



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



164 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000943/2019-19

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

Data/Hora: 13/03/2019 - 12:13

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA RUI BARBOSA, Nº:

Complemento

Data/Hora

31/12/2018 - 03:30

Bairro

MAFRENSE

Ponto de Referência

BUDEGA BEBIDAS

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: DANIEL BEZERRA DA COSTA

RG: 3477828 PI

Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS BEZERRA DA COSTA

Endereço: RUA ESTEVÃO NONATO DE SOUSA, QD-14, CS-15, Nº

Bairro: MATADOURO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal accidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 TITAN KS, PLACA NHU-9309-PI, COR VERMELHA, RENAVAL 00935888462, PROP. DE MAROA ODETE DE OLIVEIRA CUNHA SOUSA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO CAIU EM UM BURACO NA PISTA. FOI SOCORRIDO PELO PAI E LEVADO PARA O HOSP. DO BUENOS AIRES. DEPOIS FOI LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 498529). TESTEMUNHA: REGILDO NEVES BARROS, QD-17, CS-09, CONJ. SÃO JOAQUIM. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

celan
Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

Daniel Bezerra da Costa
DANIEL BEZERRA DA COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETIVA DE SEGUROS
recebido em: 09/04/19

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

060.492.713.48

Nome completo da vítima:

DANIEL BEZERRA DA COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

DANIEL DA COSTA BEZERRA

CPF:

060.492.713.48

Profissão:

RECUSO

Endereço:

CONJ. SÃO JOAQUIM. 014.615.

Número:

Complemento:

Bairro:

SÃO JOAQUIM

Cidade:

TELESINA

Estado:

PI

CEP:

64004-215

E-mail:

Tel. (DDD):

86.994430803

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0029

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

91509

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Inscrição
digital da
assinatura
de quem
assinou
este documento

Local e Data, TELESINA 05/04/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

recebido em: 05/04/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

060492.713.48

Nome completo da vítima:

DANIEL BEZERRA DA COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

DANIEL DA COSTA BEZERRA

CPF:

060.492.713.48

Profissão:

RECUSO.

Endereço:

CONJ. SÃO JOAQUIM. 014.615.

Número:

Complemento:

Bairro:

SÃO JOAQUIM.

Cidade:

TERESINA

Estado:

PI.

CEP:

64004-215

E-mail:

Tel. (DDD):

86.994430803.

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0029

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

91509

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Inscrição

original da

assinatura da

nome completo

sem rubrica

Local e Data:

Nome:

CPF:

TERESINA 05/04/2019

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Recebido em: 05/04/2019

Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190263707

Vítima: DANIEL BEZERRA DA COSTA

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL BEZERRA DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190263707

Vítima: DANIEL BEZERRA DA COSTA

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL BEZERRA DA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: 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%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: DANIEL BEZERRA DA COSTA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000091509-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190263707

Vítima: DANIEL BEZERRA DA COSTA

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DANIEL BEZERRA DA COSTA

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

Declaração do Proprietário do Veículo incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL BEZERRA DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000091509-2

Nr. da Autenticação 5A50539B0BFB3CE3



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

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 31/12/2018 06:25:26

(User: DR. GILBERTO)

(Estação: TRAUMA)

Nome: DANIEL BEZERRA DA COSTA		Prontuário: 498529	
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS BEZERRA DA COSTA	Pai: JOSE SOARES DA COSTA		
End.Resid.: Q 14 CASA 15 - MATADOURO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 01/05/1991	Idade: 27a7m30d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99493-0801
Responsável: JOSE SOARES DA COSTA		CNS: 160313960420002	
Profissão: AUTONOMO		Documento: RG: 3477828 - SSPI	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 700727	Entrada: 31/12/2018 06:07:37	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 3HORAS. REFERE INGESTAO DE BEBIDA ALCOOLICA E NEGA USO DE CAPACETE.

