

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338488/18

Número do Sinistro: 3180429743

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

CPF: 143.667.358-57

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/11/2018
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338488/18

Número do Sinistro: 3180429743

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

CPF: 143.667.358-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/09/2018
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338488/18

Número do Sinistro: 3180429743

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

CPF: 143.667.358-57

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/02/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/02/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338488/18

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

CPF: 143.667.358-57

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA : 143.667.358-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/09/2018
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338488/18

Número do Sinistro: 3180429743

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

CPF: 143.667.358-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/01/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

**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.

Número do Sinistro: **3180429743**

Nome do(a) Examinado(a): **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOHN KENNEDY, SN - B DE FATIMA - Elesbão Veloso - PI - CEP 64325-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3044023**

Data e local do acidente: [**20/05/2018**]

CONJUNTO EUFROSINO EUFRASINO MOURA ELESBÃO VELOSO PI

Data e local do exame: [**29/11/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIOFACIAL GRAVE COM CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO, SINAL DO GUAXINIM, FRATURA COMPLEXA DE FACE LE FORT III. FRATURA DE MASTOIDE ESQUERDA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA (LIMITADA NO EIXO MÉDIO EM 2CM), DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. APRESENTA PERDA AUDITIVA LEVE-MODERADA À DIREITA E PROFUNDA À ESQUERDA.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE BILATERAL. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM SETEMBRO DE 2018.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Perda parcial bilateral da acuidade auditiva, Dano cranio facial

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Estruturas cranio faciais
% 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):
Ambos os ouvidos
% 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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

**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.

Número do Sinistro: **3180429743**

Nome do(a) Examinado(a): **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOHN KENNEDY, SN - B DE FATIMA - Elesbão Veloso - PI - CEP 64325-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3044023**

Data e local do acidente: [**20/05/2018**]

CONJUNTO EUFROSINO EUFRASINO MOURA ELESBÃO VELOSO PI

Data e local do exame: [**29/11/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIOFACIAL GRAVE COM CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO, SINAL DO GUAXINIM, FRATURA COMPLEXA DE FACE LE FORT III. FRATURA DE MASTOIDE ESQUERDA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA (LIMITADA NO EIXO MÉDIO EM 2CM), DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. APRESENTA PERDA AUDITIVA LEVE-MODERADA À DIREITA E PROFUNDA À ESQUERDA.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE BILATERAL. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM SETEMBRO DE 2018.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Perda parcial bilateral da acuidade auditiva, Dano cranio facial

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Estruturas cranio faciais

% do dano: () 10% residual (X) 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):

Ambos os ouvidos

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180429743

Vitima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180429743**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13372462



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180429743
Vitima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA
Data do Acidente: 20/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180429743**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13374829



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180429743
Vitima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA
Data do Acidente: 20/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180429743**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

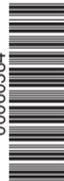
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Sinistro: 3180429743
Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA
Data do Acidente: 20/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180429743** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180429743

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019

Aos Cuidados de: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180429743
REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA
Data do Acidente: 20/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180429743**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (atendimento para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, em débito e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

1. Designação Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 e 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade no campo 1 "Assinatura do Beneficiário"; e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Nome do Sinistro da ASL: _____ CPF da Vítima: 143.667.358-57 Nome completo da vítima: Rivaldo Nogueira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: <u>Rivaldo Nogueira da Silva</u>		CPF titular da conta: <u>143.667.358-57</u>	Profissão: <u>Segurante</u>
Endereço: <u>Rua Genh Kennedy</u>		Número: <u>511</u>	Complemento: <u>116 Batima</u>
Cidade: <u>Itaboraí RJ</u>		Estado: <u>RJ</u>	CPF: <u>04325-000</u>
Assinatura: <u>Recusou-se</u>		Telefone (DDD):	

Para comprovar permissão de residência para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

TAXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

R\$ 0,00 ATÉ R\$ 1.000,00 SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA RESERVA - Serviço para os bancos abaixo. Assinale uma opção:
 BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 0788 CNP: 9 CONTA: 15.666 DV: 3
Informe o dígito se existir Informe dígito se existir

CONTA CORRENTE (todas as bancas)
 BANCO: _____ NRO: _____
 AGÊNCIA: _____ DV: _____ CONTA: _____ DV: _____
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Assim efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Itaboraí RJ, 11 de Setembro de 2018
Local e Data

RJ CORRETORA DE SEGUROS

17 SET 2018

Rivaldo Nogueira da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Rivaldo Nogueira da Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DPVAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000237/2018-66

Complementar ac. BO Nº: 136588.000220/2015-11

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: **Robersino Pereira Da Silva**

Data/Hora: 20/06/2018 - 10:17

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE ELESBÃO VELOSO

20/06/2018 - 20:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ELESBÃO VELOSO

Bairro

EUFRASINO MOURA

Endereço

CONJUNTO EUFROSINO. Nº:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA**

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 3044023 SSP PI

Mãe: TERESINHA NOGUEIRA DA SILVA

Endereço: RUA JOHN KENNEDY, Nº 353

Bairro: FÁTIMA

Cidade: ELESBÃO VELOSO

Telefone(s): 86-9493-8655 86-9901-4701

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. CG 150

OEC1677 9C2KC1670BR611749

Prata

Condutor: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

RG: 3044023 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA JOHN KENNEDY Número: 353 Complemento:

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro: FÁTIMA

Proprietário: LUZINETE GOMES DA SILVA

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

NOTICIANTE INFORMA QUE NA DATA E HORA CITADA TRANSITAVA POR ESSA RUA QUANDO COLIDIU EM UM ENTULHO DE MATERIAL DE CONSTRUÇÃO FICANDO DESACORDADO POR CONTA DO IMPACTO SOFRIDO, QUE O NOTICIANTE ACORDOU QUANDO ESTAVA ATENDIDO NO HOSPITAL DA CIDADE DE ELESBÃO VELOSO, QUE POR CONTA DA GRAVIDADE DOS PERIMENTOS FOI TRANSFERIDO PARA A CIDADE DE TERESINA FICANDO INTERNADO NO HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA-HUT PELO PERIODO DE 10 DIAS. ERA O RELATO.

Robersino Pereira Da Silva - Mat. 3112705
 AGENTE DE POLÍCIA

REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA - Noticiante
 Responsável pela Informação

Paulo Roberto F. da Silva
 Delegado de Polícia

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS
 17 SET 2018
 DPVAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000237/2018-66

Complementar ao BO Nº: 136588.000237/2018-11

Carla C. Aguiar da Silva
Delegado de Polícia

136588.000237/2018-66

PJ CORRRETOA
DE SEGUROS
17 SET 2018
DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exceto para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja após o evento, sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Reinaldo Nogueira de Silva CPF da Vítima: 143.667.358-57 Data do Acidente: 20.05.18.

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante legal: _____
 Endereço: _____ Telefone (DDD): _____

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:

Assinar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da 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 a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º 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 e renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

8. setembro - 11 de setembro de 2018
Local e Data

SEGURODESA
CORRETORA
DE SEGUROS
17 SET 2018
DPVAT

Reinaldo Nogueira de Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



20:40

HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA
ELESBAO VELOSO - PIAUI



D/N 18/05/1971

PRONTO SOCORRO

47 anos

NOME:	Reivaldo Nogueira da Silva
ENDEREÇO:	Rua Jonh Kennedy (Fatima)
DADOS CLINICOS:	TCE grave à paciente vítima de acidente motorístico; não houve uso de cinto e houve ingerido bebida alcoólica. Ao exame: consciente, orientado, pupilas reativas, pressão 19/11; Glasgow 14; saturação; sinal de guarnim.
DIAGNÓSTICO:	TCE grave
DATA	20, 05, 18
MÉDICO	Dr. Márcio B. Cavalcante Costa MÉDICA CRM-PI 0500

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

21 SET 2018

DPVAT

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

17 SET 2018

DPVAT

CONFERE COM O ORIGINAL

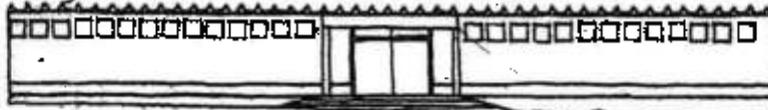
Rayanne A. Omeas
18.06.18

At 20:55 Admitido Hospital de Emergência
nos + 1 amp. de 1º prono e + AD
At 21:00h Admitido Hospital de Emergência
Pulso 98 + AD.
Sonda: 808 052 0058 793
HUT
At 20:37
Autópsico: 231451861
HUT
HUT de outro lado

Senha HUT: 20052018007
(Cota pedida)

Senha estadual:
20180520058793

ID: 26937 / Autorização: 231451681



HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA
ELESBÃO VELOSO - PIAUÍ



DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DA UNIDADE Hospital Estadual Norberto Moura (HEMM) - Elesbão Veloso	PARA A UNIDADE Hospital de Urgência de Teresina - HUT (Teresina)
PACIENTE Reinaldo Noqueira da Silva	REGISTRO —
#TCE grave # R. em última de acidente motociclistico (queda de moto), não usava cinto de capote e chave ingerida devido alcoolica.	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO As 21:20h Ao exame: consciente, desorientado, taquicárdico (117 bpm), saturação: 94%, Glasgow: 14; anisocórie (midríase à esquerda); lesão cutânea em lábio inferior e supercílios esquerda; sinal de guarnição com edema importante em face.	
DATA 20 / 05 / 2018	Médica Responsável MÉDICA CRM-PI 6600 Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

FICHA DE RETORNO

17 SET 2018

DA UNIDADE	PARA A UNIDADE
DATA ___ / ___ / ___	Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

OBSERVAÇÃO:

1. Este formulário deverá ser preenchido em duas vias.
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à unidade de origem



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
 Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 08.845.747/0001-27
 Internet: www.agespisa.com.br
 Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

MATRICULA 2319014-0		Hidrometro A04N245106		Referencia MAI/2018	
Nome/Razão Social/Endereço REIVALDO N DA SILVA RUA JOHN KENNEDY, S/N DE FATIMA ELESBAO VELOSO 64325000 At= 151					
Situação Agu/Agto 3/1	Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.		Inscrição 36 1 05 0533 0182-000	
Período de Cobrança 16/04/2018		Período de Consumo 16/05/2018		Outros Consumidos 30	
Histórico de Consumo			Forma de Pagamento		
Mês/Ano	Consumo	Valor	Outro	FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO	
11/17	1396	11	0	Cód. Responsável: 023190140	
12/17	1408	12	0	Código de Tarifa: (1)	
01/18	1419	11	0	Consumo Hidra : 11	Consumo Faturado : 10
02/18	1431	12	0	Consumo Faturado : 10	
03/18	1441	10	0		
04/18	1451	10	0		
05/18	1461	10	0		
DESCRICAÇÃO DA FATURA					
Cod. Nome do Serviço AGUA MANUTENCAO HIDROMETRO				Valor (R\$) 28,51	

VENCIMENTO 23/05/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 28,51
 AVISO DE DEBITO: CONTAS: 3 VALOR: R\$100,45
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

F-3 CORRETORA DE SEGUROS
 17 SET 2018
 DEVAL

CONTROLE DE QUALIDADE DE AGUA CONFORME PORT 2014 2011 MS

Parâmetros	Turbidez	Clor	Cloro	PH	Ferro	Cál. Total	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	50	5	5,0	6,4-8,5	0,3	Agente	Agente
Nº Mínimo de Amostras Espécies Nº Amostras Espécies Nº Amostras que Atende Legislação Valor Médio: 0.37 0.19 0.77 7.80 0.00 0.00 0.00							
Conclusão: PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS REGULARMENTE.							

AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VTA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR
 "DEBITOS QUITADOS NESSE CLIENTE ATÉ DEZ/2017 LEI 12007/03"
 EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA IGES

AGESPISA Agência Reguladora da Água S/A Atendimento ao Consumidor: 0800 86 8888		Inscrição 36 1 05 0533 0182-000	At= 151
Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.	Matricula 2319014-0	Referencia MAI/2018
VENCIMENTO 23/05/2018		TOTAL A PAGAR (R\$) 28,51	

8266000000-2 28510001822-2 31901400520-5 1800000000-8

TIM Celular S.A.
 Av. Frei Serafim, 1889 - sala 6
 Centro - Teresina - PI
 CNPJ: 04.205.050/0000-86 - IE: 19.455.632-0
 CNPJ da Matr.: 04.205.050/0001-80

TIM BLACK

R\$ 142,90
VENCIMENTO
25/07/2018

EMISSÃO: 07/07/2018
 POSTAGEM: 16/07/2018
 FATURA: 3450706950

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443753

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
 RUA SETE DE SETEMBRO, 244
 CENTRO
 64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com a TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Quer tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/JUN A 06/JUL

SERVIÇOS	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 2,91

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (06/7/PÓS/SMP)

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Desconto Oferta TIM Pós C Plus	-	-	1	30	07/06 a 06/07	189,99
Subtotal	-	-	3/12	30	07/06 a 06/07	-45,32
10 GB de internet	10GB	-	1	30	07/06 a 06/07	144,67
Minutos locais e DDD com 41	Ilimitado	126m36s	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
10GB de internet para vídeo	-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
TIM Music	-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
TIM Banca Virtual	-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
TIM Backup 30GB	-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
TIM Vídeo Premium	-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
Total de Mensalidades						139,99

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	PLUST	RS 0,40
ICMS	7%	RS 104,22	RS 7,29	FUNTEL	RS 0,35
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,83%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%				

Em conformidade com a Lei 12.741/2012
 As contribuições de PIS, COFINS e FUNTEL são proporcionais de acordo com o uso.

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (SVA)
 Inclui (de acordo com o Plano):

Franquia	RS 137,69
SVA	RS 62,90
Desconto de Franquia	RS -36,38
Desconto de SVA	RS -13,62



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado nesta boleto. Para mais informações, ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE
 ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000009121536776014	JUL/2018	07/07/2018	25/07/2018	R\$ 142,90

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

8463000691 - 2 42900109011 - 8 00345070695 - 1 00121536776 - 2





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana Paula de Sousa Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.294.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rivaldo Nogueira da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 443.667.358 / 57, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rivaldo Nogueira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o nº 443.667.358 / 57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Sete de Setembro</u>		<u>244</u>	<u>Centro</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Estrela Zelosa</u>	<u>Piauí</u>	<u>64.325.000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>carladrianasousa@gmail.com</u>	<u>(86)93402.2764</u>		<u>(86)9981.6008</u>

Estrela Pi, 13 de Setembro de 2018
Local e Data

Adriana Paula de Sousa Silva
Assinatura do Declarante

RECEBIDO
17 SET 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luzinete Gomes da Silva,

RG nº 849.2132, data de expedição 12/02/11,

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 342.937.953-31 com domicílio na cidade de Estrelas Velosas, no Estado de Piçarra, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Quadra 62 lote 01 casa B, nº 812,

complemento conj. promov, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Reinaldo Nogueira da Silva cujo o condutor era Reinaldo Nogueira da Silva

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CG 150 Fan ES3
Ano: 2011 | 2011
Placa: OEC-1677
Chassi: 9C2KCG79BRG11743
Data do Acidente: 20.05.18
Local e Data: Estrelas Velosas - Pi, 10/09/2018,

Luzinete Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

Reinaldo Nogueira da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima redamante do sinistro)

3º OFÍCIO

Cartório
1º Ofício
Estrelas Velosas-PI



Cartório Themistocles Sampaio
TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA SOUZA DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 123 CENTRO - CEP. 64000-206 - TERESINA-PI
Fone: (3366) 3221-7886 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: LUZINETE GOMES DA SILVA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE, TERESINA-PI, 10/09/2018. Encl.: 3, 71
TJ: 0,74 Selos: 0,75 TOTAL: 4,71 Selos: ABI 55227 (F590336)

Jakeline Rodrigues Ribeiro de Almeida - Escrevente Autorizada

Tabelê Escrevente autorizado

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jakeline Rodrigues Ribeiro de Almeida
Escrevente Autorizada
Teresina - PI

Selo de Ficalização e Autenticidade e Autenticidade e Autenticidade
Cartório Themistocles Sampaio
3º Ofício de Notas
R. Francisco Leão Parolo, N. 25, Centro - Estrelas Velosas - PI - CEP 64325-000
Reconhecimento de Firma
3221 7886
ABI 55227

