar curativo na FO () 1x/dia () 2x/dia.

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar e anotar sinais vitais de 6/8hs.

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar e anotar sinais vitais de 6/8hs.

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Medir e anotar débito: () Urina () SVD () SNG/SNE

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Verificar e anotar presença do museu e ventos.

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar mudança de decúbito a/4hs

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar banho: () Espansão com auxílio () no leito

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar banho: () Espansão com auxílio () no leito

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar banho: () Espansão com auxílio () no leito

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar banho: () Espansão com auxílio () no leito

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar banho: () Espansão com auxílio () no leito

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar banho: () Espansão com auxílio () no leito

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar banho: () Espansão com auxílio () no leito

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar banho: () Espansão com auxílio () no leito

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar banho: () Espansão com auxílio () no leito

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar banho: () Espansão com auxílio () no leito

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar banho: () Espansão com auxílio () no leito

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar banho: () Espansão com auxílio () no leito

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar banho: () Espansão com auxílio () no leito

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar banho: () Espansão com auxílio () no leito

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar banho: () Espansão com auxílio () no leito

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35

20:00

21:00

(X) Realizar banho: () Espansão com auxílio () no leito

10:00

() Tipo () Luva () Alvo-palmar () Bolso () MLC () Trilho () Melpur () T/A () PC () Anti-rotatório () Correr cervical

Horário

12

18

19:35



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 às 07:00 por AAD

Prescrição Médica - Evolução Clínica	Horário	Relatório de Enfermagem
1 Realizar troca de curativo.	OK	
2 Retirar hidratação venosa.		
3 Alta Hospitalar.		
<p>Milton Castela B. D-Filho Ortopedia e Traumatologia CRM 2024 PI</p>		

CONFERE COM O ORIGINAL

Carla Regina B. Vitorino Neto

Coordenadora de Enfermagem

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA relacionada, relacionado: [] alta complexidade da cirurgia ortopédica [] complicação []	
2. DOR: [] aguda, relacionada a agentes lesivos (químicos, físicos, biológicos e psicológicos) [] crônica, relacionada a incapacidade física e psicossociocrônica.	
3. MOBILIDADE Física prejudicada alterada por: [] fratura/luxação [] edema [] pós-operatório [] asplasia [] déficit motor [] inconsciência []	
4. Padrão de SONO perturbado relacionado: [] iluminação [] falta de ar [] dor [] barulho [] dor [] ansiedade [] falta de privacidade []	
5. RETENÇÃO urinária relacionado por: [] bloqueio [] imitação 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: [] hipovolêmia [] hipervolêmia [] hiperventilação [] interrupção do fluxo arterial []	
8. NUTRIÇÃO desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionados por: [] incapacidade de ingerir e absorver alimentos [] valores biológicos e psicológicos []	
9. INTEGRIDADE DA PELE prejudicada, relacionado por: [] proeminência óssea [] umidade [] circulação alterada [] imobilização física []	
10. NAUSEA evidenciado por: [] medicamentos [] agentes anestésicos [] POI []	
11. DEMANDULAÇÃO prejudicada, evidenciado por: [] dor [] imobilidade [] tipo de cirurgia realizado.	
12. ANSIEDADE, evidenciado por: [] stress [] ameaça 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 60 anos [] uso de aparelho de auxílio [] condições pós-operatórias []	
15. Risco de INFECÇÃO, relacionado: [] procedimento invasivo [] trauma [] exposição ambiental [] cirurgia aumentada [] destruição de tecidos []	
16. Risco de desequilíbrio na TEMPERATURA corporal evidenciado por: [] hipertermia [] hipotermia	
17. Risco de CONSTIPAÇÃO, evidenciado por: [] mudança recente de ambiente [] depressão	
18. Mudança nos padrões habituais de alimentação []	
18. Risco de LESÃO, relacionado: [] pele lesada [] imobilidade alterada [] perfúrio sanguíneo anormal [] edema [] desorientação [] imobilização []	
19.	
20.	
21.	