- A) VIAS AEREAS PERVEAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA.
B) MV + BT, SEM RA.
C) BNF, RR, 2T, SS. TEC<2S, ABDOMEN: SEM SINAIS DE PERITONITE, PELVE ESTAVEL
D) GLASGOW: 15.
E) ESCORIAÇÕES: ESCORIAÇÕES MULTIPLAS PELO CORPO. LESÃO EM SOBRANCELHA D. ENCAMINHADO POR POSSÍVEL FRATUA EM FACE.

Diagnóstico Inicial:	HUT DR. ZENON ROCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	CID:
----------------------	---	------

Exames Complementares:	EXAME: CRANIO + FACE
(1127486) - T.C. DE FACE	DATA: 31/12/18 06:35h2
(1127487) - T.C. DE CRANIO	

Prescrição Médica:	0404020550 Sor.6
Larissa de Sousa Brito Junior CRM-PI 7148	

Motivo da Alta/Encerramento:		
Observação (Adulto)	DATA: / /	HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 31/12/2018 06:25:25



Fundação Municipal de Saúde

Rubrica

NOTE DO PACIENTE:

Daniel Bizama de Costa

DATA 02 / CL 18

FRONTUARIO Nº: 498529

DOMESTICO

453199

Sefer

CIRURGIA

CHAS. A.

Mr. Justice

Nº DA SALA:

$\Delta \rho = 0.1$ g cm⁻³

Res

CPS No.

ANES:ES-STA

138: female

CPF Nº _____

INSTRUMENTAL NO. 2

Juvenilia

CPF Nº:

C2F 8th

ÍNDICE DE CONSUMO

[illegible]

07/04/2019

Patricia Viana Sales Lúcio
DANIELA RIBEIRO
SABE - NOT
CONFERE COMO ORIGINAL



FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANESTESIA

Nome: Daniel Bezerra Costa

Sala: 08

Alergia: Neg

Data: 01.03.19

Procedimento: Fratura da mandíbula

Cirurgião: Dr. Matias

Observações: Neg compatibilidade

Agentes	Unid	15h	30	45	15h	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Propofol	50mg												
2 Gentamicil	100mg												
3													
4													
5 Depirone	20mg												
6 Dexametasona	10mg												
7 Paritidina	50mg												
8 Dilatril	20mg												
9 Ondansetron	4mg												
10													
11													
12													
13													
Oxigênio	2l/m												
AR/N2O													
Volatil	%												

Acesso Vascular
☒ Periférico Prévio
Cat. Venoso nº G
☐ Dificuldade aces. venoso
Gastos cateteres
☐ Central

Via Aérea
☒ Cateter nasal
☒ IOT nº
☐ LMA nº

Monitorização:
☒ Cardioscopia
☒ PANI
☒ Oxímetro de pulso
☐ ETCO2
☐ Outros

Anestesia:
☒ Geral Venosa
☐ Geral Balanceada
☐ Raquianestesia
☐ Peridural
☐ Bloqueio Periférico
☐ Outros

Decúbito: DDH

REN REN REN REN REN REN

SPO2 (%)	99% 100% 100% 99% 100%
ETCO2 (mmHg)	
Aces. Venoso	
Aces. Venoso	500ml
Diurese	
Perdas Sanguíneas	

Descrição da Anestesia:

1. Chegar o aparelho e material de anestesia
2. Pré-anestésico + analgésico
3. Verificação prévia
4. Anestesia venosa de respiração espontânea com aporte de O2 pelo M/intercorrentes
5. RPA

Anestesiologista

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Renil Bezerra de Costa IDADE _____ anos DATA 11 / 11 / 2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 16 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Festivo de mandíbula CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>135 / 98</u>		<u>145 / 88</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>120</u>		<u>97</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>96%</u>		<u>96%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Salte</u>		

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR		ADMISSÃO		SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
Movimenta dois membros	1	1 ☐	1 ☐	1 ☒
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 ☐	1 ☐	1 ☐
Tem apnéia	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 ☐	1 ☐	1 ☒
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
Desperta, se solicitado	1	1 ☐	1 ☐	1 ☒
Não responde	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
E capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 ☒	2 ☐	2 ☒
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 ☐	1 ☐	1 ☒
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 ☐	0 ☐	0 ☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL		<u>10</u>
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.		

MF Aparecida Coutinho
COREN-PI 204517 - ENF

SONDA VESICAL	() DRENO DE SUCÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG () NASOE
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
Admissão realizada na sala na pos de fratura da mandíbula. Sob apito de oxigenação geral. Comento Respirando espontaneamente. Bom estado geral.
Renil (Bezerra de Costa)

20:25 Alta oia SRPA
 MF Aparecida Coutinho
COREN-PI 204517 - ENF

Patricia Viana Sales Lato
Márcia 07-4-99
SANE - HUF
CONFERE COM O ORIGINAL

ALTA SRPA
 Dra. Yara Nunes
ANESTESIOLOGISTA
CRM-PI 5035

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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 () INF



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

DANIEL BEZERRA DA COSTA

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

1º DTH. Febre de início

DATA: **02/01/19** HORA: **12:00**

1) Dieta líquida pastosa

2) SE 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 sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h

6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h

7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h

8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia

9) SSVV + CCGG

PRONTUÁRIO

498529

D. NASCIMENTO

01.05.91

ALERGIAS

HORÁRIO

CLÍNICA

7-02

ENF. ou APT.

LEITO

MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE

BUCOMAXILO

OBSERVAÇÕES

**Obs.-Paciente sem queixas clínicas -
cité o momento, administrado me-
dicamentos de acordo conforme
prescrito. Técnica celular - - -**

#Alta hospitalar.

02/01/19

Dr. Marcos Vinício de Sousa
CRM-PA 11116
Especialista em Otorrinolaringologia e Cirurgia Maxilo-facial

Dr. Sergio Atencio S. Maia
CRM-PA 4552
Especialista em Otorrinolaringologia e Cirurgia Maxilo-facial

Dr. José Carlos de O. G. Filho
CRM-PA 2200
Especialista em Otorrinolaringologia e Cirurgia Maxilo-facial

Examinar ao CC em 48 horas
02/01/19 Alta Hospitalar



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Daniel Bezerra da Costa

Diagnóstico pré-operatório

fratura de mandíbula

Operação - Tipo

osteossintese de fratura de mandíbula

Cirurgião

MATIAS

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O M. s. m. o

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Anti-Spase de face e colocação de curativo
+ incisão intra-oral + colocação Microperforador
osteossintese com do costela + redução + colocação
de barra de ENR + Sutura + Curativo.

Jr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRC-PI 770

Patricia Viana Sales Leão
Médica de Emergência
SAÚDE HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 163810	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2219100002152	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE DANIEL BEZERRA DA COSTA	01/05/1991	M	498529
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE		
1477828		FRANCISCA DAS CHAGAS BEZERRA DA COSTA		
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO	RESPONSÁVEL		
	Q14	JOSE SOARES		
BAIRRO	COMPLEMENTO	NÚMERO / LOTE		
MATADOURO	CONJ SAO JOAQUIM	15		
	MUNICÍPIO	UF		
	TERESINA	PI		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO APRESENTANDO FRATURA DE MANDÍBULA (SIFISE)

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAM CLÍNICO - TC

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S026 - FRATURA DE MANDÍBULA

CID 10 SECUNDÁRIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0404020550 - OSTEOSINTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA

LEITO/CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

31/12/2018

LAURINDO DE SOUSA BRITTO JUNIOR

CPF: 06355977353

CRM:

DATA ADMISSÃO

31/12/2018 06:02

DATA ALTA

02/01/2019 07:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
CARLOS ALVES DE ARAUJO FILHO CPF: 22759379333 CRM:	
DATA ANÁLISE: 31/12/2018 12:30:20	CPF: DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Patricia Viana Sales Leão
Mantendo: 027499
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

230045

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

263810

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 executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

230045

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: DANIEL BEZERRA DA COSTA

6 - Prontuário: 498529

7-CNS: 160313960420002

8-Nascimento: 01/05/1991

9-Sexo: Masculino

RG: 3477828 - SSPI

1-Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS BEZERRA DA COSTA

12-Fone: 86-99493-0801

13-Resp: JOSE SOARES DA COSTA

14-Cor: Sem Informação

15-End: Q 14 CASA 15 - MATADOURO - CEP: 64000-010

1-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima de acidente de
moto e fratura de face.

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura.

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

T.C. e Face.

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de mandíbula

24-CID Prim: S026

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0404020550

27-Procedimento Solicitado:

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA SIMPLES DE MANDÍBULA

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 02 01 CPF 065.559.773-53

Tempo SUS
3

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

LAURINDO DE SOUSA BRITTO JUNIOR

34-Data Solicitação:

31/12/2018

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRM-Pi 779

35-Ass. Clínico Méd. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

42-CNPJ Empresa:

40-No. Bilhete:

41-Série:

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Docimento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

310119

Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor FMS - Teresina
R. 17025395120001
R. 17025395120001 (R. Conselho)Usuário: (JEIEL FEITOSA)
Consulta Local: 700727
Consulta SUS:



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

João P. S.

NOME DO PACIENTE		Clínica		ENF. ou APT.	LEITO
Daviel Pereira da Costa		R. 12			
DIAGNOSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE	
Falta de medicação (Sineise)		NEGA		BUKOMAXILO	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES	
DATA: 31 / 12 / 18 HORA: 08 : 02					
1) Dieta líquida pastosa				30:00h - Paciente segue consciente, orientado, físico, eufórico. Joga algumas algemas no momento. Joga Dermatitis. Joga alergias medicamentosas.	
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h				Diurese espontânea. Encaminhado ao posto 02	
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h				Jucélia Aguiar da Silva Enfermeira	
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h				COREN - PI 177.884	
5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h					
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h					
7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h					
8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia					
9) SSVV + CCGG				Maria Inês Téc. em Saúde COREN-PI 000000000	
				10:30 Encaminhado ao posto 02. Condição oxidada, física, eufórica. Joga alergias. Arterial 120/80 mmHg. Joga alergias medicamentosas.	
				Prescrição em data zero	

João de Sousa Brito Junior
C.R.O. - 450

12/01/19

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3418 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuario:

498529

Internação:

230045

Nome: **DANIEL BEZERRA DA COSTA**

End. Resid.: Q 14 CASA 15 - MATADOURO

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo:

Masculino

Nascimento:

01/05/1991

Idade:

27a7m30d

Estado Civil:

Solteiro(a)

Profissão:

AUTONOMO

Internação

Alta

Permanência

Data

Hora

Data

Hora

31/12/2018

06:07

Diagnósticos: *Fistula sinfis maxilar*

CID Principal:

502.6

Cod.CID:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

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

Pa co sutura em região de nariz, edema e região nariz;

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Pa co edema nasal com processo muito corrigido; sem sangramento ativo.

MEDICAÇÕES:

Anti-inflamatório, antibiótico, analgésico.

CIRURGIA:

Data: *01/01/19*

Tipo:

Trat. conservador

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Evacuação de sequestro

Tipo de Alta:

() Curado

(☒) Melhorado

() Pedido

() Evasão

() Administrativa

() Óbito

() Transferência outro serviço

() Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Dr. Matias Augusto do Silve
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial

Ass. Médico Assistente em Odontologia/Residente



Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 470241861	Nº REGULAÇÃO: 54940	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679647 - UNIDADE MISTA DE SAÚDE D. ANTONIO PEDREIRA DE A. MARTINS - BUIAÍRES		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUIT		
LEITO: CIRURGIA GERAL		
PACIENTE: DANIEL BEZERRA DA COSTA		NASCIMENTO: 01/05/1991

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE ALCOOLIZADO COM RELATO DE QUEDA DE MOTO SEM CAPACETE APRESENTANDO LACERAÇÃO EXTENSA DO MENTO. EXPOSIÇÃO ÓSSEA E HEMATOMA NA GENGIVARAIO-X DA MANDÍBULA MOSTRA FRATURA.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DE MANDÍBULA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL:

FREQ. CARDÍACA:

SATURAÇÃO:

FREQ. RESPIRATÓRIA:

GLICEMIA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

USO DE O2:

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 31/12/2018 04:45:14

THAINA M. C. FÉLIX
MÉDICA
CRM 14907

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Patricia Virna Sales Leão
Maurício 027499
SAÚDE - HUIT
CONFERE COM O ORIGINAL



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DANIEL BEZERRA DA COSTA** (Prontuário: 498529)
Endereço: Q 14 CASA 15 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/05/1991 Idade: 27a7m30d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 700727
Requisição: 906460 Solicitação: 31/12/2018 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1127486 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

T.C. DE FACE

Data Exame: 31/12/2018

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

- FRATURA COMPLETA ALINHADA NO CORPO DA MANDÍBULA.
- SEIOS MAXILARES, FRONTAIS E SEIO ESFENOIDAL COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- CÉLULAS ETMOIDAIAS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIAS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOE)

TERESINA - PI 31/12/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Reas
Patrícia Viana Sales Leão
Médica de Otorrinolaringologia
SABE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **DANIEL BEZERRA DA COSTA** (Prontuário: 498529)
Endereço: Q 14 CASA 15 - MATADOURO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 01/05/1991 Idade: 27a7m30d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 70072
Requisição: 906461 Solicitação: 31/12/2018 Solicitante: ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
Controle: 1127487 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

T.C. DE CRANIO

Data Exame: 31/12/2018

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

RELATÓRIO:

- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

CONCLUSÃO: EXAME DE ASPECTO NORMAL.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 31/12/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Patricia
Patricia Viana Sales Leão
Matrícula: 027499
SABE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MARIA ODETE DE OLIVEIRA CUNHA SOUSA,

RG nº 1.188.236, data de expedição 18/12/06

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 504.216.463-49,

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA COLOMBIA - TRÊS ANDARES, nº 3474,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

DANIEL BEZERRA DA COSTA, cujo o condutor era

O MESMO.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG150 TITAN KS Ano: 2007/2008

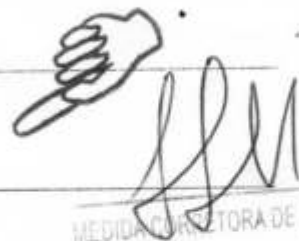
Placa: NHV 9309 Chassi: 9C2K8108X035119.

Data do Acidente: 31/12/2018

Local e Data: TERESINA 12/ABRIL 2019

Maria Odete de Oliveira Cunha Sousa

Assinatura do Declarante



MEDIANET SEGUROS
Recebido em: 12/04/19

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório
Thermistocles Sampaio

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lúcio de Albuquerque, 1211 - Centro - CEP 64200-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0108 - E-mail: teresianacartorio3@cartoriosampaio.com.br
Titular: Antônio Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA ODETE DE OLIVEIRA CUNHA SOUSA. DOU FÉ, EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 12/04/2019. Selo: AAC01248-DL4G
www.tjpi.jus.br/portalexta

Jose Hamilton Alves Cardoso
Jose Hamilton Alves Cardoso-Escritor Autorizado
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 373
DECLARAÇÃO

3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

Cartório Thermistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jose Hamilton A. Cardoso
Escritor Autorizado
Teresina-PI



[Handwritten signature]

RECEBIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 05/04/19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190263707 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL BEZERRA DA COSTA **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL PARA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118700/19

Número do Sinistro: 3190263707

Vítima: DANIEL BEZERRA DA COSTA

CPF: 060.492.713-48

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 31/12/2018

Titular do CPF: DANIEL BEZERRA DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 12/04/2019
Nome: DANIEL BEZERRA DA COSTA
CPF: 060.492.713-48

DANIEL BEZERRA DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/04/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

**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

Bolt (α)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)**DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 31/12/2018 06:25:26

(User: DR. GILBERTO)

(Estação: TRAUMA)

Nome: DANIEL BEZERRA DA COSTA		Prontuário: 498529
Mãe: FRANCISCA DAS CHAGAS BEZERRA DA COSTA	Pai: JOSE SOARES DA COSTA	
End.Resid.: Q 14 CASA 15 - MATADOURO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 01/05/1991	Idade: 27a7m30d	Sexo: Masculino Fone: 86-99493-0801
Responsável: JOSE SOARES DA COSTA		CNS: 160313960420002
Profissão: AUTONOMO		Documento: RG: 3477828 - SSPI
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 700727	Entrada: 31/12/2018 06:07:37	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

ME DIDA DE SEGURANÇA
Recebido em: 09/12/17

SSVV: (Hora: ____:____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m2 Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 3HORAS. REFERE INGESTAO DE BEBIDA ALCOOLICA E NEGA USO DE CAPACETE.

- A) VIAS AEREAS PERVEAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA.
B) MV + BT, SEM RA.
C) BNF, RR, 2T, SS. TEC<2S, ABDOMEN: SEM SINAIS DE PERITONITE, PELVE ESTAVEL
D) GLASGOW: 15.
E) ESCORIAÇÕES: ESCORIAÇÕES MULTIPLAS PELO CORPO. LESÃO EM SOBRANCELHA D. ENCAMINHADO POR POSSÍVEL FRATUA EM FACE.

Diagnóstico Inicial:	HUT DR. ZENON ROCHA	CID:
?	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	

Exames Complementares:	EXAME: CRANIO + FACE
(1127486) - T.C. DE FACE	DATA: 31/12/18 06:35h2
(1127487) - T.C. DE CRANIO	

Patricia Lima Sales Leão
Médica - HUT
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

Prescrição Médica:	0404020550
Lesão da Nuca - OK	502.6
Lesão da Base - OK	

Lauro de Sousa Brito Junior
Cirurgião e Traumatologista
CRM-PI 450

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto) DATA: / / HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

Dra. Andreza M. Campelo
Médica
CRM-PI 7148

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 31/12/2018 06:25:25

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ: 17.157.474/0001-06 - I.E.: 19.996.5574
Av. Dailon Araújo, 1015, Pícarra - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 335 / (86) 98124-3199

MATRICULA

12182613-9

FATURA Nº

MÊS/ANO

150291558

1/2019

NOME/ENDEREÇO

MORADOR JOSÉ SOARES DA COSTA

CON. SÃO JOAQUIM, Q-014 - C-015 - SÃO JOAQUIM - TERESINA - PI - cep: 64004215

LOCALIZAÇÃO

017-00091-001280

GRUPO

017

NÚMERO DO HÁBITO

A14N297683

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO TIPO

LITROS

FATURADO

ECONOMIA - CATEGORIA / TIPO TÁBUA

1 Residencial - Normal

DATA

LITROS

ANTERIOR 24/12/2018 453

ATUAL 25/01/2019 467

CONSUMO MÊS AN

14

PREÇO POR LITRO

R\$ 0,34 x 467 = R\$ 158,18

COTAS 17,70 x 1,00 = R\$ 17,70

TABELA DE TARIFFAS

RESIDENCIAL

TAXA DE CONSUMO RESIDENCIAL

1 14 1.000 10

2 25 1.000 20

3 35 1.000 30

4 45 1.000 40

5 55 1.000 50

6 65 1.000 60

7 75 1.000 70

8 85 1.000 80

9 95 1.000 90

10 105 1.000 100

11 115 1.000 110

12 125 1.000 120

13 135 1.000 130

14 145 1.000 140

15 155 1.000 150

16 165 1.000 160

17 175 1.000 170

18 185 1.000 180

19 195 1.000 190

20 205 1.000 200

21 215 1.000 210

22 225 1.000 220

23 235 1.000 230

24 245 1.000 240

25 255 1.000 250

26 265 1.000 260

27 275 1.000 270

28 285 1.000 280

29 295 1.000 290

30 305 1.000 300

31 315 1.000 310

32 325 1.000 320

33 335 1.000 330

34 345 1.000 340

35 355 1.000 350

36 365 1.000 360

37 375 1.000 370

38 385 1.000 380

39 395 1.000 390

40 405 1.000 400

41 415 1.000 410

42 425 1.000 420

43 435 1.000 430

44 445 1.000 440

45 455 1.000 450

46 465 1.000 460

47 475 1.000 470

48 485 1.000 480

49 495 1.000 490

50 505 1.000 500

51 515 1.000 510

52 525 1.000 520

53 535 1.000 530

54 545 1.000 540

55 555 1.000 550

DESCRIÇÃO

VALOR REFERENTE ÁGUA - 40,65

> Residencial - Normal 14,0 40,65

VALOR DE ESGOTO - 32,27

> Residencial - Normal 14,0 32,27

JUROS POR ATRASO 11/2018 1,50

MULTA POR ATRASO 11/2018 1,62

TOTAL A PAGAR 84,33

VENCIMENTO 06/02/2019

TOTAL A PAGAR 84,33

REGULARIDADE / ANORMALIDADES

MENSAGEM

NOSSOS ARQUIVOS ACUSAM O DEBÍTO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias do vencimento, a não pagamento da fatura de água e esgoto, a concessionária se reserva o direito de cortar o fornecimento de água e esgoto.

Características físicas e químicas da água distribuída (DBI Nº 5, 28 de setembro de 2017, Anexo XX)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM NÃO CONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2707	2688	19	1,43	0,2-5,0 mg/L
ODOR APARENTE	2746	2658	88	6,40	Inferior a 15
PH	2756	2673	79	8,75	6,00-9,50
TURBIDIDADE	2705	2618	87	1,86	Inferior a 5

Características microbiológicas da água distribuída (DBI Nº 5, 28 de setembro de 2017, Anexo XXI)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM NÃO CONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	967	961	6	Ausente	Ausente
ESCHERICHIA COLI	967	967	0	Ausente	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 25/01/2019

HORA DA EMISSÃO: 10:56

ASSINATURA
LOJA CORRETORA DE SEGUROS
Data: 05/04/19

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

060492.713.48

Nome completo da vítima:

DANIEL BEZERRA DA COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

DANIEL DA COSTA BEZERRA

CPF:

060.492.713.48

Profissão:

RECUSO.

Endereço:

CONJ. SÃO JOAQUIM. 014.615.

Número:

Complemento:

Bairro:

SÃO JOAQUIM.

Cidade:

TERESINA

Estado:

PI.

CEP:

64004-215

E-mail:

Tel. (DDD):

86.994430803.

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0029

CONTA:

91509

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Inscrição

original da

assinatura da

nome completo

sem rubrica

sem rubrica

Local e Data:

TERESINA - 05/04/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MARIA ODETE DE OLIVEIRA CUNHA SOUSA,

RG nº 1.188.236, data de expedição 18/12/06

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 504.216.463-49,

com domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA COLOMBIA - TRÊS ANDARES, nº 3474,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

DANIEL BEZERRA DA COSTA, cujo o condutor era

O MESMO.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG150 TITAN KS Ano: 2007/2008

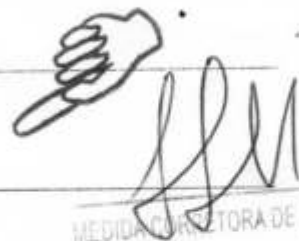
Placa: NHV 9309 Chassi: 9C2K8108X035119.

Data do Acidente: 31/12/2018

Local e Data: TERESINA 12/ABRIL 2019

Maria Odet de Oliveira Cunha Sousa

Assinatura do Declarante



MEDIANET SEGUROS
Recebido em: 12/04/19

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório
Thermistocres
Sampaio

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lúcio de Albuquerque, 1211 - Centro - CEP 64000-000 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-0108 - E-mail: atendimento@cartorio3.com.br
Titular: Antônio Gonçalves de Sampaio Pereira

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MARIA ODETE DE OLIVEIRA CUNHA SOUSA. DOU FÉ. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 12/04/2019. Selo: AAC01248-DL4G
www.tjpi.jus.br/portalexta

Jose Hamilton Alves Cardoso
Emol.: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 373
DECLARAÇÃO

3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

Cartório Thermistocres Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jose Hamilton A. Cardoso
Escritor Autorizado
Teresina - PI