PI COLEGADO DE SEGUROS
17 SET 2018
DEVAT

JB 1º Ofício de Notas, Registro de Imóvel, Títulos e Documentos, Pessoa Jurídica
Rua Francisco Leão Parolo, N. 25, Centro - Estrelas Velosas - PI - CEP 64325-000
e-mail: atendimento@oficio1.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: REINALDO NOGUEIRA DA SILVA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE, TERESINA-PI, 11/09/2018. Encl.: 3, 71
TJ: 0,74 Selos: 0,75 TOTAL: 4,71 Selos: ABI 55227 (F590336)

Silvia de Moura Martins

Selo de Ficalização e Autenticidade e Autenticidade e Autenticidade
Reconhecimento de Firma
Nº ABI-09600



20:40

HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA
ELIASBÃO VELOSO - PIAUÍ



D/N 18/05/1971

PRONTO SOCORRO

47 anos

NOME:	Reivaldo Nogueira da Silva
ENDEREÇO:	Rua Gen Kennedy (Fatima)
DADOS CLÍNICOS:	TCE grave + Paciente vítima de acidente motor- elétrico; não sabe uso de espáculos e manuseio ingerido bebida alcoólica; ao exame: consciente, orientado, traqueal, saturação oximétrica 94%; Glasgow 14; ausculta; sinal de quadrante.
DIAGNÓSTICO:	TCE grave
DATA	20, 05, 18
MÉDICO	Dr. Medeiros da Costa MÉDICA CRM-PI 3500

CONFERE COM O ORIGINAL

Rayanne A. Orios
18.06.18

RECIBO DE SEGUROS

17 SET 2018

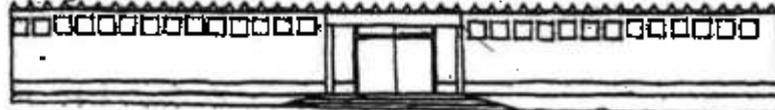
DEMAT

At 20:55 Admitido no Amp. de Emergência
nos + Amp. de Emergência em + AD
At 21:00h Admitido no Amp. de Emergência
Paciente em + AD.
sendo: 2008 052 0058 493
HUT
At 20:55
HUT
At 20:55
HUT
At 20:55
HUT
At 20:55
HUT

Senha HUT: 20052018007
(Auto pedido)

Senha estadual:
20180520058793

ID: 26937 | Autocadastro: 231451881



HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA
ELESBÃO VELOSO • PIAUÍ



DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DA UNIDADE Hospital Estadual Norberto Moura (HEMM) - Elesbão Veloso	PARA A UNIDADE Hospital de Urgência de Teresina - HUT (Teresina)
PACIENTE Reinaldo Nogueira da Silva	REGISTRO —
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO #TCE grave # Ante última de acidente motociclistico (queda de moto), não usou capacete e chave ingerida bebida alcoólica. Ao exame: consciente, desorientado, taquicárdico (117bpm), eupneico, satur: 94% Glasgow: 14; anisocoria (midríase à esquerda); lesão ocular contusa em lábio inferior e superior esquerda; sinal de guarnição com edema importante em face.	
DATA 20 / 05 / 2018	<p style="text-align: right;"> MÉDICA CRM-PI 6600 </p> <p>Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo</p>

FICHA DE RETORNO

DA UNIDADE	PARA A UNIDADE
<p>17 SET 2018</p>	
DATA ___ / ___ / ___	Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

OBSERVAÇÃO:

1. Este formulário deverá ser preenchido em duas vias.
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à unidade de origem

Alta



NOME DO PACIENTE: Neivaldo Nogueira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 219 940

PROTECTORIA
DE SEGUROS
17 SET 2018
SECRET

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

~~Reinaldo~~
 CIR GERAL ~~de~~
~~Boto~~
SUS SUS
 CIR. PLÁSTICA

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 20/05/2018 23:32:25
 (User: LINDEVAL)
 (Estação: RECEPCAOPI)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA		Prontuário: 219940
Mãe: TERESINHA NOGUEIRA DA SILVA	Pai:	
End. Resid.: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000		
Nascimento: 18/05/1971	Idade: 47a:0m:2d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9493-8655
Responsável: MARIA DA CRUZ		CNS: 898002997591505
Profissão: VIRGILANTE	CPF:	* RG: 3044022-8898-24
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		17 SET 2018

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 665912	Data: 20/05/2018 23:27:13	Condução: AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Acid. Trab.: Sim	Trajetos?: Sim	Convênio: S U S
Tipico: Não	CID Secundário: V299	

ADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de moto há 04 horas, sem uso de capacete, uso de óculos escuros
 A) Mucos aéreas purúlas, sem color cervical B) MV + Bilateralmente, sem RA, SatO2 = 94%
 C) ISNF em 2T, abdome inocente, pulso estável D) Glasgow = 14, edema e equimose periorbital bilateral E) Lesão peripucocorrente em lábio inferior, edema facial, coxega enfiada com presença de sangue

HUT DR. ZENON ROCHA
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME AXONOMETRÍFAC + T + AB + S/C
 DATA: 20/05/18 00:05/18

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: 121	DATA: 20/05/18 00:05/18
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Analgesia - Tramal 100mg 01 ampola + 100 ml SF 0,9% IV AGORA
 solicitado TC de crânio, TC de face, TC de coluna cervical, TC de tórax e TC de abdome

ALTA: <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência:
	DATA SAÍDA: ____/____/____ HORA: ____:____:____	
ÓBITO: <input type="checkbox"/> Até 24 hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 hs <input type="checkbox"/> Após 48 hs	DESTINO: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<input checked="" type="checkbox"/> Internação na Unidade Proced. Solicitado: 0404020518 Maria do Amparo de S. F. Melo Cirurgia Buco Maxilo Facial Implantar Prof: 888-02611478-333-44
	CID Compatível: S02.4	

Jó Ozer Castro Sousa
 Clínica Médica
 Pneumologia
 CRM-DF 20705 / CRM-PI 4280

Maria da Cruz Alcega da Silva
 Assinatura Paciente ou responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 20/05/2018 23:32:25
(LINDEVAL)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA		Prontuário: 219940	
Mãe: TERESINHA NOGUEIRA DA SILVA		Pai:	
End. Resid.: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000			
Nascimento: 18/05/1971	Idade: 47a:0m:2d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9493-8655
Responsável: MARIA DA CRUZ		CNS: 898002997592505	
Profissão: VIRGILANTE		Documento: RG: 3044023 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 665912	Data: 20/05/2018 23:27:13	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S - U - S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__: ESPECIALISTA: NE 17 SET 2018

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TC: fratura complexa +
fraturas nasais + fratura
pirâmido + HSBT.
CD: Intubar p/ BME.
Resusilar NE em 24h

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__: Epit. ec em 24h.

*Em caráter emergencial
de urgência
Manter intubado p/ BME*

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__: ESPECIALISTA: 92120

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: CIR. Plástica
- Paciente alocado em UTI

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 21/05/18 00:58

Paciente vítima de acidente motociclístico; consciente; Apresenta edema facial, equimose periorbital bilateral. TC de face indica fratur. complexa de maxila + fratur. de osso nasal. Les. III. Cd.: aguardar red. de edema para realização de cirurgia.

Maria do Amparo de S. F. Med
Cirurgia Buco Maxilo Facial e
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
CRC-PI 803



214181

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

95383

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executor: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	214787

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA	6 - Prontuário: 219940			
7-CNS: 898002997591505	8-Nascimento: 18/05/1971	9-Sexo: Masculino	RG: 3044023 - SSP PI	
11-Mãe: TERESINEA NOGUEIRA DA SILVA	12-Fone: 86- 9493-8655	14-Cor: Sem Informação		
13-Resp: MARIA DA CRUZ	16-Munic: ELESBAO VELOSO	17-Cod.IBGE: 220350	18-UF: PI	19-CEP: 64325-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos:

paciente vítima de acidente de trânsito com fratura de osso da face.

Dr. Reinaldo Nogueira da Silva
 Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PI 179
 17 SET 2018

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

T.C de Face

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura dos ossos maxilares e maxilares

24-CID Prim: **S024** 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 0404020518	27-Procedimento Solicitado: OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	Taxa SUS: 2		
29-Clinica:	30-Caráter: 02	Ident.: 01	31-Docum.: CPF	32-Doc. Méd. Solic.: 239.978.933-49
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: MARIA DO AMPARO DE SOUSA FARIAS MELO	34-Data Solicitação: 20/05/2018	35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CROB:
38- () Acidente Trabalho Trajeto	45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	50-Ass. Carimbo (Rq. Conselho)
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	Usuário: MANUE JUNIOR Consulta Local: 665912 Consulta SUS: Impressão: 21/05/2018 01:11:40
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
 FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
 HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Reinaldo Noaquino da Silva	219940				
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS				
6º DIA: Furatona 500mg + Norox	BUCOMAXILOFACIAL				
PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES				
DATA: 26/05/18 HORA: 14:11	12h Realizado troca de curativos em F.O em supercílio usado SF 0,9%. Ouse. 079034				
1) Dieta líquida pastosa <small>1000 Ovos S.P. Aquar Nutricionista CRAB - 5845</small>					
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h					
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h		12			
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h Sump					
5) Dipirona sódica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h		12			
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h		14			
7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h Sump					
7) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia					
8) SSVV					
Obs: Paciente encaminhado ao Centro Cirúrgico às 11:00 Horas, porém P.A alta.					
21:30					
Losartem cr. 50mg: dep. VD					

Marcos César Lopes
 MÉDICO
 CRM: 10100 CPF: 070.450.187.8

MÉDICO/CRM:

17:15h - encaminhado ao Setor de Nefrologia. @

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Reivaldo Nogueira da Silva</u>	PRONTUÁRIO <u>219940</u>
DA CLÍNICA <u>Bucmaxilo</u>	LEITO
A CLÍNICA <u>Nefrologia</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente com trauma facial (fratura do osso zigomá-
tico) necessita de procedimentos cirúrgicos. Apresenta
elevada taxa de ureia (84mg/dl). Solicito parecer
da nefrologia.

DATA: 23/05/18

Jr. José Carlos Gomes Filho
CIRURGIABUCO-MAXILO-FACIA
IMPLANTODONTIA
CRO-PI 2200

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Reivaldo Nogueira, 47a, vítima de acidente
de motociclismo, c/ trauma facial (fr
do osso zigomático).

Exame físico: HTA: 119/73 HTU: 13,3 Cr 1,3 ur 84
S/ sinais de uree.
Antecedente de hipertensão.

EM: TMA re-pul.

CV: ↑ hidratação EV

- Suporte titil e hipertensão

- Copul deve apobato r final.

- Amto transal (c/ analgésico) + verificação
re controle hemograma

DATA: 23/05/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Reinaldo Nogueira da Silva</u>	PRONTUÁRIO <u>219946</u>
DA CLÍNICA <u>BMF</u>	LEITO
À CLÍNICA <u>Clínica Médica</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente hipertenso descontrolado em uso constante de losartana, mas não está usando este medicamento no hospital. Também apresenta crise de ansiedade constante.

DATA 16/05/18

Maria Cândida de Almeida Lope
Cirurgiã Buco-Maxilo-Facial
ASS. MÉDICO CONSULTANTE
CRM 1012 - CPF: 000.000.000

PARECER

Paciente evolui bem com edema de face; sono preservado; PA: 130 x 90 mmHg; apresentando peso ~~estável~~ estável no quadro; cond: ajustado anti hipertensivo

[Stamp: Hospital de Urgência de Teresina - Clínica Médica]

[Handwritten signature]

DATA 28/05/18

Dr. Cláriston Silva Moura
Médico
CRM 21307/GOV - R. 10000
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Rivaldo Nogueira do Silva</u>	PRONTUÁRIO <u>219940</u>
DA CLÍNICA <u>Otorrinolaringologia</u>	LEITO
À CLÍNICA <u>médica</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente automobilístico, apresentando fratura costal, em programação cirúrgica pelo braço direito. Paciente apresentando Hematócrito 25,8% e hemoglobina (8,5 g/100ml) baixos. O paciente já recebeu dos labor de coagulados de hemostasia, mas ainda permanece com níveis baixos. Solicito realizar a consulta.

DATA: 27/05/16

Laércio de Sousa Brito Junior
Classe e Registro de Especialista Federal
ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

PACIENTE PREVIAMENTE HIPERTENSO, INDICADO PARA TRANSFERÊNCIA PARA FAZENDA DE FALCÃO / ACE, EVOLUI COM ANEMIA AGUDA E RELATO DE FEIJA ENEGUECIDA

CD:

SUSPENDER AINEI (AVALIAR)
INICIAR IBP EM DOSE PLENA
INVESTIGAR HEMORRAGIA DIGESTIVA
→ EDA / COLONOSCOPIA

DR. DAVES PRADO
Clínica Médica - RQE: 2303
CARDIOLOGIA - RQE: 2951

OBS: Clínica Médica aguarda a mudança do

medicamento na ficha do paciente.

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



Fundação Municipal de Saúde

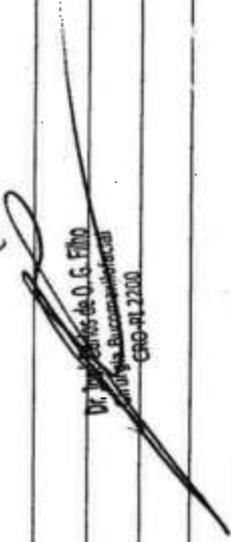
PRESCRIÇÃO MÉDICA

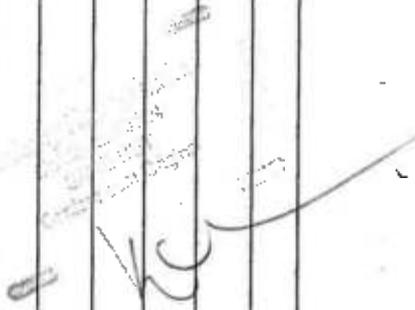


NOME DO PACIENTE <i>Quintanilha Rogério de Jesus</i>	PRONTUÁRIO <i>219940</i>	D. NASCIMENTO 	CLÍNICA 	ESE ou APT. <i>215</i>	LEITO <i>824</i>
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES					
ALERGIAS					
MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE					
DATA: <i>30/05/14</i>			OBSERVAÇÕES		
HORA:			<i>8h - Paciente em alta</i>		
<i>Até hospitalar</i>					

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Até hospitalar


 Dr. J. S. de O. G. Filho
 End: Rua. Bucarambuquense
 CNO-PI 2200



MÉDICO/CRM:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
 FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
 HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE <i>Reivaldo Azevêdo de Silva</i> DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES FR <i>FR: Fratura C2 M + NASAL</i> P.O.S DATA: <i>29/05/18</i> HORA: <i>07:02</i>	PRONTUÁRIO ALERGIAS HORÁRIO	D. NASCIMENTO OBSERVAÇÕES SINAIS VITAIS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>TEMP</th> <th>F</th> <th>P</th> <th>PA</th> <th>DIURESE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>36,6</td> <td>83</td> <td>13/9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>37,9</td> <td>91</td> <td>20/12,4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>37,9</td> <td>96</td> <td>22/13,0</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	TEMP	F	P	PA	DIURESE	12					18	36,6	83	13/9		24	37,9	91	20/12,4		06	37,9	96	22/13,0		CLÍNICA <i>225</i> MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE BUCOMAXILOFACIAL	ENT. ou APT. <i>EXT</i> LEITO
TEMP	F	P	PA	DIURESE																									
12																													
18	36,6	83	13/9																										
24	37,9	91	20/12,4																										
06	37,9	96	22/13,0																										
PRESCRIÇÃO MÉDICA 1) Dicta líquida pastosa 2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h 3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h 4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h 5) Dipirona sódica 500mg, 1 amp+AD, EV de 6/6h 6) Ramitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h <i>(Suspensão)</i> 7) Fármaco 20mg + AD EV de 12/12h <i>(Suspensão)</i> 7) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia 8) SSVV 9) Lorantano 50mg comprimido v.o. 12/12h 10) Tramadol 1 amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8h 11) Omeprazol 1 amp + AD EV 12/12h 12) Antibiótico 10mg v.o. por AD 2, 110 e 12. PAS 7 Formulado																													
Dr. Melissa Albuquerque CRM: 100.000/18																													

Obs sobre exames, autotudo em 10 ME. medicab apr. Dr

MÉDICO/CRM: *Eugenio C.E. on 8:00*

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME: Reivaldo Nogueira da Silva IDADE: _____ anos DATA: ____/____/2016

HORÁRIO DE ADMISSÃO: 12 h 40 min TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA: Fucl. CO2M + maxilar CIRURGIÃO: _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>132/75</u>	<u>138/77</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>108</u>	<u>83</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>BORIBURO</u>	<u>BORIBURO</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tam apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL	<u>09</u>
ASS.	<u>hmc</u> <u>Dr. Aparecido Custódio</u> <u>CRM 20057 - ENF</u>

() SONDA VESICAL	() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORÁCICO	() DVE	() LOSTOMIA	SONDA: () NASOG () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
12:40 Admitido no SRPA em pós de 1h cirurgia em
CO2M + maxilar. Submetido a repet. Sonografia,
respirando a.a. FU com anestesia limp.

RAIO-X REALIZADO
 DATA: ____/____/____
 Técnico: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA: _____ ALTA SRPA: _____
 HORÁRIO: _____ ANESTESIOLOGISTA: Felipe Barros Aguiar
 ANESTESIOLOGIA CRM 17134

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []
 POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente *Rivaldo Nequeira da Silva*

Diagnóstico pré-operatório *Fract COEM + Maxila*

Operação - Tipo *Ortoplastia de fratura de maxila*

Cirurgião *Matthias Araújo*

1º Assistente *Residente*

2º Assistente *Residente*

3º Assistente

Instrumentador(a) *Rose*

Anestesista *Dr. Fabiano*

Anestesia *geral*

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Ortoplastia de fratura de Maxila

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

NDN

[Handwritten signature and stamp]

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Anestesia geral 2) antiseptia intra e extraoral 3) exposição dos campos 4) infiltração 5) acesso intraoral p/ maxila 6) síndrome de maxila e exposição da fratura 7) redução 8) fixação de placa no pilar zigomático 9) sutura

Dr. Matthias Araújo da Silva
Cirurgião de Máxilo-Facial
CRM - PI 779



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29, 05, 18

NOME DO PACIENTE: <i>Reivaldo Nogueira dos Santos</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>219940</i>
DIAGNÓSTICO: <i>Fígado em cirrose macia</i>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <i>geral</i>	Nº DA SALA: <i>09</i>
CIRURGIÃO: <i>Dr. Matias</i>	CPF Nº: <i>096.850.493-00</i>
AUXILIAR: <i>Residentes</i>	CPF Nº:
ANESTESIA: <i>Dr. Fabiano</i>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <i>Rose</i>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI <i>24</i>	UNID.	<i>01</i>	
AGULHA 30X8	UNID.	<i>02</i>		LUVA Nº <i>70</i>	PAR	<i>02</i>	
AGULHA 40X12	UNID.	<i>04</i>		LUVA Nº <i>75</i>	PAR	<i>04</i>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<i>10</i>	
ALCOOL 70%	ML	<i>100</i>		PVPI DE GERMANTE	ML	<i>100</i>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<i>100</i>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<i>04</i>		SERINGA 20CC	UNID.	<i>04</i>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<i>01</i>		SERINGA 10CC	UNID.	<i>02</i>	
ESPARADRAPO <i>Microspore</i>	CM			SERINGA 5CC	UNID.	<i>04</i>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 50.0	FRASCO	<i>04</i>	
GASES	PAC.	<i>06</i>		SONDA URETRAL <i>apuro</i>	UNID.	<i>02</i>	
JELCO Nº	UNID.			<i>eletrados</i>	und	<i>05</i>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>tubo</i>	und	<i>01</i>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>escara</i>	und	<i>04</i>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <i>4-0</i>	und	<i>01</i>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <i>Klemysa</i>			
VICRYL <i>4-0</i>	und	<i>01</i>		CIRCULANTE: <i>Priscilla</i>			
PROLENE							



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUIT
 Rua Dr. Otto Vitor 1828 Encarnaçao - Fone: 36 2116 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.572.517/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Frontal: 218848)
 Endereço: RUA JOAQUIM REYNOLDS S/N - BAIRRO DE PATRIM - CLESONO VELOSO - PI CEP: 64325-000
 Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m7d Sexo: MASCULINO Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666912
 Requisição: 839858 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER GASTRO SOUSA
 Controle: 1038453 Convênio: S U S

RELATÓRIO

Cod. SIA: 0208010044

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 5MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- * PAREDES LATERAL, MEDIAL E INFERIOR DA ÓRBITA ESQUERDA.
- * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES, ETMOIDAIS E ESFENOIDAL ESQUERDA.
- * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
- * PROCESSO PTERIGÓIDE ESQUERDO.

- HEMOSSINUS MAXILAR, ETMOIDAL BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.
- PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSSÍNTESE NAS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES.
- EDEMA E BOLHAS GASOSAS EM PARTES MOLES DA FACE.

(GRANDE BRUNO)

TERESINA - PI 25/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO

CPR: 696.958.308-15 CRM-PI 3090
 Profissional Responsável

Handwritten signature and stamp of the professional.



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tillo 1920 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.503.917/0022-02

Rev. 01/2015

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839895 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038460 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- FRATURA NA MASTÓIDE ESQUERDA.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

[Profissional Responsável]

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. GUILBERTO LOPES Redenção - Fone: 86 3219 5445
TERESINA-PI CEP: 64017 770 CMBU: 05.522.517/0022 02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA (Prontuário: 219940)**
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839896 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038461 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOTDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- PEQUENAS ÁREAS COM ATENUAÇÃO EM VIDRO FOSCO ESPARSAS NAS REGIÕES POSTERIORES DOS PULMÕES, INESPECÍFICAS.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVELS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONOMEGLIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF 698.968.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Residência - Fone: 86 210 5445
TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.523.917/0022-02

Página: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839897 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038462 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0206030010

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE ABDOME

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E Pelve DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RNs DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. CÁLCULO NO TERÇO MÉDIO DO RIM ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 1,4 cm, COM DENSIDADE DE 480 UH.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENALIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURALS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- AUSÊNCIA DE LÍQUIDO NA CAVIDADE PERITONCAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável



LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839898 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038463 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- * PAREDES LATERAL, MEDIAL E INFERIOR DA ÓRBITA ESQUERDA.
- * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES, ETMOIDALIS E ESFENOIDAL ESQUERDA.
- * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
- * PROCESSO PTERIGÓIDE ESQUERDO.

- HEMOSSÍNUS MAXILAR, ETMOIDAL BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.

- PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSSÍNTESE NAS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES.

- EDEMA E BOLHAS GASOSAS EM PARTES MOLES DA FACE.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. ODUÍLIO TILLO 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-970 CNPC: 05.522.917/0022-02

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA (Prontuário: 219940)**
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 6658:2
Requisição: 839899 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038464 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAI AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Prof. Assistente Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 06 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64011-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a:0m:3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839895 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038460 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- FRATURA NA MASTÓIDE ESQUERDA.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Autenticado em
Sistema de
Certificação Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Pinto 1920 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA - PI CEP: 64017-770 - CNPJ: 05.932.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a:0m:3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839896 Solicitação 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038461 Convênio S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL, E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- PEQUENAS ÁREAS COM ATENUAÇÃO EM VIDRO FOSCO ESPARSAS NAS REGIÕES POSTERIORES DOS PULMÕES, INESPECÍFICAS.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-PONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MADIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MADIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF 696 958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável

TERESINA, 21 de Maio de 2018
OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR
CRM-PI 3090
Profissional Responsável


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-00

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA (Prontuário: 219940)**
 Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
 Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a:0m:3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
 Requisição: 839897 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
 Controle: 1038462 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE ABDOME

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E PEIVE DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. CÁLCULO NO TERÇO MÉDIO DO RIM ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 1,4 cm, COM DENSIDADE DE 480 UH.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- AUSÊNCIA DE LÍQUIDO NA CAVIDADE PERITONEAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958 303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

HUT
 Hospital de Urgência de Teresina
 Serviço de Radiologia
 20/05/2018
 O. Soares de Carvalho Junior

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Celso Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: **219940**)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade 47a:0m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 655912
Requisição: 839898 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038463 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- * PAREDES LATERAL, MEDIAL E INFERIOR DA ÓRBITA ESQUERDA.
- * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES, ETMOIDAIS E ESFENOIDAL ESQUERDA.
- * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
- * PROCESSO PTERIGÓIDE ESQUERDO.

- HEMOSSÍNUS MAXILAR, ETMOIDAL BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.
- PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSSÍNTESE NAS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES.
- EDEMA E BOLHAS GASOSAS EM PARTES MOLES DA FACE.

(GRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Celso Tito 1928 Redenção - Fone: 88 3218 3443
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.521.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA (Prontuário: 219840)**
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a:0m:3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839899 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038464 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAI AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR
CRM-PI 3090
RUA...
TERESINA-PI

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuario:
219940
Internação:
214787

Nome: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA**

End. Resid.: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FACIMA

Cidade: ELESBAO VELOSO - PI

CEP: 64325-000

Sexo: Masculino	Nascimento: 18/05/1971	Idade: 47a:0m:3d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: VIGILANTE
Internação		Alta		Permanência
Data 20/05/2018	Hora 23:27	Data 30/05/17	Hora 09:00	

Diagnósticos:

Cod. CID:

CID Principal:

Fratura de maxila.

5	0	2	9

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

Quemto, amarelado, bruto

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

sem dor

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA:

Data:

29/05/17

Tipo:

Ortomaxila de maxila.

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

sem mais qd. acompanhamento. HbV.

Tipo de Alta: () Curado (X) Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa
() Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião Bucal, Maxilo-Facial
CRO-PI 779

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.913/0022-02

Prontuário:

219940

Internação:

214767

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA				
End. Resid.: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA				
Cidade: ELSEBAO VELOSO - PI			CEP: 64325-000	
Sexo: Masculino	Nascimento: 18/05/1971	Idade: 47a:0m:36	Estado Civil: Casado(a):	Profissão: VETERINARIA
Admissão: 04/10/2012	G. Instrução: Não informado	Fone: 86- 9493-8655	Cartão SUS (CNS): 899002997591500	Procedência: ELSEBAO VELOSO
Pai:			Mãe: TERESINHA NOGUEIRA DA SILVA	
Responsável: MARIA DA CRUZ				
End. Responsável: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA ELSEBAO VELOSO - PI 64325-000				
Documento: RG: 3044323 - SSP PI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data:	Hora:	Data:	Hora:	
20/05/2018	23:27	30/05/18		POSTO 1
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: J404052318 - OSTEOSSÍTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA				
CID 10: S024 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: <i>Chirurgia</i>				
CID 10: <i>D90.0</i>				
Tratamento Realizado:				
<i>Intensificar a medicação</i>				
Exames Realizados:				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

30/05/18
 Data

José Carlos O. Gomes Filho
 CIRURGIABUCO-MAXILO-FACIAL
 IMPLANTODONTIA
 CRO-PI 2200

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável

Clínica Otorrinos

Cnpj : - 04732904000162

WinAudio (#WAUDI218096)

Avaliação Audiológica

Emissão: 04/09/2018

Funcionário/Paciente: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Data do Exame: 04/09/2018

idade: 47 anos e 4 mes(es)

Sexo: Masculino

Tipo Consulta: Convênio

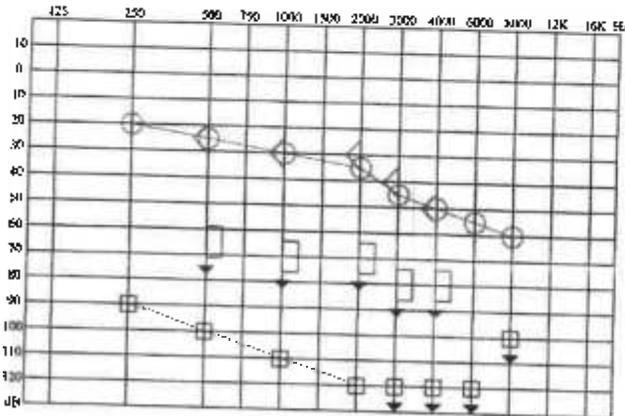
Convênio: SUS

Audiômetro: AC33 (Última Aferição: 15/06/2018)

Documento:

Profissional que solicitou o exame:

AUDIOMETRIA



LRF-OD: 50 dB

LRF-OE:

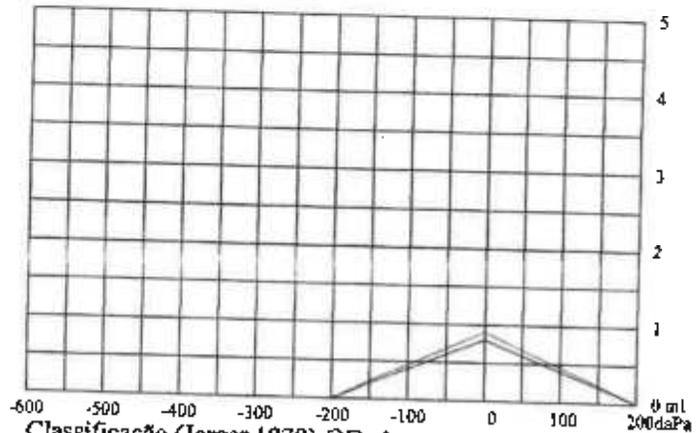
LAF-OD:

LAF-OE:

Índice Percentual de Reconhecimento de Faixa

	Intensid	Monossil	Dissil
Pal. Faladas	— —	25	25
OD	70 dB	100 %	
OE	100 dB		

IMITÂNCIA ACÚSTICA



Classificação (Jerger, 1970)-OD: A

Classificação (Jerger, 1970)-OE: A

Mascaramento (em dB)

	VA		VO		LOGO Quant
	Min	Max	Min	Max	
OD		90		100	
OE					

Reflexo Acústico

Orelha Direita

Hz	Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI
500	25	90	65	
1000	30	100	70	
2000	35	100	65	
4000	50	110	60	

Orelha Esquerda

Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
100	AUS		
110	AUS		
120	AUS		
AUS	AUS		

Sonda no OE

Sonda no OD

PARECER AUDIOLÓGICO
 PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL GRAU LEVE A MODERADO COM SRT INCOMPATÍVEL À DIREITA;
 PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL GRAU PROFUNDO À ESQUERDA;
 TIMPANOGRAMA "A" COM REFLEXOS PRESENTES EM OD;
 PARA O CASO SUGERIMOS O BERA AFIM DE MELHORES ESCLARECIMENTOS.

Carla Carvalho Coute
 Fonoaudióloga
 Especialista em Audiologia
 CRFA - PI 7408

NOME : REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA
MÉDICO : CARLOS EDUARDO MENDONÇA BATISTA
NÚMERO : 511305 DATA : 09/07/2018
FATURA: 4718109



RADIOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE

RELATÓRIO

O estudo radiológico dos seios da face, realizado em incidências hirtz, fronto/naso e mento/naso, demonstra:

- Seios maxilares: com radiotransparência conservada.
- Células etmoidais: pneumatizadas, íntegras.
- Seio Frontal: com transparência normal.
- Fossas nasais: sem alterações radiológicas. Septo nasal centrado.
- Placas de osteossintese cirurgicas em paredes dos seios maxilares.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Placas de osteossintese cirurgicas em paredes dos seios maxilares.

Obs: Exame impresso em filme termosensível a laser. Não podendo ser submetido a calor.



UDI

Segurança em Diagnósticos Médicos

www.udl24horas.com.br

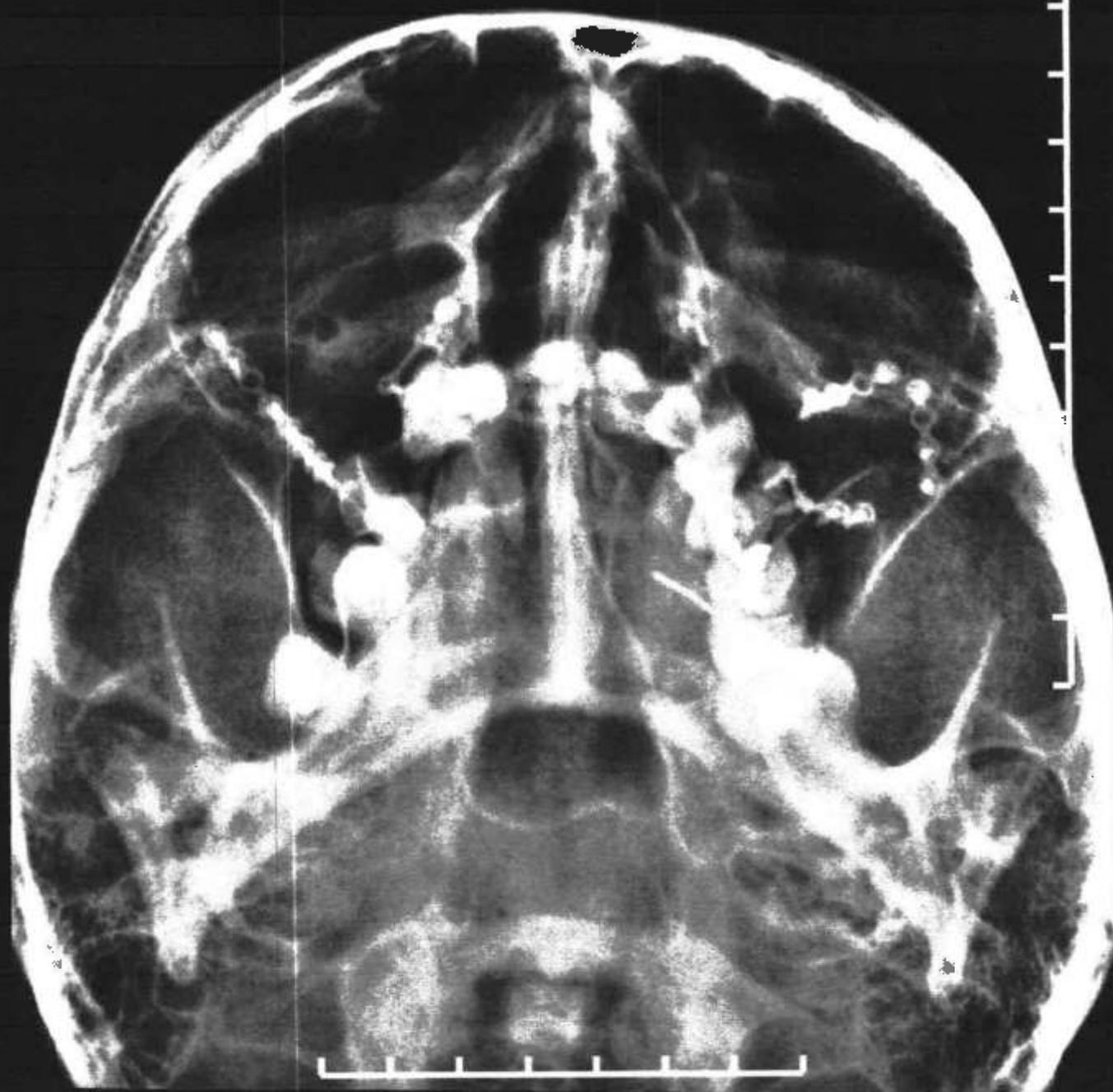
(86) 4009-1715
(86) 3214-8800



TERAL

Pront 511305
Técnico 38Junior

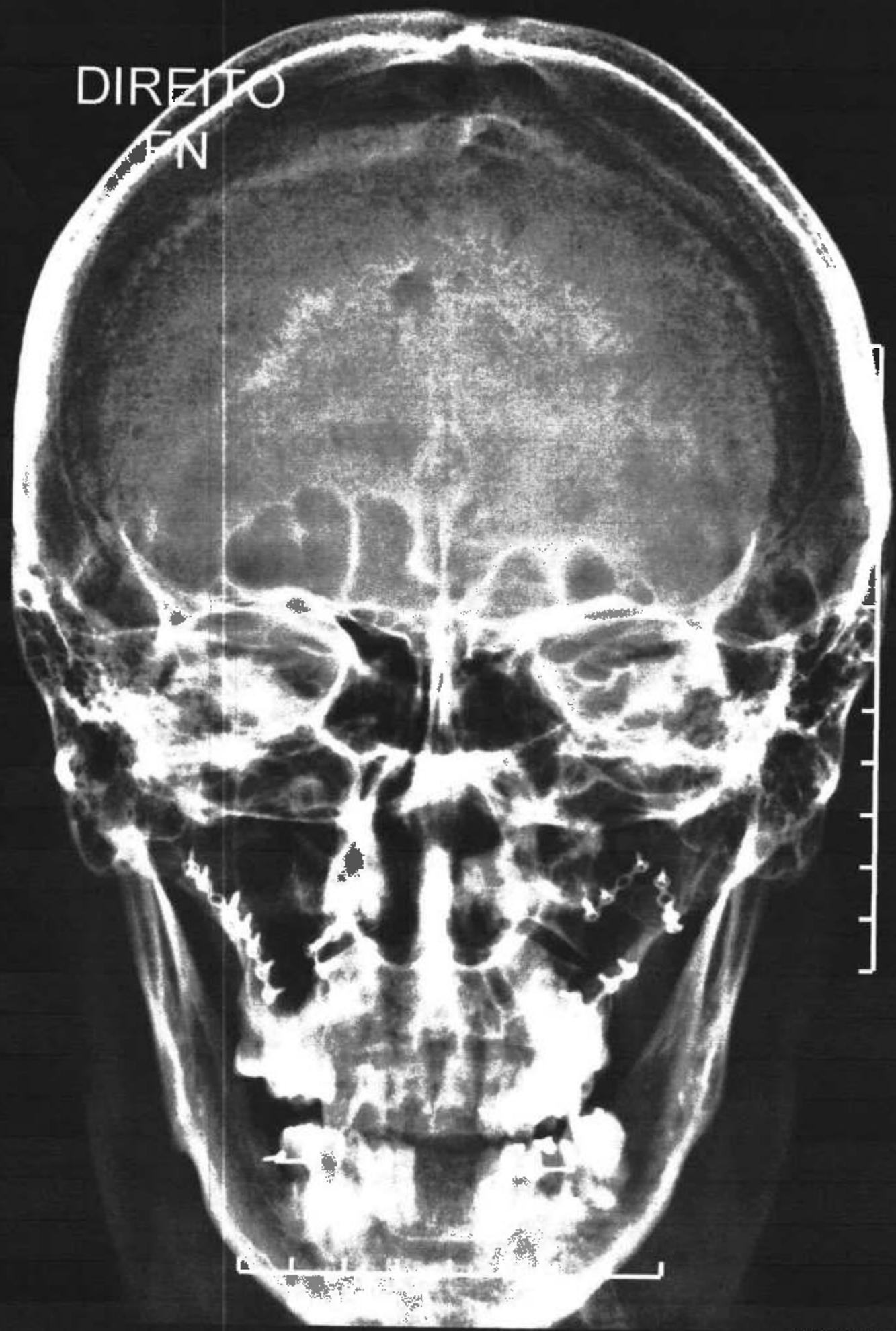
DIREITO



Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA, Sex: M
Acesso: 4718109

UDI 24 HORAS
D/N: 18/5/1971 Ida
Data: 9/7/2018 Ho

DIREITO
EN



Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA, Sex: M
Acesso: 4718109

UDI 24 HORAS
D/N: 18/5/1971 Id
Data: 9/7/2018 H

UDI

Segurança em Diagnósticos Médicos

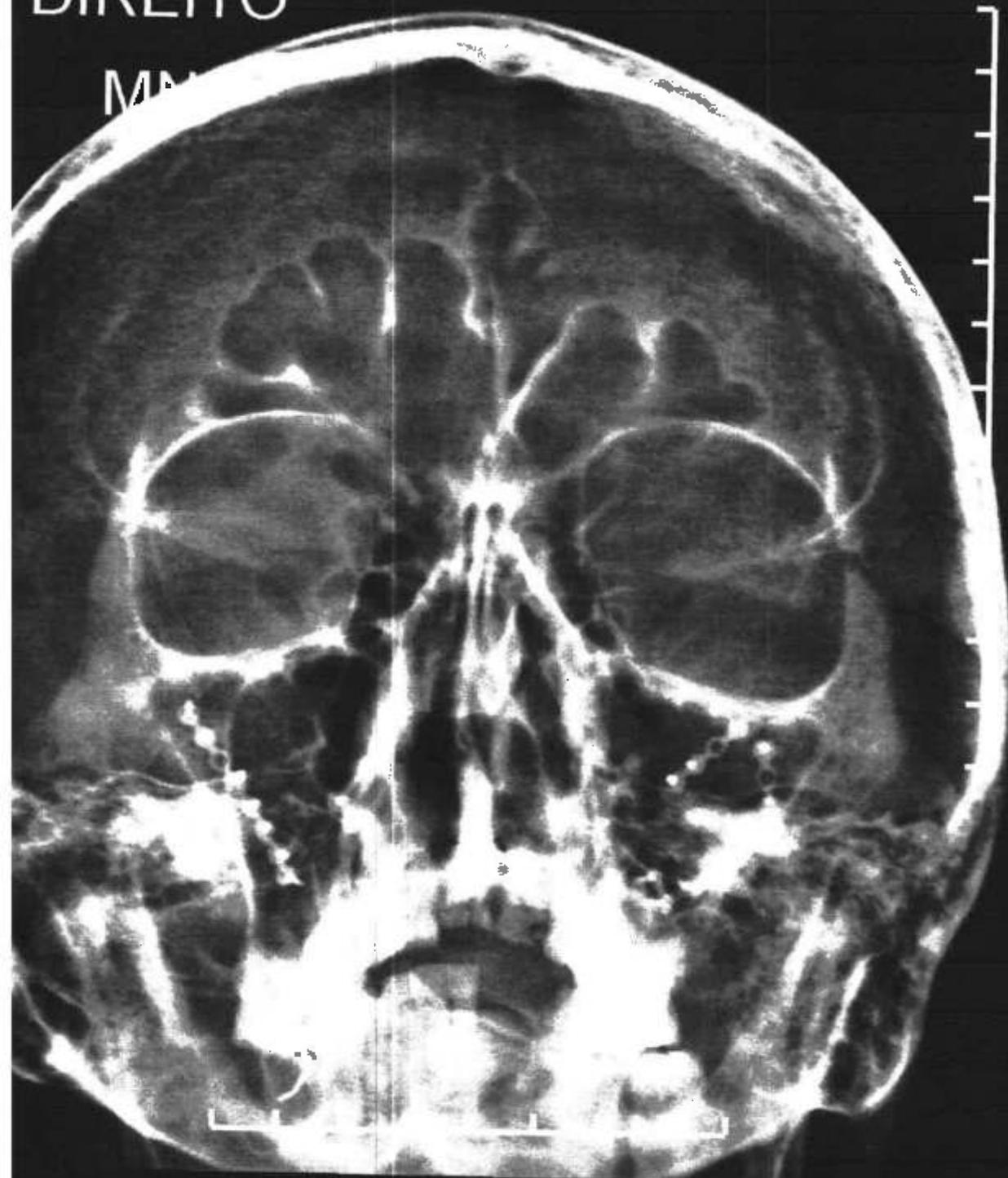
www.udi24horas.com.br

(86) 4009-1715
(86) 3214-8800



DIREITO

MM

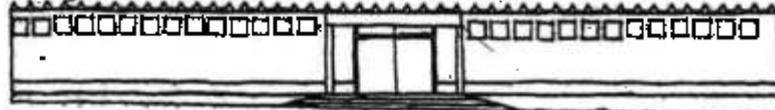


Pront: 511305
Técnico: 38Junior

Senha HUT: 20052018007
(Auto pedido)

Senha estadual:
20180520058793

ID: 26937 | Autocódigo: 231451881



HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA
ELESBÃO VELOSO • PIAUÍ



DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DA UNIDADE Hospital Estadual Norberto Moura (HEMM) - Elesbão Veloso	PARA A UNIDADE Hospital de Urgência de Teresina - HUT (Teresina)
PACIENTE Reinaldo Nogueira da Silva	REGISTRO —
#TCE grave # MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO As 21:20h A última de acidente motociclistico (queda de moto), não usava cinto de segurança e chave ingerida bebida alcoólica. Ao exame: consciente, desorientado, frequência cardíaca (117bpm), eupneico, saturação: 94% - Glasgow: 14; anisocoria (midríase à esquerda); lesão aberto-contusa em lábio inferior e supercílio esquerda; sinal de guarnim com edema importante em face.	
DATA 20 / 05 / 2018	Médica responsável pelo encaminhamento/Carimbo Dr. Valmir da Costa MÉDICA CRM-PI 6600

FICHA DE RETORNO

DA UNIDADE	PARA A UNIDADE
DATA ____ / ____ / ____	Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo 17 SET 2018

OBSERVAÇÃO:

1. Este formulário deverá ser preenchido em duas vias.
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à unidade de origem

Alta



NOME DO PACIENTE: Neivaldo Nogueira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 219 940

PROTECTORIA
DE SEGUROS
17 SET 2018
SECRET

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

~~Reinaldo~~
 CIR GERAL ~~de~~
~~Boto~~
SUS SUS
 CIR. PLÁSTICA

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 20/05/2018 23:32:25
 (User: LINDEVAL)
 (Estação: RECEPCAOPI)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA		Prontuário: 219940
Mãe: TERESINHA NOGUEIRA DA SILVA	Pai:	
End. Resid.: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000		
Nascimento: 18/05/1971	Idade: 47a:0m:2d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9493-8655
Responsável: MARIA DA CRUZ		CNS: 898002997591505
Profissão: VIRGILANTE	CPF: * RG: 3044022-8898-24	
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		17 SET 2018

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 665912	Data: 20/05/2018 23:27:13	Condução: AMBULANCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Acid. Trab.: Sim	Trajetos?: Sim	Convênio: S U S
Tipico: Não	CID Secundário: V299	

ADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de moto há 04 horas, sem uso de capacete, uso de óculos escuros
 A) Mucos aéreas purúlas, sem color cervical B) MV + Bilateralmente, sem RA, SatO2 = 94%
 C) ISNF em 2T, abdome inocente, pulso estável D) Glasgow = 14, edema e equimose periorbital bilateral E) Lesão peripucocarente em lábio inferior, edema facial, coxega enfiada com presença de sangue

HUT DR. ZENON ROCHA
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME AXOMULTIPLAX + T + ABX S/C
 DATA: 20/05/18 00:05/18

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: 121	DATA: 20/05/18 00:05/18
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Analgesia - Tramal 100mg 01 ampola + 100 ml SF 0,9% IV AGORA
 solicitado TC de crânio, TC de face, TC de coluna cervical, TC de tórax e TC de abdome

ALTA: <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência: _____
		DATA SAÍDA: ____/____/____ HORA: ____:____:____
ÓBITO: <input type="checkbox"/> Até 24 hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 hs <input type="checkbox"/> Após 48 hs	DESTINO: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<input checked="" type="checkbox"/> Internação na Unidade Proced. Solicitado: 0404020518
		CID Compatível: 502.4 Prof: 888-0261-1578-333-44 Internação: _____

Jó Ozer Castro Sousa
 Clínica Médica
 Pneumologia
 CRM-DF 20705 / CRM-PI 4280

Maria da Cruz Alves da Silva
 Assinatura Paciente ou responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 20/05/2018 23:32:25
(LINDEVAL)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA		Prontuário: 219940	
Mãe: TERESINHA NOGUEIRA DA SILVA		Pai:	
End. Resid.: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000			
Nascimento: 18/05/1971	Idade: 47a:0m:2d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9493-8655
Responsável: MARIA DA CRUZ		CNS: 898002997592505	
Profissão: VIRGILANTE		Documento: RG: 3044023 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 665912	Data: 20/05/2018 23:27:13	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S - U - S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__: ESPECIALISTA: NE 17 SET 2018

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TC: fratura complexa +
fraturas nasais + fratura
pirâmido + HSBT.
CD: Interferir p/ SMF.
Bucal NE em 24h

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__: Epit. ec em 24h.

Jon Carlos Amador
de cirurgia
Mant. interna p/ BUAF

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__: ESPECIALISTA: 92120

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: CIR. Plástica
- Paciente alocado em UTI

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 21/05/18 00:58

Paciente vítima de acidente motociclístico; consciente; apresenta edema facial, equimose periorbital bilateral. TC de face indica fratura complexa de maxila + fratura de osso nasal. Lesão III. Cd: aguardar red. de edema para realização de cirurgia.

Maria do Amparo de S. F. Med
Cirurgia Buco Maxilo Facial e
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
CRC-PI 803



214181

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

95383

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executor: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	214787

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA	6 - Prontuário: 219940			
7-CNS: 898002997591505	8-Nascimento: 18/05/1971	9-Sexo: Masculino	RG: 3044023 - SSP PI	
11-Mãe: TERESINEA NOGUEIRA DA SILVA	12-Fone: 86- 9493-8655	14-Cor: Sem Informação		
13-Resp: MARIA DA CRUZ	16-Munic: ELESBAO VELOSO	17-Cod.IBGE: 220350	18-UF: PI	19-CEP: 64325-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos:

paciente vítima de acidente de trânsito com fratura de osso da face.

02/05/2018

REC. COLEÇÃO DE SEGUROS

17 SET 2018

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

T.C de Face

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura dos ossos maxilares e maxilares

24-CID Prim: **S024** 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 0404020518	27-Procedimento Solicitado: OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA	Taxa: 500	
29-Clinica:	30-Caráter: 02	31-Ident.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: 239.978.933-49
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: MARIA DO AMPARO DE SOUSA FARIAS MELO	34-Data Solicitação: 20/05/2018	35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CROB:
38- () Acidente Trabalho Trajeto	45 - Vinculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	50-Ass. Carimbo (Rq. Conselho)
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	Usuário: MANUE JUNIOR Consulta Local: 665912 Consulta SUS: Impressão: 21/05/2018 01:11:40
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
 FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
 HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Reinaldo Noqueira da Silva	219940				
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS				
6º DIA: Furatona 500mg + Norox	BUCOMAXILOFACIAL				
PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES				
DATA: 26/05/18 HORA: 14:11	12h Realizado troca de curativos em F.O em supercílio usado SF 0,9%. Ouse. 079034				
1) Dieta líquida pastosa <small>1000 Ovos S.P. Aquar Nutricionista CRAB - 5845</small>					
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h					
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h		12			
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h Sump					
5) Dipirona sódica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h		12			
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h		14			
7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h Sump					
7) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia					
8) SSVV					
Obs: Paciente encaminhado ao Centro Cirúrgico às 11:00 Horas, porém P.A alta.					
21:30					
Losartem cr. 50mg: dep. VD					

Marcos César Lopes
 MÉDICO
 CRM: 10100 CPF: 070.450.187.8

MÉDICO/CRM:

17:15h - comunicado ao setor de Nefrologia. @

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Reivaldo Nogueira da Silva</u>	PRONTUÁRIO <u>219940</u>
DA CLÍNICA <u>Bucmaxilo</u>	LEITO
A CLÍNICA <u>Nefrologia</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente com trauma facial (fratura do osso zigomá-
tico) necessita de procedimentos cirúrgicos. Apresenta
elevada taxa de ureia (84mg/dl). Solicito parecer
da nefrologia.

DATA: 23/05/18

Jr. José Carlos Gomes Filho
CIRURGIABUCO-MAXILO-FACIA
IMPLANTODONTIA
CRO-PI 2200

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Reivaldo Nogueira, 47a, vítima de acidente
de motociclismo, c/ trauma facial (fr
do osso zigomático).

Exame físico: HTA: 4,9 HTD: 13,3 Glic 113 ur 84
S/ sinais de uree.

Antecedente de hiperuricemia.

EM: TMA re-pul.

CV: ↑ hidratação EV

- Suprimo Tiofil e Alopurinol

- Copul dose ajustada a final.

- Amido amilase (1) anal gen e / + urato
re controle benigno

DATA: 23/05/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Reinaldo Nogueira da Silva</u>	PRONTUÁRIO <u>219946</u>
DA CLÍNICA <u>BMF</u>	LEITO
À CLÍNICA <u>Clínica Médica</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente hipertenso descontrolado em uso constante de losartana, mas não está usando este medicamento no hospital. Também apresenta crise de ansiedade constante.

DATA 16/05/18

Mania Cândida de Almeida Lope
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
ASS. MÉDICO CONSULTANTE
CRM 1012 - CPF: 000.000.000

PARECER

Paciente evolui bem com edema de face; peso aumentado; PA: 130 x 90 mm Hg; apresentando ~~pressão~~ hipertensão no quadro; cond: ajustado anti hipertensivo

[Stamp: Hospital de Urgência de Teresina - Clínica Médica - Professor Dr. Zenon Rocha]

[Handwritten signature]

DATA 28/05/18

Dr. Cláriston Silva Moura
Médico
CRM - PI 21307-000 - R. 000.000.000
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Rivaldo Nogueira do Silva</u>	PRONTUÁRIO <u>219940</u>
DA CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	LEITO
À CLÍNICA <u>médica</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente automobilístico, apresentando fratura costal, em programação cirúrgica pelo braço direito. Paciente apresentando Hematócrito 25,8% e hemoglobina (8,5 g/100ml) baixos. O paciente já recebeu dos labor de coagulados de hemostasia, mas ainda permanece com níveis baixos. Solicito realizar a consulta.

DATA: 27/05/16

Laércio de Sousa Brito Junior
Classe e Registro de Especialista Federal
ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

PACIENTE PREVIAMENTE HIPERTENSO, INDICADO PARA TRANSFERÊNCIA DE FASE I/CE, EVOLUI COM ANEMIA AGUDA E RELATO DE FEIJA ENEGUECIDA

CD:

SUSPENDER AINEI (AVALIAR)
INICIAR IBP EM DOSE PLENA
INVESTIGAR HEMORRAGIA DIGESTIVA
→ EDA / COLONOSCOPIA

DR. DAVES PRADO
Clínica Médica - RQE: 2303
CARDIOLOGIA - RQE: 2951

OBS: Clínica Médica aguarda a mudança do

medicamento na ficha do paciente.

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
 FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
 HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE <i>Reivaldo Azevêdo de Silva</i> DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES FR <i>FR: Fratura C2 M + NASAL</i> P.O. <i>3</i>	PRONTUÁRIO ALERGIAS HORÁRIO	D. NASCIMENTO A. ENT. ou APT. 225 EXT 1 MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE BUCOMAXILOFACIAL	LEITO OBSERVAÇÕES SINAIS VITAIS <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>TEMP</th> <th>P</th> <th>F</th> <th>PA</th> <th>DIURESE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>36</td> <td>83</td> <td>13/9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24</td> <td>37</td> <td>91</td> <td>20/12</td> <td></td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>37</td> <td>96</td> <td>22/13</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Obs sobre exames, autoto Em 10 ME. medicab apr. Dr	TEMP	P	F	PA	DIURESE	12					18	36	83	13/9		24	37	91	20/12		06	37	96	22/13	
TEMP	P	F	PA	DIURESE																								
12																												
18	36	83	13/9																									
24	37	91	20/12																									
06	37	96	22/13																									
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: 29/05/18 HORA: 07:02																												
1) Dicta líquida pastosa																												
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h																												
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h																												
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h																												
5) Dipirona sódica 500mg, 1 amp+AD, EV de 6/6h																												
6) Ranitidina 30mg 1 amp+AD, EV de 8/8h (Suspensão)																												
7) Ranitidina 20mg +AD EV de 12/12h (Suspensão)																												
7) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia																												
8) SSVV																												
9) Lorantano 50mg comprimido v.o. 12/12h																												
10) Tramadol 1 amp + SF 0,9% 100ml EV 8/8h																												
11) Dexametasona 1 amp + AD, EV 12/12h																												
12) Antibiótico 10mg v.o. por AD 2, 110 e 12. PAS 7 Formulado																												

Dr. Melissa Azevêdo de Silva
 CRM: 100.000/PA

MÉDICO/CRM: *Ezequias C.E. on 8:00*

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME: Reivaldo Nogueira da Silva IDADE: _____ anos DATA: ____/____/2016

HORÁRIO DE ADMISSÃO: 12 h 40 min TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA: Fucl. CO2m + maxilar CIRURGIÃO: _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>132/75</u>	<u>138/77</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>108</u>	<u>83</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>BORIBURO</u>	<u>BORIBURO</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tam apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO: TOTAL: 09

ESCALA DE DOR ALTA: ASS.: none

Assessoria: Dr. Aparecido Custódio CRM 20057 - ENF

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() LOSTOMIA	SONDA: () NASOG () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: 12:40 Admitido no SRPA em pós de 1^o cirurgia em CO2m + maxilar. Submetido a 1^o sonda nasogástrica, eufórico, respirando a.a. FU com anestesia limp.

RAIO-X REALIZADO: _____
 DATA: _____
 Técnico: _____

Assessoria: Dr. Aparecido Custódio CRM 20057 - ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA: _____ ALTA SRPA: _____

HORÁRIO: _____ ANESTESIOLOGISTA: Felipe Barros Aguiar CRM 17134

ENCAMINHAMENTO: () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
 centro cirúrgico

Nome do Paciente *Rivaldo Nequeira da Silva*

Diagnóstico pré-operatório *Fract COEM + Maxila*

Operação - Tipo *Ortoplastia de fratura de maxila*

Cirurgião *Matthias Araújo*

1º Assistente *Residente*

2º Assistente *Residente*

3º Assistente

Instrumentador(a) *Rose*

Anestesista *Dr. Fabiano*

Anestesia *geral*

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Ortoplastia de fratura de Maxila

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

NDW

[Handwritten signature and stamp]

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
 (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Anestesia geral 2) antiseptia intra e extraoral 3) exposição dos campos 4) infiltração 5) acesso intraoral p/ maxila 6) síndrome de maxila e redução da fratura 7) redução 8) fixação de placa no pilar zigomático 9) sutura

Dr. Matthias Araújo da Silva
 Cirurgião Maxilo-Facial
 CRM - PI 779



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29, 05, 18

NOME DO PACIENTE: <i>Reivaldo Nogueira dos Santos</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>219940</i>
DIAGNÓSTICO: <i>Fígado em cirrose macia</i>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <i>geral</i>	Nº DA SALA: <i>09</i>
CIRURGIÃO: <i>Dr. Matias</i>	CPF Nº: <i>096.850.493-00</i>
AUXILIAR: <i>Residentes</i>	CPF Nº:
ANESTESIA: <i>Dr. Fabiano</i>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <i>Rose</i>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI <i>24</i>	UNID.	<i>01</i>	
AGULHA 30X8	UNID.	<i>02</i>		LUVA Nº <i>70</i>	PAR	<i>02</i>	
AGULHA 40X12	UNID.	<i>04</i>		LUVA Nº <i>75</i>	PAR	<i>04</i>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<i>10</i>	
ALCOOL 70%	ML	<i>100</i>		PVPI DE GERMANTE	ML	<i>100</i>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<i>100</i>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<i>04</i>		SERINGA 20CC	UNID.	<i>04</i>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<i>01</i>		SERINGA 10CC	UNID.	<i>02</i>	
ESPARADRAPO <i>Microspore</i>	CM			SERINGA 5CC	UNID.	<i>04</i>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 50.0	FRASCO	<i>04</i>	
GASES	PAC.	<i>06</i>		SONDA URETRAL <i>apuroes</i>	UNID.	<i>02</i>	
JELCO Nº	UNID.			<i>eletrados</i>	und	<i>05</i>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<i>tubo</i>	und	<i>01</i>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<i>escara</i>	und	<i>04</i>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <i>4-0</i>	und	<i>01</i>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <i>Klemysa</i>			
VICRYL <i>4-0</i>	und	<i>01</i>		CIRCULANTE: <i>Priscilla</i>			
PROLENE							



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUIT
 Rua Dr. Otto Vitor 1828 - Educação - Fone: 36 2116 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.572.517/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 218848)
 Endereço: RUA JOAQUIM REINOLDO S/N - BAIRRO DE FATIMA - CLESONO VELOSO - PI CEP: 64325-000
 Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m7d Sexo: MASCULINO Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 666912
 Requisição: 839858 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER GASTRO SOUSA
 Controle: 1038453 Convênio: S U S

RELATÓRIO

Cod. SIA: 0208010044

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 5MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- * PAREDES LATERAL, MEDIAL E INFERIOR DA ÓRBITA ESQUERDA.
- * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES, ETMOIDAIS E ESFENOIDAL ESQUERDA.
- * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
- * PROCESSO PTERIGÓIDE ESQUERDO.

- HEMOSSINUS MAXILAR, ETMOIDAL BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.
- PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSSÍNTESE NAS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES.
- EDEMA E BOLHAS GASOSAS EM PARTES MOLES DA FACE.

(GRANDE BRUNO)

TERESINA - PI 25/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO

CPR: 696.958.308-15 CRM-PI 3090
 Profissional Responsável

Osvaldo Soares de Carvalho
 CRM-PI 3090
 CBO 35110000

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tillo 1920 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.503.917/0022-02

Nº 01/0001

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA (Prontuário: 219940)**
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839895 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038460 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- FRATURA NA MASTÓIDE ESQUERDA.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
[Profissional Responsável]

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. GUILBERTO LOPES Redenção - Fone: 86 3219 5445
TERESINA-PI CEP: 64017 770 CMBU: 05.522.517/0022 02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA (Prontuário: 219940)**
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839896 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038461 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOTDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- PEQUENAS ÁREAS COM ATENUAÇÃO EM VIDRO FOSCO ESPARSAS NAS REGIÕES POSTERIORES DOS PULMÕES, INESPECÍFICAS.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVELS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF 698.968.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Residência - Fone: 86 210 5445
TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.523.917/0022-02

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839897 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038462 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0206030010

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE ABDOME

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E PELVE DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RNNS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. CÁLCULO NO TERÇO MÉDIO DO RIM ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 1,4 cm, COM DENSIDADE DE 480 UH.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENALS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURALS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- AUSÊNCIA DE LÍQUIDO NA CAVIDADE PERITONCAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional responsável



LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839898 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038463 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- * PAREDES LATERAL, MEDIAL E INFERIOR DA ÓRBITA ESQUERDA.
- * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES, ETMOIDAIIS E ESFENOIDAL ESQUERDA.
- * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
- * PROCESSO PTERIGÓIDE ESQUERDO.

- HEMOSSÍNUS MAXILAR, ETMOIDAL BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.

- PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSSÍNTESE NAS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES.

- EDEMA E BOLHAS GASOSAS EM PARTES MOLES DA FACE.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. ODUÍLIO TILLO 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-970 CNPC: 05.522.917/0022-02

Pag: 1/1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA (Prontuário: 219940)**
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 6658:2
Requisição: 839899 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038464 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIS AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Prof. Assistente Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 06 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64011-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a:0m:3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839895 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038460 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- FRATURA NA MASTÓIDE ESQUERDA.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Autenticado em
Sistema de
Certificação Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Pinto 1920 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA - PI CEP: 64017-770 - CNPJ: 05.932.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a:0m:3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839896 Solicitação 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038461 Convênio S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL, E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- PEQUENAS ÁREAS COM ATENUAÇÃO EM VIDRO FOSCO ESPARSAS NAS REGIÕES POSTERIORES DOS PULMÕES, INESPECÍFICAS.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-PONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MADIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MADIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF 696 958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável

TERESINA, 21 de Maio de 2018
OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR
CRM-PI 3090
Profissional Responsável


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-00

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA (Prontuário: 219940)**
 Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
 Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a:0m:3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
 Requisição: 839897 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
 Controle: 1038462 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE ABDOME

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E PEIVE DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. CÁLCULO NO TERÇO MÉDIO DO RIM ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 1,4 cm, COM DENSIDADE DE 480 UH.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- AUSÊNCIA DE LÍQUIDO NA CAVIDADE PERITONEAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958 303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

HUT
 Hospital de Urgência de Teresina
 Rua Dr. Otto Tito 1820
 Redenção - Teresina - PI
 CEP: 64017-770

[Handwritten signature]
 Osvaldo Soares de Carvalho Junior

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Celso Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: **219940**)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade 47a:0m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 655912
Requisição: 839898 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038463 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- * PAREDES LATERAL, MEDIAL E INFERIOR DA ÓRBITA ESQUERDA.
- * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES, ETMOIDAIS E ESFENOIDAL ESQUERDA.
- * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
- * PROCESSO PTERIGÓIDE ESQUERDO.

- HEMOSSÍNUS MAXILAR, ETMOIDAL BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.
- PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSSÍNTESE NAS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES.
- EDEMA E BOLHAS GASOSAS EM PARTES MOLES DA FACE.

(GRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Celso Tito 1928 Redenção - Fone: 88 3218 3443
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.521.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA (Prontuário: 219840)**
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a:0m:3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839899 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038464 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAI AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR
CRM-PI 3090
Profissional Responsável

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuario:

219940

Internação:

214787

Nome: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA**

End. Resid.: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FACIMA

Cidade: ELESBAO VELOSO - PI

CEP: 64325-000

Sexo: Masculino	Nascimento: 18/05/1971	Idade: 47a:0m:3d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: VIGILANTE
Internação		Alta		Permanência
Data 20/05/2018	Hora 23:27	Data 30/05/17	Hora 09:00	

Diagnósticos:

Cod. CID:

CID Principal:

fratura de maxila.

5	0	2	9

CID Secundário:

CID Causa Morte:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

paciente, consciente, vital

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

sem dor

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA:

Data:

29/05/17

Tipo:

Ortomaxila de maxila.

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

sem mais pd. acompanhamento. HbV.

Tipo de Alta: () Curado (X) Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa
() Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião Bucal, Maxilo-Facial
CRO-PI 779

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.913/0022-02

Prontuário:

219940

Internação:

214767

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA				
End. Resid.: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA				
Cidade: ELSEBAO VELOSO - PI			CEP: 64325-000	
Sexo: Masculino	Nascimento: 18/05/1971	Idade: 47a:0m:36	Estado Civil: Casado(a):	Profissão: VIGILANTE
Admissão: 04/10/2012	G. Instrução: Não informado	Fone: 86- 9493-8655	Cartão SUS (CNS): 899002997591500	Procedência: ELSEBAO VELOSO
Pai:			Mãe: TERESINHA NOGUEIRA DA SILVA	
Responsável: MARIA DA CRUZ				
End. Responsável: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA ELSEBAO VELOSO - PI 64325-000				
Documento: RG: 3044323 - SSP PI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data:	Hora:	Data:	Hora:	
20/05/2018	23:27	30/05/18		POSTO 1
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: J404052318 - OSTEOSSÍTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA				
CID 10: S024 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: <i>Chama</i>				
CID 10: <i>0</i>				
Tratamento Realizado:				
<i>Intensificar a medicação</i>				
Exames Realizados:				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

30/05/18
 Data

Dr. José Carlos O. Gomes Filho
 CIRURGIABUCO-MAXILO-FACIAL
 IMPLANTODONTIA
 CRO-PI 2200

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável

Clínica Otorrinos

Cnpj : - 04732904000162

WinAudio (#WAUDI218096)

Avaliação Audiológica

Emissão: 04/09/2018

Funcionário/Paciente: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Data do Exame: 04/09/2018

idade: 47 anos e 4 mes(es)

Sexo: Masculino

Tipo Consulta: Convênio

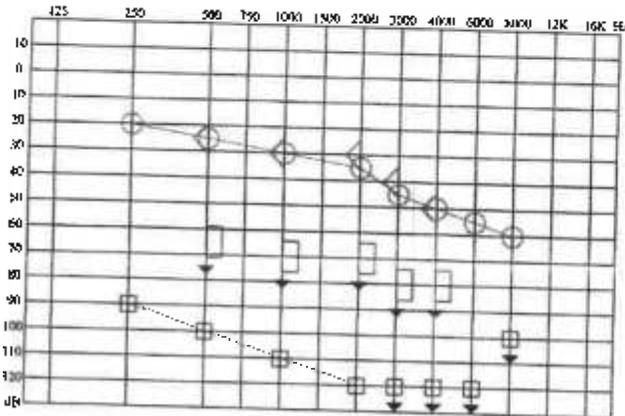
Convênio: SUS

Audiômetro: AC33 (Última Aferição: 15/06/2018)

Documento:

Profissional que solicitou o exame:

AUDIOMETRIA



LRF-OD: 50 dB

LRF-OE:

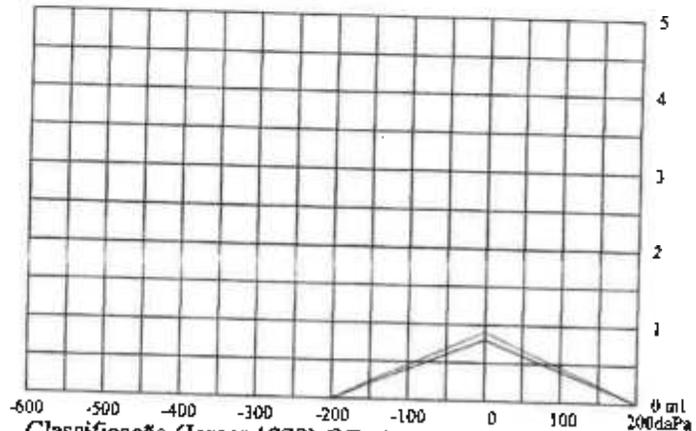
LAF-OD:

LAF-OE:

Índice Percentual de Reconhecimento de Faixa

	Intensid	Monossil	Dissil
Pal. Faladas	— —	25	25
OD	70 dB	100 %	
OE	100 dB		

IMITÂNCIA ACÚSTICA



Classificação (Jerger, 1970)-OD: A

Classificação (Jerger, 1970)-OE: A

Mascaramento (em dB)

	VA		VO		LOGO Quant
	Min	Max	Min	Max	
OD		90		100	
OE					

Reflexo Acústico

Orelha Direita

Hz	Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI
500	25	90	65	
1000	30	100	70	
2000	35	100	65	
4000	50	110	60	

Orelha Esquerda

Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
100	AUS		
110	AUS		
120	AUS		
AUS	AUS		

Sonda no OE

Sonda no OD

PARECER AUDIOLÓGICO
PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL GRAU LEVE A MODERADO COM SRT INCOMPATÍVEL À DIREITA;
PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL GRAU PROFUNDO À ESQUERDA;
TIMPANOGRAMA "A" COM REFLEXOS PRESENTES EM OD;
PARA O CASO SUGERIMOS O BERA AFIM DE MELHORES ESCLARECIMENTOS.

Carla Carvalho Coute
Fonaudióloga
Especialista em Audiologia
CRFA - PI 7408

NOME : REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA
MÉDICO : CARLOS EDUARDO MENDONÇA BATISTA
NÚMERO : 511305 DATA : 09/07/2018
FATURA: 4718109



RADIOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE

RELATÓRIO

O estudo radiológico dos seios da face, realizado em incidências hirtz, fronto/naso e mento/naso, demonstra:

- Seios maxilares: com radiotransparência conservada.
- Células etmoidais: pneumatizadas, íntegras.
- Seio Frontal: com transparência normal.
- Fossas nasais: sem alterações radiológicas. Septo nasal centrado.
- Placas de osteossintese cirurgicas em paredes dos seios maxilares.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Placas de osteossintese cirurgicas em paredes dos seios maxilares.

Obs: Exame impresso em filme termosensível a laser. Não podendo ser submetido a calor.



UDI

Segurança em Diagnósticos Médicos

www.udl24horas.com.br

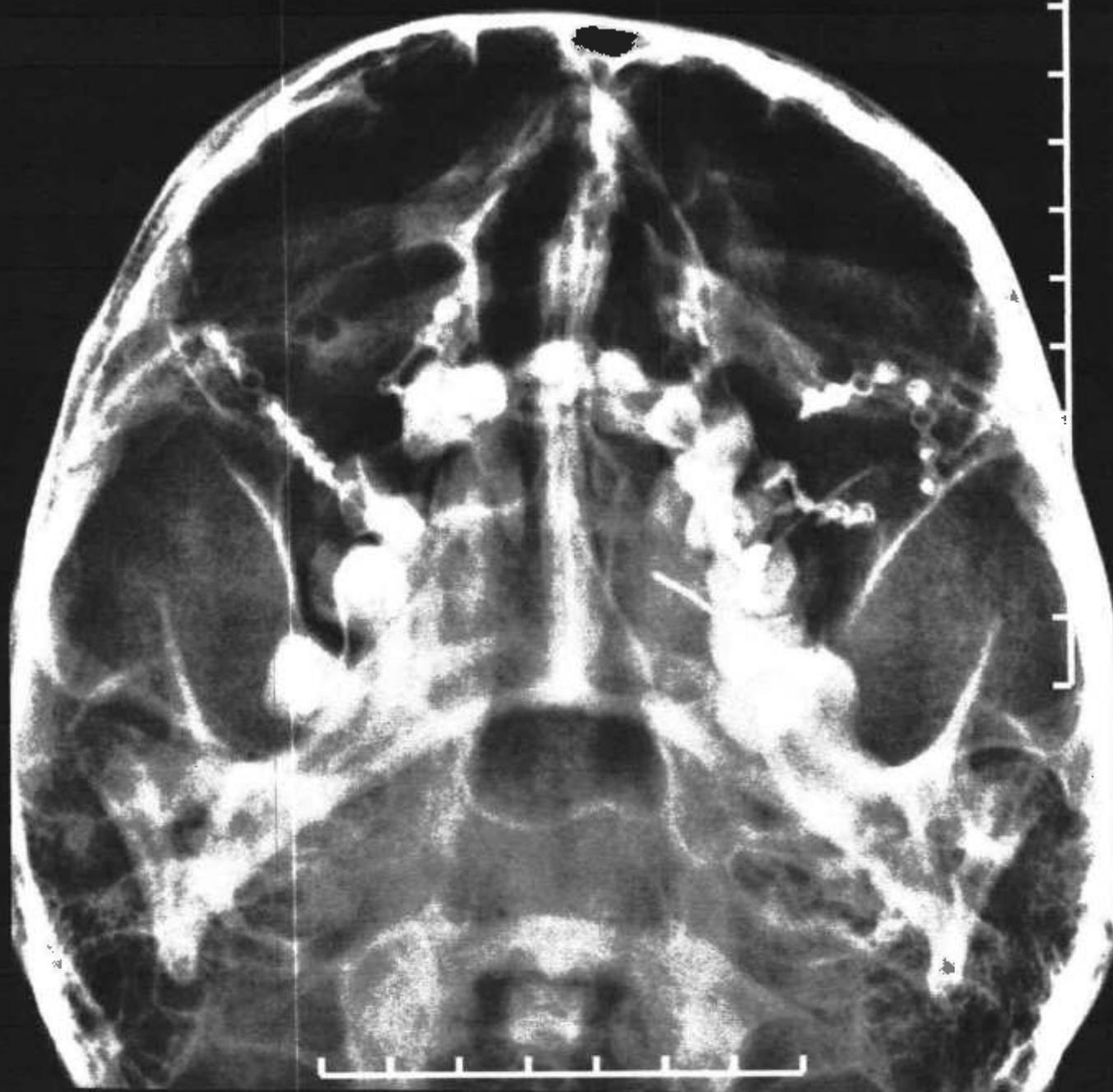
(86) 4009-1715
(86) 3214-8800



TERAL

Pront 511305
Técnico 38Junior

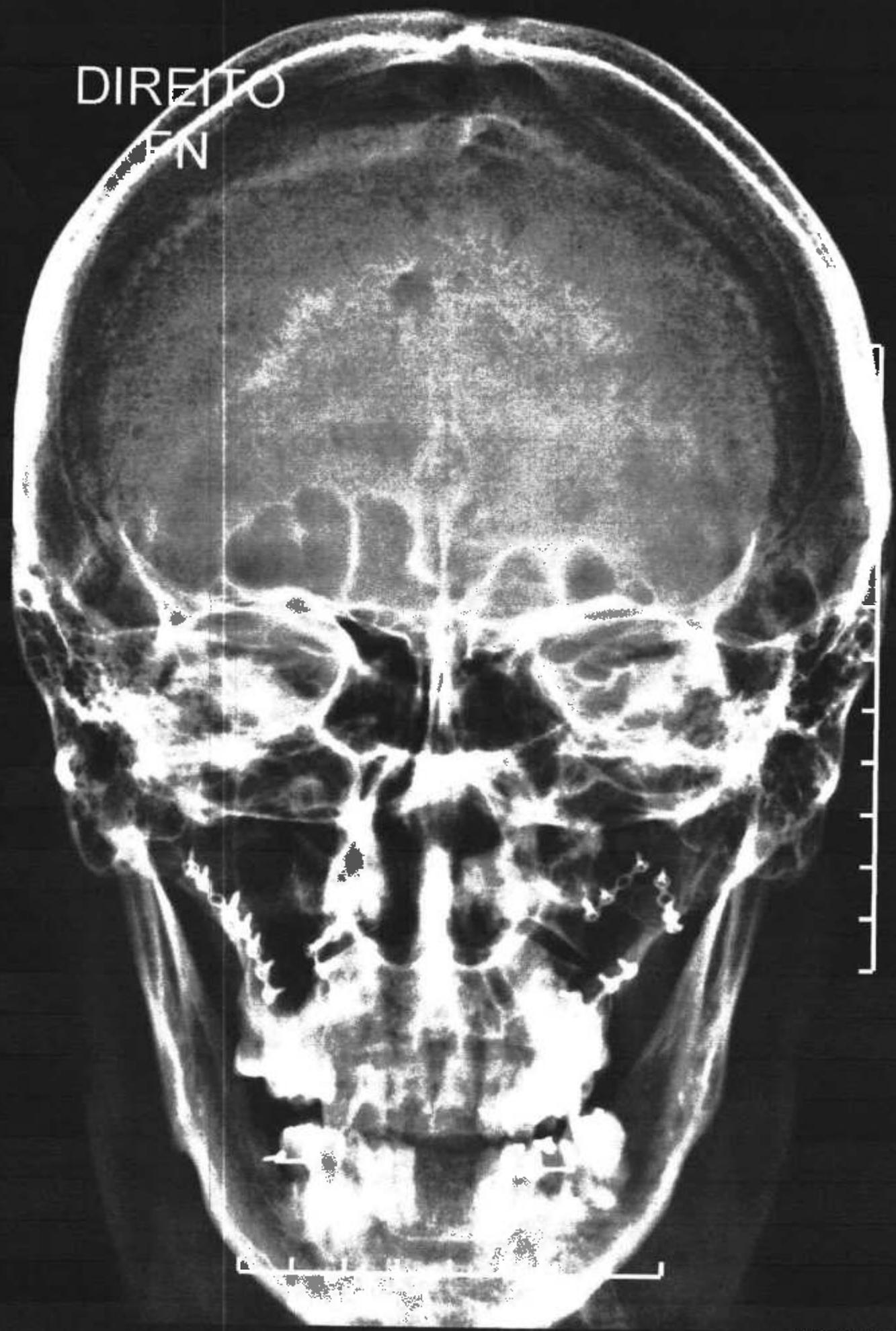
DIREITO



Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA, Sex: M
Acesso: 4718109

UDI 24 HORAS
D/N: 18/5/1971 Ida
Data: 9/7/2018 Ho

DIREITO
EN



Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA, Sex: M
Acesso: 4718109

UDI 24 HORAS
D/N: 18/5/1971 Id
Data: 9/7/2018 H

UDI

Segurança em Diagnósticos Médicos

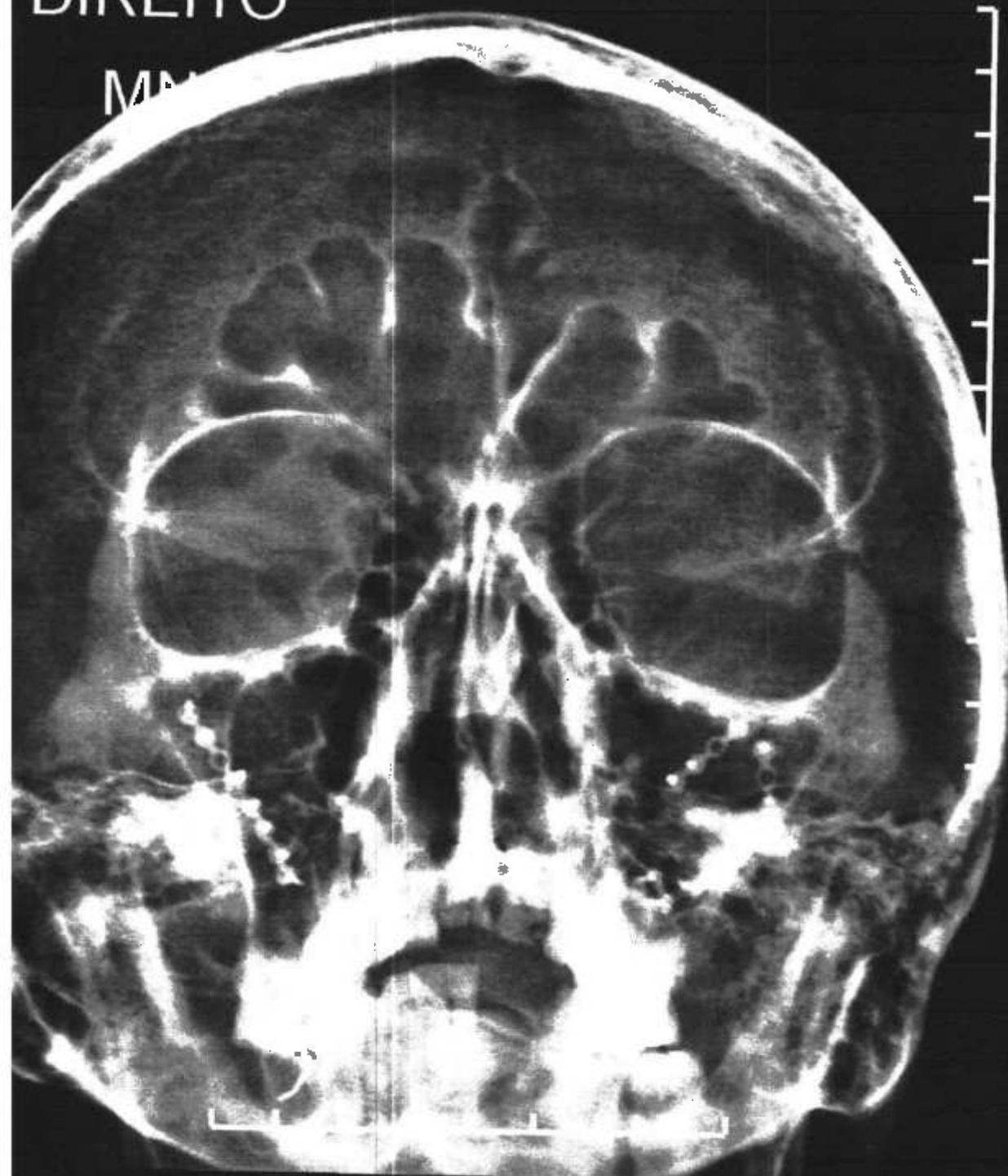
www.udi24horas.com.br

(86) 4009-1715
(86) 3214-8800



DIREITO

MM



Pront: 511305
Técnico: 38Junior



Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
 Fundação Municipal de Saúde



Centro da Unidade de Saúde

RECEITUÁRIO
 USO EXCLUSIVO NA
 REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série
Série D - Nº
253764

05.522.917/0036-0
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE 'LINEU ARAÚJO'
 Rua Magalhães Filho, nº 152 Centro
 Teresina - PI

Nome do paciente
ALVARADO, NEVELINA APARECIDA

Endereço

Bairro

ALVARADO, NEVELINA APARECIDA

*Atesto que o paciente
 apresenta desde a infância
 uma alteração genética na
 sequência e estrutura
 da Díscrito.*

L10: H90-3

Date
30/01/10

Dr. Jean José Guimarães de Araújo
 Otorrinolaringologista
 CPF: 619.547.993-49
 CRM 2385

Carimbo e assinatura do(a) profissional

**PJ CORRETORA
 DE SEGUROS**

09 NOV 2010

OPVAT

Clínica Otorrinos

Cnpj: - 04732904000162

Audiotape (#WAUD1218096)

Avaliação Audiológica

Emissão: 04/09/2018

Paciente: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Data do Exame: 04/09/2018

Idade: 47 anos e 4 mes(es)

Sexo: Masculino

Tipo Consulta: Convênio

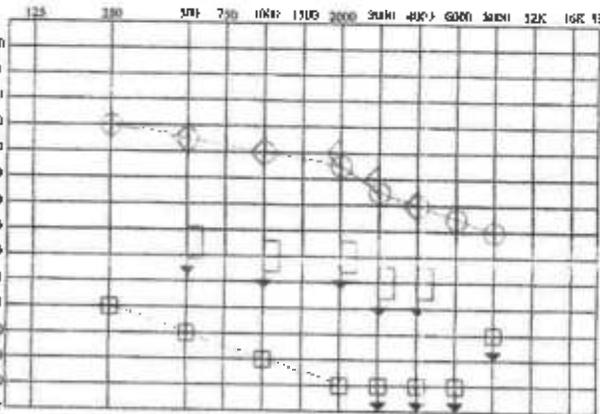
Plano: SUS

Equipamento: AC33 (Última Aferição: 15/06/2018)

Documento:

Profissional que solicitou o exame:

AUDIOMETRIA



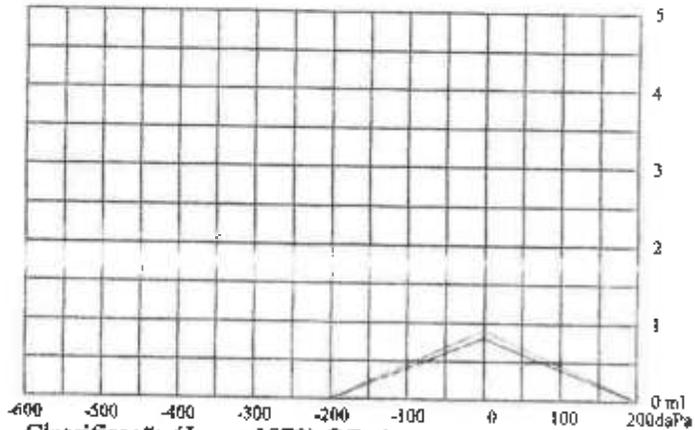
LRF-OD: 50 dB
LAF-OD:

LRF-OE:
LAF-OE:

Índice Percentual de Reconhecimento de Fala

	Intensid	Monossil	Dissil
Pal. Faladas		25	25
OD	70 dB	100 %	
OE	100 dB		

IMPEDÂNCIA ACÚSTICA



Classificação (Jerger, 1970)-OD: A
Classificação (Jerger, 1970)-OE: A

Mascaramento (em dB)

	VA	VO	LOGO		
	Min	Max	Min	Max	Quant
OD		90		100	
OE					

Reflexo Acústico

Orelha Direita

Hz	Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI	Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
500	25	90	65		100	AUS		
1000	30	100	70		110	AUS		
2000	35	100	65		120	AUS		
4000	50	110	60		AUS	AUS		

Orelha Esquerda

PARECER AUDIOLOGICO

Sonda no OE
Sonda no OD
PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL GRAU LEVE A MODERADO COM SRT INCOMPATÍVEL À DIREITA;
PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL GRAU PROFUNDO À ESQUERDA;
TIMPANOGRAMA "A" COM REFLEXOS PRESENTES EM OD;
PARA O CASO SUGERIMOS O BERA AFIM DE MELHORES ESCLARECIMENTOS.

Carla Carvalho Couze
Fonoaudióloga
Especialista em Audiologia
CRF3 - PI 7408

PJ CORRETORA DE SEGUROS

11 JAN 2018

DPVAT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Ottonio Tito 1820 - Radeação - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - EL ESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839898 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038463 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- * PAREDES LATERAL, MEDIAL E INFERIOR DA ÓRBITA ESQUERDA.
- * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES, ETMOIDALS E ESFENOIDAL ESQUERDA.
- * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
- * PROCESSO PTERTIGÓIDE ESQUERDO.

- HEMOSSÍNUS MAXILAR, ETMOIDAL BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.
- PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSSÍNTESE NAS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES.
- EDEMA E BOLHAS GASOSAS EM PARTES MOLES DA FACE.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Lillo 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 0440
TERESINA - PI CEP: 64011-770 CNPJ: 05.502.917/0020 02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 685912
Requisição: 839895 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OCER CASTRO SOUSA
Controle: 1038460 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-mental.

RELATÓRIO:

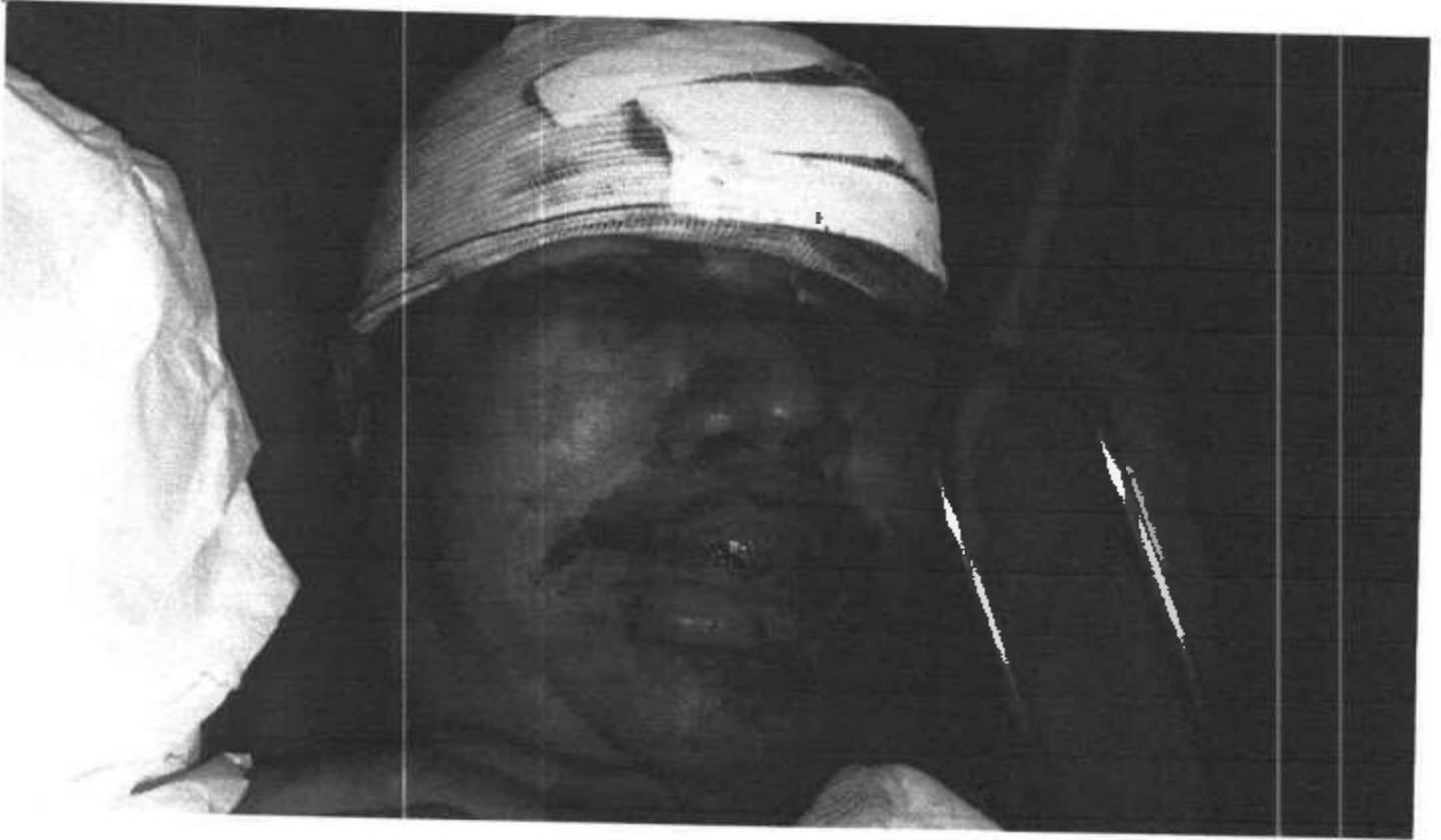
- FRATURA NA MASTÓIDE ESQUERDA.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

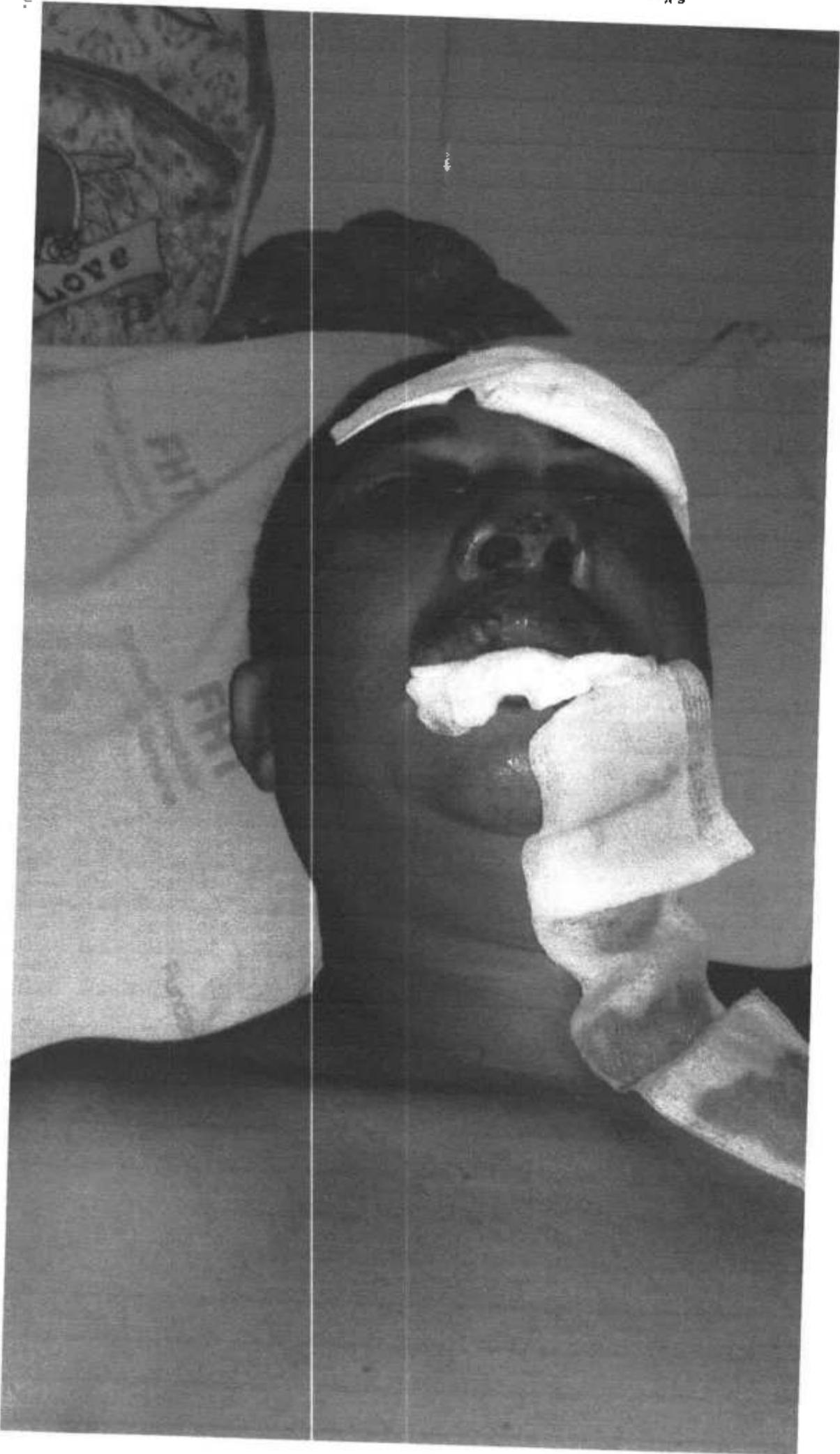
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF 696.958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável







Ouvido • Mariz • Garganta



Unidade I - Centro
Rua 1º de Maio, 138/Sul

Unidade II - Centro
Rua Félix Pachêco, 2221

Unidade III - Jockey
 **MED JOCKEY**
CENTRO MÉDICO
Av. Senador Azeiteiro Leão, 1480

REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

LAUDO MÉDICO

PACIENTE COM QUADRO DE HIPOACUSIA, ZUMBIDO E INCOMODO PIOR EM ORELHA ESQUERDA, HÁ MAIS OU MENOS OITO MESES, APOS ACIDENTE DE GRANDE GRAVIDADE COM TRAUMATISMO CRANIANO. COMO SEQUELA, FOI DETECTADA ALTERAÇÃO AUDITIVA, NA QUAL FOI REALIZADA AUDIOMETRIA HÁ 4 MESES, CONSTATANDO PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL LEVE A MODERADA À DIREITA E GRAU PROFUNDO À ESQUERDA, DE CARATER IRREVERSÍVEL.

CID: H90.3

Teresina, 01/02/2019

Dra. Waléria Eulálio M. Santos
Otorrinolaringologista
CRM: 4622

Dra. WALÉRIA EULÁLIO M. SANTOS
OTORRINO - CRM 4622



Call Center 24hs: (86) 3221.5654 • Teresina/PI
www.hospitalflaviosantos.com.br
e-mail: atendimento@hfspi.com.br



LAUDO MÉDICO

PACIENTE: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Atesto para os devidos fins, que o(a) paciente REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA entrou em entrada neste hospital no dia 20/05/2018 vítima de acidente de trânsito apresentando trauma facial cuja tomografia em anexo mostrou múltiplas fraturas de face sendo submetida a cirurgia bucomaxilofacial.

Teresina, 05 de fevereiro de 2018

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião Buco-Maxilo Facial
Matias Araújo da Silva

AGENCIADORIA
CORRETORA
DE SEGUROS
08 FEV 2019
DPVAT



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **3.044.023** DATA DE EXPEDIÇÃO **28/08/08**

NOME **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA**

FILIAÇÃO **TERESINHA NOGUEIRA DA SILVA**

NATURALIDADE **ELESBÃO VELOSO-PI** DATA DE NASCIMENTO **18/05/1971**

DOC. ORDEM **CERT. CASAM. 2903 L 14B F 288**

EXP ELESBÃO VELOSO-PI 26/09/90

TEREPIA - PI **143.667.358-57**

LEI Nº 7.116 DE 28-06-93 / DECRETO Nº 89.200/93

CARTÃO DE IDENTIDADE

Reivaldo Nogueira da Silva




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

**PAZ COMPLETA
DE SEGUROS**

17 SET 2008

DEMAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 Ministério da Saúde
 Conselho Nacional de Saúde
 Conselho Nacional de Controle de Atividades Farmacológicas

PI

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

DOC. SUPLENTE/OUTRO DOCUMENTO
 1661771 429 PI

CPF 849.394.433-03 **DATA DO NASCIMENTO** 20/07/1977

PLACADO
 JOSE MIRIAM DA SILVA
 MARIA CAROLINA DE SOUSA

REGIÃO **ACC** **CATEGORIA**
PERMISSÃO **PERMISSÃO** **B**

PRESCRIÇÃO 06983224635 **VALIDADE** 03/01/2019 **PRORROGAÇÃO** 04/01/2019

VALOR EM TODOS O TERCEIROS NACIONAL
1554703040

PROMOÇÃO PLASTIFICAR
1554703040

Adriana Carla de Sousa Silva
 ASSINATURA DO FARMACIA

CIDADE TERESINA, PI **DATA DE EMISSÃO** 04/03/2019

56064098122
PI31207030

PIAUI

17 SET 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADÊS

DETRAN - PI Nº 010044897879
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 343027682 EXERCÍCIO 2012
R.M.T.R.C.
NOME LUZINETE GOMES DA SILVA
COD. RENAVAM
CPF / CNPJ 34293795391
PLACA CEC-1677
CHASSI

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA / NENHUMA
COMBUSTIVEL ALCOOL / GAS
MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI
ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011
COR / VEDOMANTE PRETA
CAP. / POT. / OIL 002P / 149CC
CATEGORIA PARTICU
VENC. COTA UNICA 1º 1PVA
FAIXA LITVA. PARCELAMENTO / COTAS 2º PAGO
3º
PREMIO BRIGATILIO

PREMIO BRIGATILIO (R\$) 0,00
COTA UNICA (R\$) 0,00
PREMIO TOTAL (R\$) 0,00
DATA DE PAGAMENTO 10/04/2013
Nº MOTOR: KC18E75B117495
COTA UNICA OBRIGATORIA
CATEGORIA PARTICU / TRANSP. ESPECIAL
ELESBAO VELOSO

PI Nº 010044897879 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2012
PLACA CEC-1677
CPF / CNPJ 34293795391

EXERCÍCIO 2012 DATA EMISSÃO 16/04/2013
VIA 1 CPF / CNPJ 34293795391
RENAVAM 343027682
MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI
ANO FAB. 2011 ANO MOD. 09
Nº CHASSI 9C2KC16705R611749
PREMIO TARIFÁRIO
PREMIO (R\$) 123,32
DEBITAM (R\$) 013,70
CUSTO DO SEGURO (R\$) 137,02
QUANTO DO BILHETE (R\$) 004,15
RAT (R\$) 001,05
TAXA ASES (R\$) 279,27
DATA DE CITAÇÃO 09/04/2013

COOTA UNICA PARCELADO
Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04

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

DE SEGUROS

17 SET 2018

DPVAT

DETRAN

CONTRAN

CARTA REANÁLISE
DE PROCESSO DE INVALIDEZ

AGENCIAMENTO
CORRETORA
DE SEGUROS

11 JAN 2019

DPVAT

EU Reivaldo no gues de Silva

PORTADOR(A) DO

RG 3.044.023 E CPF 143.667.358.57 RESIDENTE NA

RUA/AV: JONH KENYON

Nº 511

BAIRRO DE FATIMA CIDADE ELESBÃO VELOSO UF: PIAUÍ

DE CLARO QUE FUI VITÍMA DE ACIDENTE DE TRÁNSITO NO

DIA 20/05/2018 ONDE HÁ LESÕES CUA ETIOLOGIA (NOTÍCIA

CAUSAL) FOI EXCLUSIVAMENTE DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÁNSITO

COM TCE APRESENTADO NA TOMOGRAFIA FRATURA NA

MASTÓIDE ESQUERDA, CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO

LADO TEM PORAL DE REÍTO. TRAUMA EM FACE APRESENTADO

A TOMOGRAFIA FRATURAS EM OSSOS DA FACE ASSIM DISTRIBUÍDAS:

Cidade Andaraí 09/01/2019

Reivaldo no gues de Silva
(Assinatura)

- PAREDES LATERAL MEDIAL INFERIOR DA ORBITA ESQUERDA.
- PAREDES DOS SEIOS MAXILARES ETMOIDAISES ESFENOIDAL ESQUERDA → ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO → OSSOS PROPRIOS DO MORIZ e SEPTO NASAL.

PROCESSO 87TERE=GOIDE ESQUERDO.

→ HEMOSSINOS MAXILAR ETMOZDAL BILATERAL E ESFINADAL A ESQUERDA

→ PLACAS E PARAFUSOS METALICOS DE OSTESSINTESE NOS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES.

→ A VALIAÇÃO AUDIOLÓGICA FOI CONSTATADA PERDA AUDITIVA SENSORINEURAL GRAU LEVE A MODERADO COM SRT INCOMPATIVEL A DIREITA.

PERDA AUDITIVA SENSORINEURAL GRAU PROFUNDO-A ESQUERDA.

TIMPANOGRAMA "A" COM REFLEXOS PRESENTES EM OD.

SOLICITO NOVO REANALISE NO MEU PROCESSO DPVT ONDE RECEDEI R\$ 843.75 POIS NÃO COMCORDO COM O VALOR POIS MINHAS SEQUELAS SÃO DEFINITIVAS.

SEGUNDO O PREVISTO NO INCISO II § 1º DO ART 3º DA LEI 6.194/74 MODIFICADO PELO ART 31º DA LEI 11.945/2009

PODEMOS CORRELACIONAR AS GRADUAÇÕES PERCENTUAIS ENTÃO COMPATIVAS AOS DANOS APURADOS -

RESPECTIVAMENTE A CADA SEGMENTO CORPORAL A COMETIDO, APURADO DE MODO GLOBAL OU SETORIAL.

SEGUEM EM ANEXOS OS LAUDOS QUE COMPROVAM AS MINHAS SEQUELAS.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180429743

Cidade: Elesbão Veloso

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Data do acidente: 20/05/2018

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA DE OSSOS DA FACE (COMPLEXO ZIGOMÁTICO ORBITÁRIO, MAXILAR E OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *& SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS EM GRAU MODERADO (50%); LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS EM GRAU LEVE (25%); E TORNOZELO DIREITO EM GRAU INTENSO (75%).

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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180429743 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL, CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO, SINAL DO GUAXINIM, FRATURA COMPLEXA DA FACE (LEFORT III). FRATURA DE MASTOIDE À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: RATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE BILATERAL E ALTA.

Sequelas permanentes: PERDA PARCIAL BILATERAL DA ACUIDADE AUDITIVA, CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 29/11/2018.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL POR LESÃO EM ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS, CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 29/11/2018.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 29/11/2018:

Vítima possui sinistros anteriores referentes a outros acidentes ocorrido em 04/10/2012 e 28/06/2014. A vítima foi indenizada referente ao acidente de 2012 em R\$ 6.750,00 referente a um déficit de 50% das estruturas crâniofaciais. Refente ao acidente ocorrido em 2014 recebeu R\$ 5.906,25 referente a uma limitação funcional do tornozelo direito em 75% + déficit de 25% das estruturas torácicas. TOTAL JÁ RECEBIDO R\$ 12.656,25. Acidente atual ocorrido em 20/05/2018, a vítima sofreu um TCE grave com contusões hemorrágicas no lobo temporal direito, fratura complexa de face LE FORT III e fratura de mastoide esquerdo, de acordo com perícia médica realizada em 29/11/2018 apresenta um déficit de 25% crânio-faciais (duplicidade de sequelas - conduta mantida) e um déficit auditivo bilateral de leve-moderada à direita e profunda à esquerda de origem central sendo então devida uma indenização complementar até o teto indenizatório (complementar com R\$ 843,75) - duplicidade de sequelas. APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180429743

Cidade: Elesbão Veloso

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Data do acidente: 20/05/2018

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA MÚLTIPLAS DOS OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÃO DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIORES EM GRAU MODERADO (50%) DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180429743 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL, CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO, SINAL DO GUAXINIM, FRATURA COMPLEXA DA FACE (LEFORT III). FRATURA DE MASTOIDE À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: RATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE BILATERAL E ALTA.

Sequelas permanentes: PERDA PARCIAL BILATERAL DA ACUIDADE AUDITIVA, CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 29/11/2018.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL POR LESÃO EM ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS, CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 29/11/2018.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 29/11/2018:

Vítima possui sinistros anteriores referentes a outros acidentes ocorrido em 04/10/2012 e 28/06/2014. A vítima foi indenizada referente ao acidente de 2012 em R\$ 6.750,00 referente a um déficit de 50% das estruturas crâniofaciais. Refente ao acidente ocorrido em 2014 recebeu R\$ 5.906,25 referente a uma limitação funcional do tornozelo direito em 75% + déficit de 25% das estruturas torácicas. TOTAL JÁ RECEBIDO R\$ 12.656,25. Acidente atual ocorrido em 20/05/2018, a vítima sofreu um TCE grave com contusões hemorrágicas no lobo temporal direito, fratura complexa de face LE FORT III e fratura de mastoide esquerdo, de acordo com perícia médica realizada em 29/11/2018 apresenta um déficit de 25% crânio-faciais (duplicidade de sequelas - conduta mantida) e um déficit auditivo bilateral de leve-moderada à direita e profunda à esquerda de origem central sendo então devida uma indenização complementar até o teto indenizatório (complementar com R\$ 843,75) - duplicidade de sequelas. APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180429743 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA DE OSSOS DA FACE.
FRATURA NA MASTOIDE ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS EM GRAU MODERADO (50%); LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS EM GRAU LEVE (25%); E TORNOZELO DIREITO EM GRAU INTENSO (75%).
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180429743

Cidade: Elesbão Veloso

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Data do acidente: 20/05/2018

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NOS OSSOS DA FACE(COMPLEXO DO MAXILAR).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ANGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL POR LESÃO EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: VITIMA JÁ EM INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIORES EM 50% DE ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS, 25% DE ESTRUTURAS TORÁCICAS E 75 DE TORNOZELO DIREITO, SINISTRO ATUAL 0%.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180429743

Cidade: Elesbão Veloso

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Data do acidente: 20/05/2018

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL GRAVE COM CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO, SINAL DO GUAXINIM, FRATURA COMPLEXA DE FACE LE FORT III. FRATURA DE MASTOIDE ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA (LIMITADA NO EIXO MÉDIO EM 2CM), DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. APRESENTA PERDA AUDITIVA LEVE-MODERADA À DIREITA E PROFUNDA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE BILATERAL. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM SETEMBRO DE 2018.

Sequelas permanentes: Perda parcial bilateral da acuidade auditiva, Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/11/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

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
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PRESTADOR

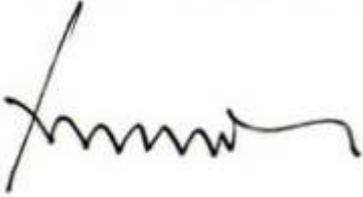
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180429743

Cidade: Elesbão Veloso

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Data do acidente: 20/05/2018

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL GRAVE COM CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO, SINAL DO GUAXINIM, FRATURA COMPLEXA DE FACE LE FORT III. FRATURA DE MASTOIDE ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA (LIMITADA NO EIXO MÉDIO EM 2CM), DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. APRESENTA PERDA AUDITIVA LEVE-MODERADA À DIREITA E PROFUNDA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE BILATERAL. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM SETEMBRO DE 2018.

Sequelas permanentes: Perda parcial bilateral da acuidade auditiva, Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima possui sinistros anteriores referentes a outros acidentes ocorrido em 04/10/2012 e 28/06/2014. A vítima foi indenizada referente ao acidente de 2012 em R\$ 6.750,00 referente a um déficit de 50% das estruturas crânio-faciais. Refente ao acidente ocorrido em 2014 recebeu R\$ 5.906,25 referente a uma limitação funcional do tornozelo direito em 75% + déficit de 25% das estruturas torácicas. TOTAL JÁ RECEBIDO R\$ 12.656,25. Acidente atual ocorrido em 20/05/2018, a vítima sofreu um TCE grave com contusões hemorrágicas no lobo temporal direito, fratura complexa de face LE FORT III e fratura de mastoide esquerdo, de acordo com perícia médica realizada em 29/11/2018 apresenta um déficit de 25% crânio-faciais (duplicidade de sequelas - conduta mantida) e um déficit auditivo bilateral de leve-moderada à direita e profunda à esquerda de origem central sendo então devida uma indenização complementar até o teto indenizatório (complementar com R\$ 843,75) - duplicidade de sequelas.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 12,5 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

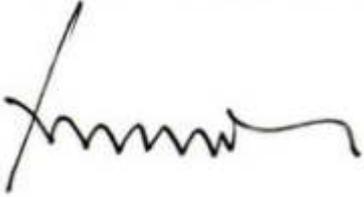
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180429743

Cidade: Elesbão Veloso

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Data do acidente: 20/05/2018

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL GRAVE COM CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO, SINAL DO GUAXINIM, FRATURA COMPLEXA DE FACE LE FORT III. FRATURA DE MASTOIDE ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA (LIMITADA NO EIXO MÉDIO EM 2CM), DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. APRESENTA PERDA AUDITIVA LEVE-MODERADA À DIREITA E PROFUNDA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE BILATERAL. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM SETEMBRO DE 2018.

Sequelas permanentes: Perda parcial bilateral da acuidade auditiva, Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima possui sinistros anteriores referentes a outros acidentes ocorrido em 04/10/2012 e 28/06/2014. A vítima foi indenizada referente ao acidente de 2012 em R\$ 6.750,00 referente a um déficit de 50% das estruturas crânio-faciais. Refente ao acidente ocorrido em 2014 recebeu R\$ 5.906,25 referente a uma limitação funcional do tornozelo direito em 75% + déficit de 25% das estruturas torácicas. TOTAL JÁ RECEBIDO R\$ 12.656,25. Acidente atual ocorrido em 20/05/2018, a vítima sofreu um TCE grave com contusões hemorrágicas no lobo temporal direito, fratura complexa de face LE FORT III e fratura de mastoide esquerdo, de acordo com perícia médica realizada em 29/11/2018 apresenta um déficit de 25% crânio-faciais (duplicidade de sequelas - conduta mantida) e um déficit auditivo bilateral de leve-moderada à direita e profunda à esquerda de origem central sendo então devida uma indenização complementar até o teto indenizatório (complementar com R\$ 843,75) - duplicidade de sequelas.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

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 auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 12,5 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

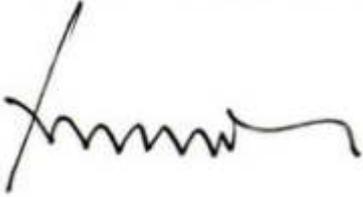
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Reinaldo Nogueira da Silva BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL casado PROFISSÃO vingilante CI RGN. nº 3.044.023 CPF/ ME
Nº 43.667.358-57 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
RUA Rua Jonh Kennedy Sin B. N. de Fatima
CIDADE DE Elesbão Veloso - Piauí
ESTADO Piauí CEP 64325-000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 849.394.433-53 E RG SOB
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Elesbão Veloso, Piauí, Pi de Julho de 2018

Cartório
1º Ofício
Elesbão
Veloso-PI

REGISTRAR
DE CORRETORA
DE SEGUROS

17 SET 2018

Reinaldo Nogueira da Silva

OUTORGANTE

1º Ofício de Notas, Registro de Imóvel, Títulos e Documentos, Pessoa Jurídica
Rua Francisco Leite Pereira, N 25, Centro - Elesbão Veloso - PI - CEP 64325-000
e-mail: elesbaofoficio@gmail.com

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: REIVALDO
NOGUEIRA DA SILVA, DOU FE. EM TESTO DA VERDADE.
ELESBAO VELOSO-PI, 11/09/2018. ESCRITURA Nº 1330, 74
Selo: 0,20 Total: R\$ 71 Selo: ARB 8899 (F90)

Spd Silva de Moura Martins