Assinado por: *[Assinatura]*
 Enfermeiro
 COREN-PI 101.118

CONFERE COM O ORIGINAL
 Chegado de S. Viana Neto
 Diretor Administrativo
 Hospital de Referência

DOCUMENTO 1 *T1%*



Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
 Fundação Hospitalar de Teresina



RECEITUÁRIO
 USO EXCLUSIVO NA
 REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série

Série A - Nº 714128

Nome do paciente

Endereço

Cartão da Unidade de Saúde

17.577.205/Q014-51

CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE "LUIZ ARAÚJO"

Rua Magalhães Filho, nº 152 - Centro

CNPJ: 04.001.350

Teresina - PI

Número de Prontuário

Bairro

Relatório Médico

O paciente ALOISIO DA SILVA SOUSA, vítima de acidente de trânsito, foi trazido corrido em 17.11.15, tendo sofrido FERIDA TRA-
 versal no osso húmero direito, onde resultou em fratura lateral da clavicula direita, tendo sido realizado o procedimento cirurgico, com o uso de placas parafusos e fios metálicos, acompanhado de fisioterapia, resta fortes dores e limitação dos movimentos como sequelas, tendo esse comprometimento funcional de 75%.

Data

23.03.16

Dr. Edimar Machado da Silva
 Cl. Geral e Cirurgia Geral
 CRM: 1564-PI - CRM: 2860-PA
 9905-0923/9532-1987/827-3735

Carimbo e assinatura do(s) profissional

ARUANA SEGUROS S/A.

02 MAI 2016

DOCUMENTO 5 "T5%"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALOISIO DA SILVA SOUSA

DOC. IDENTIFIC. / ORIG. EMISSOR / EF
2744395 SSP PI

CPF
040.527.633-86

DATA NASCIMENTO
05/08/1988

FILIAÇÃO
ALBINO RODRIGUES DE SOUSA
DALSIRA FRANCISCA DA SILVA SOUSA

PERMISSÃO
EXERCÍCIO

DOC. IDENTIFIC. / ORIG. EMISSOR / EF
2744395 SSP PI

CAT. HABILITAÇÃO
AB

Nº REGISTRO
05233493591

VALIDADE
17/12/2015

V. HABILITAÇÃO
21/06/2011

978361937

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

OBSERVAÇÕES

Alcino do Silva Sousa

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
TERESINA

DATA DE EMISSÃO
18/09/2014

74801635085
PI314571256

DETRAN - DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016

DOCUMENTO 3 *T3%*



REGISTRO GERAL 3-669-105 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/12/12

WAYLANE PAULINO DA SILVA

SILVANA MARIA LIMA PAULINO DA SILVA
FRANCISCO RIBEIRO SILVA
TERESTINA PI 12209100
GER NASC 2229111870 RI 550
EXP HERESTINA PI 17208794
T083 122-703-580

LEI Nº 11.042/2002 (CARTÃO DE IDENTIDADE)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

Waylane Paulino da Silva

122-703-580

LEI Nº 11.042/2002 (CARTÃO DE IDENTIDADE)

UANA SEGUROS

27 JAN 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI

Nº 011865014421

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

16213 VIA 1
36960 CÓD. RENAVAM 01028633065
5025 d 1
4621 ANO 2015
9161

9801 NOME ALOISIO RA. SILVA SOUZA
9651
7129 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
1070 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
1010

7383 CPF / CNPJ 01052763386
2549 PLACA FIE-7449
3161

3211 PLACA ANT. FUP
10503 CHASSI 9C6KE2030E0C00484
20001

ESPECIE/TIPO PAS/MOTOCICLETA
COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA/YBR125 FACTOR E
ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CL 002F/0124CC
CATEGORIA PARTICU
COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
I P V 1ª IPVA
A FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2ª PAGO 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURO IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

A/FID. BAHO YAMAHA MOTOR DO BRASIL S/A

TERESINA LOCAL DATA 09/11/2015

PI Nº 011865014421

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 09/11/2015

VIA 1 CPF / CNPJ 04052763386 PLACA FIE-7449

RENAVAM 01028633065 MARCA / MODELO YAMAHA/YBR125 FACTOR E

ANO FAB. 2013 CAT. TARE 09 Nº CHASSI 9C6KE2030E0C00484

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 123,53 DENATRAM (R\$) 014,39 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,92

CUSTO DO BILHETE (R\$) 004,15 IOF (R\$) 001,10 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 292,01

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 21/09/2015

SEGURADORA LIDER - DPVAT

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

DOCUMENTO 6 *T6%*



ARUANA SEGUROS

27 JAN 2016

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

- O SEGURO DPVAT CORRE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO.
- ESTÃO COBERTOS TODOS OS CIDADÃOS, EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL, SEJAM ELER MOTORISTAS, PASSAGEIROS OU PEDESTRES.
- SÃO OFERECIDOS TRÊS TIPOS DE COBERTURA: MORTE, INVALIDEZ PERMANENTE E REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES (DAMS).
- SE VOCÊ FOR VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OU BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO, REÚNA A DOCUMENTAÇÃO ABaixo INDICADA E SOLICITE A INDENIZAÇÃO EM UM DOS PONTOS DE ATENDIMENTO AUTORIZADOS (CONSULTE-OS EM www.dpvatsegurodetranito.com.br). SE TIVER DÚVIDAS LIGUE PARA O SAC DPVAT 0800 022 1204.
- VALORES DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VÍTIMA E DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE (1)	INVALIDEZ PERMANENTE (2)	DAMS (3)
R\$ 13.500,00	R\$ 13.500,00	R\$ 2.700,00

(1) MORTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CERTIDÃO DE ÓBITO, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E DO(S) BENEFICIÁRIO(S) E PROVA DA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(S) (VÍNCULO COM O FALECIDO).

(2) INVALIDEZ PERMANENTE: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA E LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO-LIGAL DA OCORRÊNCIA DO LOCAL DO ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA, COM A VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA E QUANTIFICAÇÃO DAS LESÕES PERMANENTES, TOTAIS OU PARCIAIS, DE ACORDO COM OS PERCENTUAIS DA TABELA CONSTATANTE DO ANEXO DA LEI 1.194/1974 E ALTERAÇÕES.

(3) DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: REGISTRO DA OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, QUE COMPROVE QUE AS DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES EFETUADAS POSSAM RECORRER DO ATENDIMENTO À VÍTIMA DE DANOS CORPORAIS CONSEQUENTES DE ACIDENTE ENVOLVENDO VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE, CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA, COTA ORIGINAL DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR, OU DOCUMENTO EQUIVALENTE, COM DISCRIMINAÇÃO DE TODAS AS DESPESAS, INCLUINDO DIÁRIAS E TAXAS, RELAÇÃO DOS MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS, ALÉM DOS EXAMES EFETUADOS COM OS PREÇOS POR UNIDADE, ALÉM DOS SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES QUANDO ESTES FOREM COBRADOS DIRETAMENTE PELO HOSPITAL, NOTAS FISCAIS, FATURAS OU RECIBOS DO HOSPITAL, ORIGINAIS, COMPROVANDO O PAGAMENTO DOS RESPECTIVOS VALORES, RECIBOS ORIGINAIS EMITIDOS EM NOME DA VÍTIMA, OU EMPREENHANTES DO PAGAMENTO A CADA MÉDICO OU HOSPITAL, CONSTANDO DATA, ASSINATURA, ARREBOLHO DE IDENTIFICAÇÃO, NÚMERO DO CRM, NÚMERO DO CPF OU CNPJ E A ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO EXECUTADO, COM A DATA EM QUE FOI PRESTADO O ATENDIMENTO E CÓPIA DO LAUDO ANATOMOPATOLÓGICO DA LESÃO E DOS EXAMES REALIZADOS EM GERAL, QUANDO HOUVER.

• PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, NOS TERMOS DO ANEXO A RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.

- **IMPORTANTE:**
 - NÃO É NECESSÁRIO ADVOGADO, DESPACHANTE OU QUALQUER INTERMEDIÁRIO PARA DAR ENTRADA NO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO OU ACOMPANHAR O ANDAMENTO DO PROCESSO.
 - O REEMBOLSO DE DAMS - DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES, ESTÁ LIMITADO A VALORES DEFINIDOS EM TABELA QUE ATENDE AOS REQUISITOS DO ART. 15 DA RESOLUÇÃO CNSP Nº 273/2012.
 - PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO: TRINTA DIAS, A PARTIR DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.
 - A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA COM BASE NO VALOR VIGENTE NA DATA DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

- O SEGURO DPVAT É OBRIGATÓRIO PARA TODOS OS PROPRIETÁRIOS DE VEÍCULOS, DE ACORDO COM A LEI Nº 5.194/1974, SENDO PARTE INTEGRANTE DO LICENCIAMENTO ANUAL DE VEÍCULOS.
- PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: DE 01 DE JANEIRO A 31 DE DEZEMBRO DO EXERCÍCIO A QUE SE REFERE ESTE BULHETE.
- O SEGURO DPVAT DEVE SER PAGO JUNTAMENTE COM A PRIMEIRA QUOTA OU COM A QUOTA ÚNICA DO IMPOSTO DE PROPRIEDADE DE VEÍCULOS AUTOMOTORES - IPVA, CASO SEJA FEITA A OPÇÃO PELO PARCELAMENTO, O VENCIMENTO TAMBÉM ESTARÁ ATRELADO AO PAGAMENTO DAS PARCELAS DO IPVA, OS VENCIMENTOS DO IMPOSTO E DO SEGURO OCORREM SEMPRE NA MESMA DATA.
- O VEÍCULO NÃO ESTARÁ DEVIDAMENTE LICENCIADO SE O SEGURO OBRIGATÓRIO NÃO FOR PAGO (RESOLUÇÃO CONTRAN Nº 664/1996).
- 50% DO VALOR DO PRÊMIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO PAGO TEM A SEGUINTE DESTINAÇÃO:
 - 45% AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA CUSTEIO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA-HOSPITALAR ÀS VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (ART. 27 DA LEI Nº 212/1991).
 - 5% AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENATRAN, PARA APLICAÇÃO EM PROGRAMAS DESTINADOS À PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO (PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 78 DA LEI Nº 9.503/1997 - CÓDIGO DE TRÂNSITO BRASILEIRO).

ATENDIMENTO AO PÚBLICO
SAC DPVAT 0800 022 1204
www.dpvatsegurodetranito.com.br

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO DPVAT, PEDIDOS DE INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO, ANDAMENTO DE SOLICITAÇÕES, LOCALS DE ATENDIMENTO, DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA, PRAZOS E OUTRAS DÚVIDAS.

SUSEP DISQUE - SUSEP
0800 031 8484
www.susep.gov.br
SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - AUTORIDADE FEDERAL RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO, NORMATIZAÇÃO E CONTROLE DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, MUTUA, CAPITALIZAÇÃO, RESEGURO E CORRETORES DE SEGUROS.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATÓRIO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 1ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2ª COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

MULTAS DE TRÂNSITO

ENCARGOS DO DETRAN

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

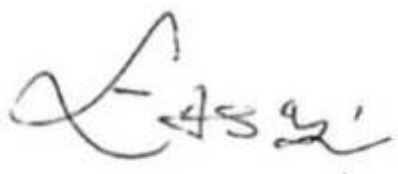
Visão Médica Ltda

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:

