

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190476320      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO FERREIRA SANTANA      **Data do acidente:** 11/05/2019      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/05/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO  
-MICROHEMORRAGIAS SITIO CORTICAL E SUBCORTICAL  
TRAUMA FACIAL  
-FRATURA CRANIANA EM OSSO FRONTAL ESQUERDO  
-PAREDE ANTERIOR E POSTEIOR DO SEIO FRONTAL  
-PAREDE DA ORBITA E DOS SEIOS ESFENOIDAL E MAXILAR

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS E PERDA DO VISÃO DO OLHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E EM GRAU INTENSO A VISÃO DO OLHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** @1

VÍTIMA FOI SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL EM 23/09/2019.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190476320 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA Data do acidente: 11/05/2019 Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO  
-MICROHEMORRAGIAS SITIO CORTICAL E SUBCORTICAL  
TRAUMA FACIAL  
-FRATURA CRANIANA EM OSSO FRONTAL ESQUERDO  
-PAREDE ANTERIOR E POSTEIOR DO SEIO FRONTAL  
-PAREDE DA ORBITA E DOS SEIOS ESFENOIDAL E MAXILAR

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS E PERDA DO VISÃO DO OLHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E EM GRAU INTENSO A VISÃO DO OLHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: \*\*\*130320

@1

VÍTIMA FOI SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL EM 23/09/2019.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
13 AGO 2019

Cliente: PEDRO FERREIRA SANTANA  
DN 15/07/1995 Idade 24 anos  
Solicitante: MARCUS SABRY AZAR BATISTA  
Código: 069773.01  
Realização: 24/07/2010 16:45

CRM-PI:2079



## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ENCÉFALO

~~DETALHADA~~

### TECNICA DE EXAME:

As imagens de ressonância magnética foram adquiridas nas sequências Sagital T1, Axial FLAIR, Axial T2, Axial Difusão, Axial SWAN e volume FIESTA.

### OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

Não há evidência de processo expansivo neoplásico craniano, bem como coleções líquidas extra-axiais acima ou abaixo do tentório.

Áreas intra-axiais isointensas ao líquor em todas as sequências (encefalomalácia), margeadas por hipersinal T2/FLAIR (gliose) e com depósitos de marcado hipossinal em SWAN (hemossiderina) de permeio, localizadas no polo frontal, polo temporal e no giro temporal superior à esquerda.

Múltiplos pequenos focos de baixo sinal na sequência ponderada de suscetibilidade (SWAN), localizadas em sítio córtico/subcortical da porção basal do lobo frontal e no lobo temporal à esquerda, bem como no giro frontal superior direito.

O sistema ventricular é de topografia, morfologia e dimensões normais.

Fluxo habitual ao nível das grandes arterias do sistema vértebrobasilar e carotídeo, segundo o critério Spin-Echo.

Não evidenciamos restrição a difusão da água na sequência Echo-Planar.

Ausência de desvios das estruturas da linha média.

Porções visibilizadas das cavidades aéreas paranasais normoaeradas.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Áreas de encefalomalácia/gliose e com focos de hemossiderina de permeio, localizadas no polo frontal, polo temporal e giro temporal superior à esquerda, de provável natureza sequelar pós-trauma (contusões cerebrais crônicas).

2. Múltiplas pequenas microhemorragias antigas em sítio cortical e subcortical da porção basal do lobo frontal e do lobo temporal esquerdos, bem como no giro frontal superior direito, podendo representar lesão axonal traumática.

Exame documentado em 6 filmes.

Dr. RAPHAEL MARTINS  
CRM: 3645-PI

COLEGADO DR. RAPHAEL  
Página 1/1

Rua Honório de Paiva, 383, Ed. Terraço Saúde, Centro

Teresina-PI • CEP: 64.015-125

86 3301.3000 86 98183.3001

[www.centroimagemp.com.br](http://www.centroimagemp.com.br)

SABRY

Neurologia & Longevidade

Paciente: PEDRO FERREIRA SANTANA  
Teresina - PI, 24/07/2019

ATESTADO MÉDICO

Atesto, autorizado pelo(a) mesmo(a), que o(a) sr(a). acima apresenta o(s) diagnóstico(s) apresentando crises/ perda visual à esquerda, de forma permanente.  
O(a) mesmo(a) requer auxílio-doença.

CID:

S04.0

H47.2

Cliente:

PEDRO FERREIRA SANTANA

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

01 AGO 2019

DPVAT

Marcus Sabry A. Batista  
Neurologista  
CRM-PI 2079



Scanneia o QR code e nos viste no Instagram

Clinica SABRY NEUROLOGIA  
a São Pedro, 1900. Teresina - PI  
efone.: 86 3226 2726

Dr. Marcus Sabry A. Batista. CRM-PI: 2079  
Médico - Neurologista - Doutor em Medicina  
RQE: Clínica Médica: 1108 - Neurologia: 1109



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Pedro Fornaria Santana	PRONTUÁRIO	510877
DA CLÍNICA	Bucomacilo	ENFILEIRO:	
À CLÍNICA	Oftalmologia		215/29
		PJ CORRETIVO DE SEGUIMENTO	01 AGO 2010

### MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente ciclístico, apresentando fratura cozimento, com necessidade de intervenção cirúrgica. Refere perda visual em 06. Solicito avaliação e conduta.

Dr. Edson Lucio  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucomacilologia  
CRM-PI 152

DATA: 18/05/19

Assinatura do médico solicitante

### PARECER

Paciente ref. ref. feriu o seu olho direito  
à queda de moto c/ perda visual Olho E

Proced. = AP = 81 afer.  
tono: 14 mmHg

Coluteus USG óptico e seconary

Dr. Fabio Marcos de Sousa  
CRM-PI 152

DATA:

Assinatura do médico especialista



**HOSPITAL DE URGÉNCIA 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: **PEDRO FERREIRA SANTANA** (Prontuário: **510877**)

Endereço: **POV CAMPESTRE NORTE - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-000**

Nascimento: **15/07/1995** Idade: **23a9m29d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **238868**

Requisição: **953561** Solicitação: **13/05/2019** Solicitante: **JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO**

Controle: **1215750** Convênio: **S U S** CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 LEITO 28

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0206010044**

Data Exame: **13/05/2019**

### T.C. DE FACE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

#### RELATÓRIO:

- AUMENTO DE VOLUME DAS PARTES MOLES NA HEMIFACE ESQUERDA, COM ENFISEMA.
- FRATURA CRANIANA EM OSSO FRONTAL ESQUERDO.
- MÚLTIPLAS FRATURAS EM OSSOS DA HEMIFACE ESQUERDA, ASSIM DISPOSTAS:
  - \* PAREDES ANTERIOR E POSTERIOR DO SEIO FRONTAL;
  - \* PAREDES DA ÓRBITA E DOS SEIOS ESFENOIDAL E MAXILAR;
  - \* GRANDE ASA DO ESFENÓIDE;
  - \* ARCO ZIGOMÁTICO.
- HEMOSSINUS FRONTO-MAXILO-ETMOIDAL À ESQUERDA E ESFENOIDAL BILATERAL.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 13/05/2019

**RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS**

CPF: 940.719.343-87 CRM 3845

Profissional Responsável





PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

01 AGO 2016

DEVOL

NOME DO PACIENTE: Pedro Ferreira Santana

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510 877

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



## HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otacílio Tito 1620 Redenção - CEP: 86.321-5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

OK - GERAL  
ORTOPEDIA OK  
GUARDA MÉDICA OK  
NEUROLOGIA OK

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nº HUT: 840  
Data: 13/05/19

Imp: 12/05/2019 00:12:49  
(User: WILLIAN MACHADO)  
(Série: CONSULTA)

Nome: PEDRO FERREIRA SANTANA		Prontuário: 510877
Mãe: MARIA DE NAZARE FERREIRA	Fai:	
End. Resid.: Povo Campestre Norte - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 19/07/1995	Idade: 23a3m27d	Sexo: Masculino Fone: 95-39270-5
Responsável: MARIA DE NAZARE	CNS:	
Profissão: ESTUDANTE	Documento: RG: 3874954 - SSSPI	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 721258	Entrada: 11/05/2019 23:55:01	Convênio: S J S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM BICICLETA (CICLISTA)			
(Conforme Paciente/Acomp):			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	PJ CORRETORA DE SEGUROS	Cor:
			Indefinido
Resumo História Clas. Risco:		01 AGO 2019	
		D PVAT ?	

SSV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	TMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉搏: bpm	Pressão: mmHg

## Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE CICLÍSTICO, ENCONTRADO EM VIA PÚBLICA, HÁ CERCA DE 2H HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, NEGA VOMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIENCIA. HISTÓRIA DE INGESTA ALCOÓLICA.

- A) VIAS AERÉAS SÉRVIAS, FÁSICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESÍCULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT 02:99%, FC 93, EUPNEICO
- C) RR, 2T, BNF, SS, SEM SANGRAMENTOS EVICENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TURCENCIAS JUGULAR, PA 130x80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S
- D) GLASGOW 13, PUPILLAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.

Diagnóstico Inicial:	ED:
?	

## Exames Complementares:

- (1214688) - T.C. DE CRÂNIO
- (1214689) - T.C. DE COLUNA CERVICAL
- (1214690) - PELVE

## Prescrição Médica:

*Até pós 01/02 4 altos em gruha laemata Maravilha,  
Alt. antepedi*

Dr Cláudio Nogueira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 1324 / CRM-MG 9337  
SBQF 12661

## Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto):

DATA: / /

HORA: : :

Dra. Fátima Brito  
MÉDICA

Assinatura Paciente ou Responsável:

WILLIAN MACHADO  
CRM-PI 6955  
CRM 3611 Em: 12/05/2019 00:12:47

Pelo unico. 11/05/11

Acidente ciclístico

OSCH, PTF

TC de crânio: normal T + f de cime

TC de crânio cervical: A ver se tem fratura

Od.: Act. de ressaca  
- bolhas de sangue

Dr. José Carlos Gomes Filho  
Neurocirurgião  
CRM-PI 119

CTB MF# 12 de maio de 2019 às 01:09

Paciente vítima de acidente ciclístico, encontrado em via pública. Ao exame clínico, paciente se apresentava com dificuldade em responder comando, em uso de colar cervical e posicionada sobre prancha, dificultando exame.

Foi possível observar extenso edema em hemiface esquerda, equimose periorbital ++, dificuldade de abrir os olhos, olho E// edemaciado; dificuldade de abertura de boca.

No TC de face, com imagens duplicadas e sobrepostas devido movimentação do paciente, é possível perceber fratura COZM E//.

Conduta: internação pela BMF após liberação de outras especialidades.

Jr. José Carlos L. Gomes Filho  
CIRURGIA BICO-MAXILO-FACIAL  
IMPLANTODONTIA  
CRM-PI 2200

CÓDIGO: 0404020526

CID: S02.4



PREFEITURA DE TERESINA  
FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

## **PREScrição MÉDICA**



PREScrição MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Pedro Ferreira Santana	08:15h.	Pacient
Alta Hospitalar	alto hospitalar.	quanto aos cuida
<del>X</del> Buco		domiciliares

MEDICO/CRM:



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

Nº LAUDO: 204591  
AIII: 2219100335309



**ESTABELECIMENTO SOLICITANTE**

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

**ESTABELECIMENTO EXECUTANTE**

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

**CARTÃO SUS      NOME DO PACIENTE**

708105500362931 | PEDRO FERREIRA SANTANA

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NASCIMENTO    SEXO    PRONTUÁRIO

15/07/1995

M

518871

**DOCUMENTO CPF    TELEFONE    NOME DA MÃE**

| 8695292785 | MARTA DE NAZARE FERREIRA

RESPONSÁVEL

MARIA DE NAZARE

**CEP      ENDEREÇO - LOGRADOURO**

| CAMPESTRE NORTE

NÚMERO / LOTE

**BAIRRO**

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

ZONA RURAL

TERESINA

UF

PI

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

PACIENTE É VITIMA DE ACIDENTE CICLISTICO, ENCONTRADO EM VIA PÚBLICA. HÁ CERCA DE 2H HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. NEGA VÓMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIÊNCIA.

**CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO**  
AS ACIMA

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
EXAME CLÍNICO

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

01 AGO 2019

**CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL**  
S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

**CID 10 SECUNDÁRIO**

**CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

**DPOV**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
0404020526 - OSTEOSSÍTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITOGOMATOCAXILAR

**LEITO/CLÍNICA**

CLÍNICA GERAL

**PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))**

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO  
CPP: 93765042168

CRM: 40

DATA: 15/05/2019

CONTEC

ORIGINAL

**CARÁTER**  
URGÊNCIA

**DATA SOLICITAÇÃO**

11/05/2019

**DATA ADMISSÃO**

11/05/2019 23:55

**DATA ALTA**

15/05/2019 08:15

**MOTIVO ALTA**

MELHORADO

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

**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

**AUTORIZAÇÃO**

**PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))**

ANTONIO CASTELI BRANCO DE DELS  
CPP: 01009423526

CRM:

DATA ANÁLISE: 12/05/2019 02:21:49

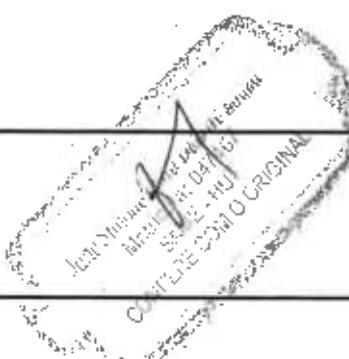
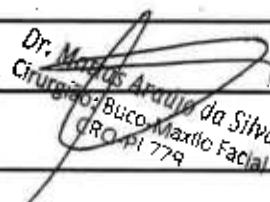
**NOME DO PROFISSIONAL / PARCERIA CONTROLE E AVIAÇÃO / AUDITORIA**

CRM:

DATA ANÁLISE

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Pedro Ferreira Santana		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura do complexo osteozigomático - Maxilo-frontal com descolamento de fratura do colulus zygomatico		
Operação - Tipo	Descolamento de fratura do colulus zygomatico		
Cirurgião	MATIAS	1º Assistente	Brincos
2º Assistente	Brincos	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Inicio	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório	O Maxilo		
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
<b>Descrição da Operação</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
Antissepsia da face + colo e couro cabeludo expondo o maxilo-frontal + abdômen + máculas + incisões intra-orais da fratura da pilar-zigomático frontal Mucoproteas + gelatinas + orvis + plásticas - fixar os pedaços + suturar + cortar tijos			
			





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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			
Name: <i>Pedro Henrique Santana</i>	Frontuário:	Data: <i>14.05.19</i>	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: <i>23</i>	Peso: <i>± 60kg</i>	Altura:
Procedimento(s) proposto(s): <i>Histerectomia + Cazg e</i>		Apto? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>ANAMNESE</b>			
1 - Patologias cardiológicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
- Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
3 - Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
4 - Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
6 - Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
7 - Uso de medicação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
- Alergia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
9 - História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<i>Tabagista + Usuário de drogas (injeção há + 1 mês)</i>			
<b>EXAME FÍSICO</b>			
PA: <i>125x80</i>	P脉: <i>80</i> ( <input type="checkbox"/> arritmico)	Mallampati: (1) <input checked="" type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4)	
1. Respiratório	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado: _____	
2. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado: _____	
3. Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado: <i>Glasgow 15</i>	
4. Abdome	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado: <i>Tendom</i> Completo	
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD		
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado: _____	
<b>EXAMES COMPLEMENTARES</b>			
HB	<i>13,6</i>	TP / RNI	<i>0,5% / 1,03</i>
HT	<i>42,6</i>	TTPa	<i>28,3 mg</i>
Plaquetas	<i>209 mil</i>	Glicemia	
ECG:		RX Tórax	
ECO:			
ASA: <i>1</i>	Anestesia proposta: <i>General</i>	( <input type="checkbox"/> Outro: _____)	
OBSERVAÇÃO DE CRPA:			
Anestesiologista: <i>Dra. Fernanda R.S. Matos Góes</i>	CRM:		
CRM-PI 4924			MOD. 076 - HUT



# BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico  
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

## MATRIZ

Rua Área Leão, 596 - Centro/Sul  
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366  
CEP 64.001-310 • Teresina - Piauí  
Insc. Est. nº 19.444.630-1  
CNPJ nº 03.512.566/0001-90  
biosintese@biosintesepima.com.br

## FILIAL

Av. dos Holandeses Q.33 - Selas 1003/1005/1009  
Cond. Metropolitan Market Place - Calhau  
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640  
São Luís - Maranhão  
Insc. Est. 12.310.276-6  
CNPJ 03.512.566/0002-71  
biosintese\_ma@biosintesepima.com.br

## COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: HUT

CX 005A - A

C.N.P.J. \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Nome Vahala

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
	<u>01 min placas de titânio 2x1,5 (01 amb 6f. (inclusi parafusos)</u>

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo:

ATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 14/05/19

DATA DA ALTA / /

PACIENTE - Nome: Pedro Ferreira Gaultava

Nº AIH: 238868

Nº do Prontuário: 510377 Data da Internação / /

Procedimento Médico Realizado: 0104020528

Indicador de Compatibilidade: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Matias

*Dr. Matias Alves da Silva  
Cirurgião-Dentista Maxilo Facial  
CRM 774*

CRM N° \_\_\_\_\_



## FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: <i>Pedro Henrique Santana</i>		Sala: 08	Alergia: <i>Nega</i>	Data: <i>14.05.19</i>							
Procedimento: <i>Enterotomia CO2R E</i>	Cirurgião: <i>Dra. Matias</i>	Observações: <i>Ningu comorbidades, jejum completo</i>									
Agentes	Unid.	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
1 Propofol	<i>150mg</i>										
2 Sufentanil	<i>250mcg</i>										
3 Ativanol	<i>40mg</i>										
4											
5 Alpidrina	<i>2g</i>										
6 Dipirona	<i>2g</i>										
7 Bexifaco	<i>400mg</i>										
8 Dexmedetomidina	<i>10mcg</i>										
9 Fentanyl	<i>50mcg</i>										
10 Bromopride	<i>10mg</i>										
11 Alergico											
12 Neostigmina											
13											
Oxigênio	<i>1L/min</i>										
ARV20	<i>1L/min</i>										
Volutil	<i>Sevoflurano</i>										

## Acesso Vascular

- Periférico *Próximo*
- Cat. Venoso nº *G*
- Dificuldade aces. venoso
- Gestos *catefatos*
- Central

## Via Aérea

- Cateter nasal
- IOT nº *4.5*
- LMA nº \_\_\_\_\_

## Monitorização:

- Cardoscopia
- PANI
- Oxímetro de pulso
- ETCO2
- Outros *Análise gases*

## Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Requiánestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

## Decubito:

SPO2 (%)	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>99%</i>	<i>99%</i>
ETCO2 (mmHg)	<i>37 ~ 35 ~ 35 ~ 34</i>				
Aces. Venoso	<i>SR</i>	<i>SR</i>	<i>EE</i>		
Aces. Venoso	<i>500ml</i>	<i>extremo</i>	<i>500ml</i>		
Dlurese					
Perdas Sanguíneas					

## Descrição da Anestesia:

1. Check list + Pre anestesia
2. Monitorização
3. Volutil/ pílula
4. Pré-oxigenação + indução sevofl. com IOT 4.5 + NMIC
5. Intubação + intubação endotracheal
6. Insuflação + extubação

Assinatura: *Dr. Francisco C. Neto (CRM-PI 000000000000000000)*  
Data: *14/05/2019*

Anestesiologista



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA  
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	238868

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>PEDRO FERREIRA SANTANA</b>	6 - Prontuário: <b>510877</b>
7-CNS:	8-Nascimento: <b>15/07/1995</b> 9-Sexo: <b>Masculino</b> CPF: . . .
11-Mãe: <b>MARIA DE NAZARE FERREIRA</b>	12-Fone: <b>95-39278-5</b>
13-Resp: <b>MARIA DE NAZARE</b>	14-Fone: <b>95-39278-5</b>
15-Ender: <b>POV CAMPESTRE NORTE - ZONA RURAL - CEP: 64000-000</b>	
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b> 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64000-000</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>0404020526 OSTEOSSINTSE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR</b>
31-Cod.Procedimento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)</b>

Quant. Sollicitada:

1

Fornecedor da OPM: **BIOSINTSE**

33-Profissional Responsável: <b>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO</b>	40-Tp. Documento: CPF	Dr. Matheus Cirurgião-Dentista CRM-PB 27467 CRM-PI 27467 41-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)
39-Data Solicitação: <b>14/05/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>957.650.423-68</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Necessita de fixação interna digital.*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>26/06/19</b>	52-CNS/CPF: <b>Caio Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DCR/PI CRM-PI 1039 - CPF 1005371-9 CNS 200600400000004</b>
		53-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)  (ANTONIO EURIVANI)



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

# BUCO

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENE. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
Perito Ferreira Sant'Anna	510877	Neuro	215	29	/s = 07-85

DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:
14-05-19		

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
<p>Pos- operatória</p> <p>1 Distal fortase</p> <p>2 Sf 0,9% 500 ml</p> <p>3 G 500 ml</p> <p>4 Cetofenina 1g-600 mg</p> <p>5 Acetato de amigdala 12/12h c</p> <p>6 Filantil 20mg id</p> <p>7 Dipirona 2,5g + AD EV.</p> <p>8 Panitidina 500mg- 12/12h</p> <p>Juciannne Marinho Visita Nutricionista CRMPI 10537</p>	<p>10h</p> <p>22h</p> <p>18h</p> <p>16h</p> <p>14h</p> <p>12h</p> <p>10h</p> <p>08h</p>	<p>RAIO-X REALIZADO</p> <p>DATA 14/05/19</p> <p>Técnico 1000</p>

Dr. Motta Aranha da Silva Cirurgião-Dentista - CRM-PI 199	CONFUSÃO CLÍNICA CENTRO DE SAÚDE MUNICIPAL
--	---

MÉDICO / CRM:



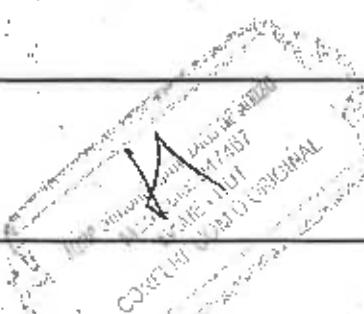
## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Ricardo Ferreira Souto</i>			
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura do condilo osteocondrico - Maxilla</i>			
Operação - Tipo <i>Desassartilização da Fratura do condilo osteocondrico</i>			
Cirurgião <i>MATIAS</i>	1º Assistente <i>Presidente</i>	2º Assistente <i>Eric Costa</i>	3º Assistente
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Ínicio	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório <i>O Maxilo</i>			

Relatório Imediato do Patologista:

Acidente Durante a Operação:



### Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Antissepsia da face + colo com chumbo + incisão extramolar d. fronto-frontozigomática + divisa 7 reduzida + incisão intra-oral d. fronto-furilar-zigomática fechada + Mucoperióstio + reabsorção óssea + placa - fixação de fendas + Sutura + Cerramento*

*Dr. Matias Andrade da Silva  
Cirurgião de Busto-Maxilo Facial  
CR 01779*



Prefeitura Municipal de Teresina  
Fundação Municipal de Saúde



Fundação Municipal de Saúde



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Pedro Ferreira Santana	PRONTUÁRIO:	510877
DA CLÍNICA	Bucoroxilis	ENFILEITO:	
À CLÍNICA	Oftalmologia		215-29

### MOTIVO DA CONSULTA

Solicito parecer de oftalmologista após resultados do exame (ultrassonografia da órbita). Exame já realizado.

01 AGO 2019

DPVAN

Dr. Celso L. C.  
Cirurgião Dentista  
Bucoroxilis  
CRM-PI 3452

DATA: 13/05/19

Assinatura do médico solicitante

### PARECER

oftalmologista  
Recomendo: USG ocular para  
alterar  
apreço qd my baco - rs  
de alguma certy

CRM-PI 3336  
Dra. Flávia Martins da Cunha

DATA: Assinatura do médico especialista

# SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Olívo Rito 1822 Redenção - Fone: 86 3218 5449  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

Prontuário:  
510877  
Internação:  
238868

Nome: PEDRO FERREIRA SANTANA

End. Resid.: Povo Campestre Norte - ZONA RURAL

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-000

Sexo: Masculino	Nascimento: 15/07/1995	Idade: 23a9m28d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: ESTUDANTE
Internação		Alta		Permanência
Data 11/05/2019	Hora 23:55	Data 15/05/19	Hora 07:54	

Diagnósticos:

CID Principal: Frac Tira (0 C62 M )

Cod.CID:

5024

CID Secundário: .....

CID Causa Morte: .....

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

Permit, com eut, mto

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Boas clin. - 6

MEDICAÇÕES:

Analgico, Antiflam, Antibiot.

CIRURGIA: Data: 11/05/19 Tipo: Operação de POM

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Acompanhamento ambulatório

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

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte

Nome: \_\_\_\_\_

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

Dr. Marcos Antônio da Silva  
Cirurgião: Bucal - C.R.O.P. 779  
Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190476320 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA Data do acidente: 11/05/2019 Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: MÚLTIPLAS FRATURAS DE OSSOS DO CRÂNIO E DA FACE (FRONTAL ESQUERDO/ COMPLEXO ZIGOMÁTICO). PÁG 4

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 11/18\_CIRURGIA

@2 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190476320 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA Data do acidente: 11/05/2019 Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: MÚLTIPLAS FRATURAS DE OSSOS DO CRÂNIO E DA FACE (FRONTAL ESQUERDO/ COMPLEXO ZIGOMÁTICO). PÁG 4

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

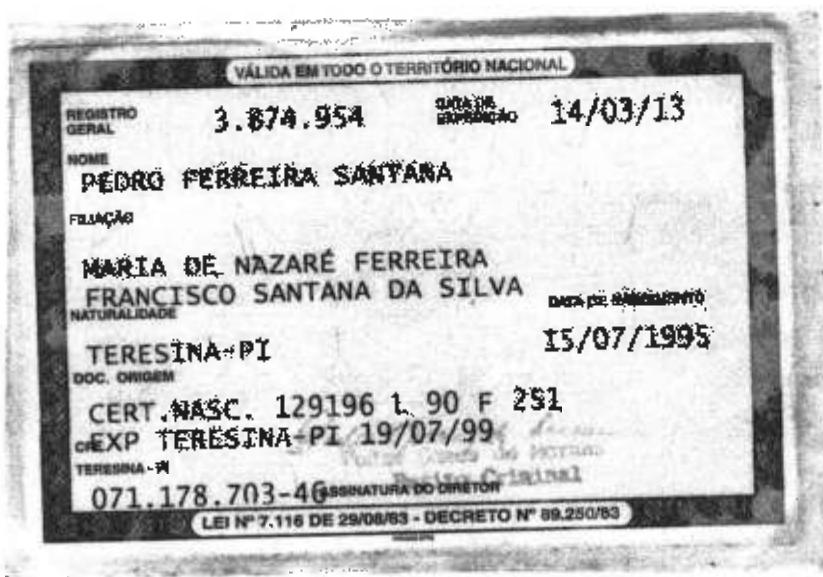
Observações: PÁG 11/18\_CIRURGIA

@2 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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



# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3190476320**

Data da solicitação: **11-05-2020**  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: **Pedro Ferreira Santana**

CPF do beneficiário: **071-178-703-46**

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: **(66) 98112-3310**

Tel. Comercial: **(000)**

Tel. Residencial: **(000)**

E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCÓRDIA DA NEGATIVA

DISCÓRDIA DO VALOR RECEBIDO

DISCÓRDIA DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues.

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito reanálise pois discordo do valor que foi pago uma vez que fizeei com sequelas graves.

*Teresina, PI - 11/05/2020*  
Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

*Pedro Ferreira Santana*

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue ao mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190476320      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO FERREIRA SANTANA      **Data do acidente:** 11/05/2019      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO  
 -MICROHEMORRAGIAS SITIO CORTICAL E SUBCORTICAL  
 TRAUMA FACIAL  
 -FRATURA CRANIANA EM OSSO FRONTAL ESQUERDO  
 -PAREDE ANTERIOR E POSTEIOR DO SEIO FRONTAL  
 -PAREDE DA ORBITA E DOS SEIOS ESFENOIDAL E MAXILAR

**Descrição do exame físico:** PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, JUNTAMENTE COM PERCA VISUAL A ESQUERDA EVOLUINDO COM ÍNDICE DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO LEVEMENTE PREJUDICADO, COM DOR NA MOVIMENTAÇÃO DA MANDÍBULA DURANTE UM MOVIMENTO, DOR NA ATM A PALPACAO LATERAL E ALTERACOES NA FUNÇÃO DA ATM A PALPAÇÃO DOS MÚSCULOS MASTIGATORIOS.

**Resultados terapêuticos:** PERCA VISUAL E DANO CRANIANO FACIAL POS ACIDENTE.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO VISÃO DE UM OLHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/09/2019

**Conduta mantida:**

**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
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
<b>Total</b>			<b>47,5 %</b>	<b>R\$ 6.412,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190476320      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO FERREIRA SANTANA      **Data do acidente:** 11/05/2019      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO  
 -MICROHEMORRAGIAS SITIO CORTICAL E SUBCORTICAL  
 TRAUMA FACIAL  
 -FRATURA CRANIANA EM OSSO FRONTAL ESQUERDO  
 -PAREDE ANTERIOR E POSTEIOR DO SEIO FRONTAL  
 -PAREDE DA ORBITA E DOS SEIOS ESFENOIDAL E MAXILAR

**Descrição do exame físico:** PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, JUNTAMENTE COM PERCA VISUAL A ESQUERDA EVOLUINDO COM ÍNDICE DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO LEVEMENTE PREJUDICADO, COM DOR NA MOVIMENTAÇÃO DA MANDÍBULA DURANTE UM MOVIMENTO, DOR NA ATM A PALPACAO LATERAL E ALTERACOES NA FUNÇÃO DA ATM A PALPAÇÃO DOS MÚSCULOS MASTIGATORIOS.

**Resultados terapêuticos:** PERCA VISUAL E DANO CRANIANO FACIAL POS ACIDENTE.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO VISÃO DE UM OLHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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
Perda da visão de um olho	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
<b>Total</b>			<b>47,5 %</b>	<b>R\$ 6.412,50</b>

## RELATÓRIO MÉDICO

Jecóvulos que podem fornecer sustento, foi vítima de atropelo veicular, teve sofrido traumatismo cranioencefálico, com fratura no osso frontal e cíngulo com fratura no osso da face esquerda, múltiplas fraturas em ossos da articulação temporomaxilar, possivel deslocamento da maxila e mandíbula e óssea percutânea, deuterodorsal, de expondo o maxilar direito, houve deslocamento fruto de impacto, houve deslocamento da maxila e mandíbula e óssea percutânea total da região esquerda, deuterodorsal, observando que o deslocamento é de 40%.

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirúrgica  
CRM: 1564-PI - CRM: 2600-MA  
(86) 3 9832-1987 - Teresina-PI

E-mail: [edimar@terra.com.br](mailto:edimar@terra.com.br)

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirúrgica  
CRM: 1564-PI - CRM: 2600-MA  
(86) 3 9832-1987 - Teresina-PI

13/04/2020

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva  
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929



Seguradora Eider - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Pedro Ferreira Santanna  
 DATA DO ACIDENTE 11-05-2019 CPF DA VÍTIMA 071.178-703-46  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Pedro Ferreira Santanna  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARÂNTESCO COM A VÍTIMA É Pedro Ferreira Santanna  
 ENDEREÇO DO PORTADOR ES do Compróstare 0 N.º 029-ecosa  
 Nº 01 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Rufal  
 CIDADE Teresina UF PI CEP 64.041.990  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (86) 98112-3310

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE Ocorrência expedido pela autoridade policial (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- |                        |  |
|------------------------|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MORTE = R\$ 13.500,00</li> <li>• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 8.194/74.</li> <li>• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.</li> </ul> |
|------------------------|--|

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADOOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADOOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01-08-19IDENTIDADE 3.874.954ASSINATURA Pedro Ferreira SantannaPJ CORRETORA  
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA  
DE SEGUROSDATA 01 AGO 2019NOME DPVATASSINATURA DPVAT

DPVAT

**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-99 C. Ins. Estadual: 19.311.583-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Impressão autorizado pelo SPPA/2006/PI

Para download  
comprar, imprimir  
ou trocar o boleto

SELARON  
0832492-1

CONTA MÊS VENCIMENTO  
**JUNHO/2019** **20-06-2019**

Nº da Nota Fiscal: 023090742

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEI Fazenda  
pela Lei nº 10.659 de 26 de abril de 2003.

CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)  
**139** **160,90**

MARIA DE JESUS FERREIRA SOUSA  
ES DO CAMPESTRE D N-02 Q-C E-01 B-RURAL  
CNPJ: 000095237984304  
CEP: 64.041-990 - TERESINA

ROT: 10.001.34.83.131900

DADOS DA LEITURA		DATA	DATA
Atual:	2285		13/06/2019
Anterior:	2146		15-05-2019
Conselho de Multiplicador:	1,000		15-07-2019
Consumo Medido:	139		12-06-2019
Consumo Faturado:	139	FCAM	13-06-2019
			Apresentação: 29
			Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Clausa/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponta	Código Pat.	Média 12 meses
RESID. EX. RENDA	MONO	A1800182	1.4.1.1.	75	

		DESCRICAÇÃO DA CONTA		
Mediação Consumo	CONSUMO	30 A R\$ 0,289248 =	8,67	
MAI/19	132	70 A R\$ 0,495851 =	34,70	
ABR/19	116	39 A R\$ 0,743762 =	29,00	
MAR/19	107	CONTR. ILUMINACAO PUBL. (COSIP)	6,23	
FEV/19	109	DIFERENCA DE TARIFA	42,50	
JAN/19	111	SUBVENCAO BAIXA RENDA	30,54	
DEZ/18	2	PARCELAMENTO DE DEBITOS (2X)	70,34	
NOV/18	0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,45	
OUT/18	0			
SET/18	0			
AGO/18	121			
TARIFA SEM TRIBUTO:				
0 A 30 - 0,289248				
31 A 130 - 0,495851				
181 A 139 - 0,743762				

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

1 AGO 2019

**DPVAT**

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

Mes/Año Valor R\$ 05/2019 158,03 Unidade consumidora suspeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20-06-2019. O seu pagamento por meio de terceiro é desconsiderado. Seu consumo é de 139 kWh. Caso tenha efetuado o pagamento falar desconsiderar este aviso.

LIGUE esse número e FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AD FISCO 9889.0C42.194C.1882.B2BC.76F9.3B19.1501.

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	24,15	Base de Cálculo:	114,87
Energia:	46,64	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	7,88	Valor do ICMS:	25,27
Enegear:	3,86	Valor do PIS:	1,44%
Tributos:	32,34	Valor do COFINS:	1,26
			5,81

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

MÉS		FIC		DMIC		DPSI	
Mês	Mês/Ano	Anual	Mês	Mês/Ano	Anual	Mês	Mês/Ano
Último	5,31 10,63 21,25	3,24 6,48 12,95	3,03				
Anterior	0,00	0,00			0,00		

Saldo de débitos: 04/2019 R\$ 21,86

Endereço: TERESINA-MARQUES

NOTA DE FISCAL: 023090742-1 DT.ENTR.: 01/07/2019

NOTA DE FISCAL: 023090742-1 DT.ENTR.: 01



Dados do Chamado	01 N° do chamado <i>1849</i>	02 Data do chamado <i>11/05/19</i>	03 PRO (código) <i>2908</i>	04 Saída do PA <i>22:08</i>	05 Chegada ao local <i>22:50</i>
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>23:07</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>23:54</i>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço <i>Pov. Parque das Nações</i>	11 Bairro	12 Município-UF <i>TE- PI</i>	Código IBGE <i>64000000</i>	
tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome <i>Pedro Fernanda SANTANA</i>	15 Sexo <i>M</i>	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	
Acidente de Transporte	16 Idade <i>750725</i>	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim    2- Não    9- Ignorado	
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Quemadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	01 AGO 2019
Exame Físico	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete    Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Assistência	23 Glasgow = <i>13</i>	RESPOSTA VERBAL 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso PA TAX. Sat <i>59</i>	25 Local da lesão
Hospital de Destino	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial    Central 1 - Chelo    2 - Fino    3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor    3 - Leve    7 - Moderada    10 - Intensa	30 Fratura 1 - Sim    2 - Exposta    3 - Fechada 2 - Não    3 - Suspeito
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração    Brancha longa/curta Oxigênio    Colar cervical Curativos    Kred	32 Hospital de Destino <i>1107</i>	33 Condições de entrada 1- Melhorado    2- Emporando    3- Inalterado	34 Óbito 1-Sim Antes do socorro    Antes do transporte    Durante o transporte	Não Removido
	<p><i>Paciente encontrado iteragindo em via pulpita ao lado do buleto apresentando trauma craniano com lacerme periorbitário esquerdo associado a edema orbitofacial metido em lesão</i></p>				
	Dr. José Dantas Responsável pela recepção	Socorristas Médico ABTE	<i>P. J. M. Thomas</i>	Enfermeiro Condutor	<i>Marthys Paulino</i>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190476320**      **Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA**

**Data do Acidente: 11/05/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PEDRO FERREIRA SANTANA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.412,50

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

Dano Pessoal: Perda da visão de um olho 50%  
Graduação: Em grau intenso 75%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%  
Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

**Recebedor: PEDRO FERREIRA SANTANA**

**Valor: R\$ 6.412,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000004288**

**Conta: 0000019625-8**

**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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190476320**      **Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA**

**Data do Acidente: 11/05/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), PEDRO FERREIRA SANTANA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

0276559/19 3 - CPF da vítima:

071-178-703-46

4 - Nome completo da vítima:

Edmo Ferreira Santana

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

5 - Nome completo:

Edmo Ferreira Santana

6 - CPF:

071-178-703-46

7 - Profissão:

Rural

8 - Endereço:

ES de Campinas ON R C casa

9 - Número:

01

10 - Complemento:

casa

11 - Bairro:

Rural

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64041 990

15 - E-mail:

8698112-3310

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR & CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA

PROCORRETORA DE SEGUROS

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

13 AGO 2019

CONTA POUPANÇA (Somente para os bens abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4288

CONTA: 00019625 8

Nome do BANCO:

(Inserir o dígito de verif.)

(Inserir o dígito de verif.)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta acima, a quantia de minha dívida, a valor da indenização/veemboço do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, fornecendo a senha desse cartão e o número de conta e efetuando a crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou, no caso, na de apresentar, a prova do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, já que que assinarei uma das opções:

Não há IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §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

23 - Estado Civil da vítima:

Solteiro  Casado (ou Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiros(falecidos)?

Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?

Sim  Não 32 - Se tinha Irmãos, Informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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.

34

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Teresina - 13-08-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**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: 3190476320  
Nome do(a) Examinado(a): Pedro Ferreira Santana  
Endereço do(a) Examinado(a): Estrada do Campestre2, S/N Qd C Casa 1  
Zona Rural Teresina PI CEP: 64041-990  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 3874954  
Data local do acidente: [ 11/05/2019 ]  
Data local do exame: [ 23/09/2019 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO**  
**-MICROHEMORRAGIAS SITIO CORTICAL E SUBCORTICAL**  
**TRAUMA FACIAL**  
**-FRATURA CRANIANA EM OSSO FRONTAL ESQUERDO**  
**-PAREDE ANTERIOR E POSTEIOR DO SEIO FRONTAL**  
**-PAREDE DA ORBITA E DOS SEIOS ESFENOIDAL E MAXILAR**

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

**Tratamento: OSTEOSSINTESE COM MICROPLACAS MAXILAR ESQUERDA**  
**Complicações: PERCA VISUAL A ESQUERDA E LIMITACAO CRANIO FACIAL**  
Data da Alta: 05/07/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, JUNTAMENTE COM PERCA VISUAL A ESQUERDA EVOLUINDO COM ÍNDICE DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO LEVEMENTE PREJUDICADO, COM DOR NA MOVIMENTAÇÃO DA MANDIBULA DURANTE UM MOVIMENTO, DOR NA ATM A PALPACAO LATERAL E ALTERACOES NA FUNÇÃO DA ATM A PALPAÇÃO DOS MÚSCULOS MASTIGATORIOS.**

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

Sim       Não

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

Sim       Não

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

**PACIENTE EVOLUI COM DOR A MASTIGAÇÃO, COM DIFICULDADE PARA MASTIGAR ALIMENTOS SÓLIDOS DE CONSISTÊNCIA FIRME, COM LIMITAÇÃO NA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, JUNTAMENTE COM PERCA VISUAL A ESQUERDA**

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

"Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS**

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

Região Corporal (Sequela):

**VISÃO DE UM OLHO - Lado Esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

  
Dr. Frederico Fonseca de Oliveira  
CRM/PI - 5058  
CPF - 047.547.326-42



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

158 v. 1.0

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002745/2019-91

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 22/07/2019 - 12:02

### DADOS DA OCORRÊNCIA

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Data/Hora**

11/05/2019 - 22:08

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

TERESINA

**Bairro**

POVOADO

**Endereço**

POVOADO CAMPESTRE NORTE, Nº:

**Ponto de Referência**

**Complemento**

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

**Nome:** PEDRO FERREIRA SANTANA

**Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante**

RG: 3874954

Mãe: MARIA DE NAZARE FERREIRA

Endereço: POVOADO CAMPESTRE NORTE, Nº

Bairro: CAMPESTRE

Cidade: TERESINA

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

01 AGO 2019

**DPVAT**

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

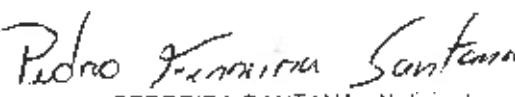
**Natureza(s) da Ocorrência**

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

### RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE VIA NA VIA ACIMA CITADA, NA SUA BICICLETA, QUANDO UMA MOTO NAO IDENTIFICADA, QUE VINHA NA CONTRA MÃO, BATEU NA VITIMA CAUSANDO A COLISAO CAIU, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PRONTUARIO:510877. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

  
Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

  
PEDRO FERREIRA SANTANA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

0276559/19 3 - CPF da vítima:

071-178-703-46

4 - Nome completo da vítima:

Edmo Ferreira Santana

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

5 - Nome completo:

Edmo Ferreira Santana

6 - CPF:

071-178-703-46

7 - Profissão:

Rural

8 - Endereço:

ES de Campinas ON R C casa

9 - Número:

01

11 - Bairro:

Rural

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64041 990

16 - Tel. (DDD):

86 98112-3310

15 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR & CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

13 AGO 2019

CONTA POUPIANÇA (Somente para os bens abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4288 CONTA: 00019625 8

Nome do BANCO:

(Inserir o dígito de verif.)

(Inserir o dígito de verif.)

(Inserir o dígito de verif.)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta acima, e, se necessário, de minha conta, a valor da indenização/veemboço do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, fornecendo a senha desse cartão e o número de conta e efetuando o crédito, quitando total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou, no caso, na de apresentar, a prova do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, já que que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §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

23 - Estado Civil da vítima:

Solteiro  Casado (ou Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiro(falecido)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha Irmãos, Informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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.

34

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Teresina, 13-08-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SABRY

Neurologia & Longevidade

Paciente: PEDRO FERREIRA SANTANA  
Teresina - PI, 24/07/2019

ATESTADO MÉDICO

Atesto, autorizado pelo(a) mesmo(a), que o(a) sr(a). acima apresenta o(s) diagnóstico(s) apresentando crises/ perda visual à esquerda, de forma permanente.  
O(a) mesmo(a) requer auxílio-doença.

CID:

S04.0

H47.2

Cliente:

PEDRO FERREIRA SANTANA

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

01 AGO 2019

DPVAT

Marcus Sabry A. Batista  
Neurologista  
CRM-PI 2079



Scanea o QR code e nos viste no Instagram

Clinica SABRY NEUROLOGIA  
a São Pedro, 1900. Teresina - PI  
efone.: 86 3226 2726

Dr. Marcus Sabry A. Batista. CRM-PI: 2079  
Médico - Neurologista - Doutor em Medicina  
RQE: Clínica Médica: 1108 - Neurologia: 1109



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Pedro Fornaria Santana	PRONTUÁRIO	510877
DA CLÍNICA	Bucomacilo	ENFILEIRO:	
À CLÍNICA	Oftalmologia		215/29
		PJ CORRETIVO DE SEGUIMENTO	01 AGO 2010

### MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente ciclístico, apresentando fratura cozimento, com necessidade de intervenção cirúrgica. Refere perda visual em 06. Solicito avaliação e conduta.

Dr. Edson Lucio  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucomacilologia  
CRM-PI 152

DATA: 18/05/19

Assinatura do médico solicitante

### PARECER

Paciente ref. ref. feriu o seu olho direito  
à audição de um tiro  
perdeu visão no olho direito

Próximas = AP = 81 afer.  
TONO: 14 mmHg

Coloque USG olho e se necessário

Dr. Fabio Marcos de Sousa  
CRM-PI 152

DATA:

Assinatura do médico especialista



**HOSPITAL DE URGÉNCIA 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: **PEDRO FERREIRA SANTANA** (Prontuário: **510877**)

Endereço: **POV CAMPESTRE NORTE - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-000**

Nascimento: **15/07/1995** Idade: **23a9m29d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **238868**

Requisição: **953561** Solicitação: **13/05/2019** Solicitante: **JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO**

Controle: **1215750** Convênio: **S U S** CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 LEITO 28

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0206010044**

Data Exame: **13/05/2019**

### T.C. DE FACE

TÉCNICA: EXAME FEITO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES, AXIAL, SAGITAL, CORONAL E VOLUMÉTRICA.

#### RELATÓRIO:

- AUMENTO DE VOLUME DAS PARTES MOLES NA HEMIFACE ESQUERDA, COM ENFISEMA.
- FRATURA CRANIANA EM OSSO FRONTAL ESQUERDO.
- MÚLTIPLAS FRATURAS EM OSSOS DA HEMIFACE ESQUERDA, ASSIM DISPOSTAS:
  - \* PAREDES ANTERIOR E POSTERIOR DO SEIO FRONTAL;
  - \* PAREDES DA ÓRBITA E DOS SEIOS ESFENOIDAL E MAXILAR;
  - \* GRANDE ASA DO ESFENOÍDE;
  - \* ARCO ZIGOMÁTICO.
- HEMOSSINUS FRONTO-MAXILO-ETMOIDAL À ESQUERDA E ESFENOIDAL BILATERAL.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 13/05/2019

**RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS**

CPF: 940.719.343-87 CRM 3845

Profissional Responsável





PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

01 AGO 2016

DEVOL

NOME DO PACIENTE: Pedro Ferreira Santana

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510 877

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



## HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otacílio Tito 1620 Redenção - CEP: 86.321-5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

OK - GERAL  
ORTOPEDIA OK  
GUARDA MÉDICA OK  
NEUROLOGIA OK

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nº HCO 840  
13/05/19

Imp: 12/05/2019 00:12:49  
(User: WILLIAN MACHADO)  
(Série: CONSULTA)

Nome: PEDRO FERREIRA SANTANA		Prontuário: 510877
Mãe: MARIA DE NAZARE FERREIRA	Fai:	
End. Resid.: Povo Campestre Norte - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 19/07/1995	Idade: 23a3m27d	Sexo: Masculino Fone: 95-39270-5
Responsável: MARIA DE NAZARE	CNS:	
Profissão: ESTUDANTE	Documento: RG: 3874954 - SSSPI	
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Solteiro(a)	

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 721258	Entrada: 11/05/2019 23:55:01	Convênio: S J S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM BICICLETA (CICLISTA)			
(Conforme Paciente/Acomp):			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	PJ CORRETORA DE SEGUROS	Cor:
			Indefinido
Resumo História Clas. Risco:		01 AGO 2019	
		D PVAT ?	

SSV:	(Hora: _____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	TMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup>	P脉搏: bpm	Pressão: mmHg

## Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE CICLÍSTICO, ENCONTRADO EM VIA PÚBLICA, HÁ CERCA DE 2H HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, NEGA VOMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIENCIA. HISTÓRIA DE INGESTA ALCOÓLICA.

- A) VIAS AERÉAS SÉRVIAS, FÁSICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESÍCULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT 02:99%, FC 93, EUPNEICO
- C) RR, 2T, BNF, SS, SEM SANGRAMENTOS EVICENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TURCENCIAS JUGULAR, PA 130x80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S
- D) GLASGOW 13, PUPILLAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.

Diagnóstico Inicial:	ED:
?	

## Exames Complementares:

- (1214688) - T.C. DE CRÂNIO
- (1214689) - T.C. DE COLUNA CERVICAL
- (1214690) - PELVE

## Prescrição Médica:

*Até pós 01/02 4 altos em gruha laemata Maravilha,  
Alt. antepedi*

Dr Cláudio Nogueira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 1324 / CRM-MG 9337  
SBQF 12661

## Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto):

DATA: / /

HORA: : :

Dra. Fátima Brito  
MÉDICA

Assinatura Paciente ou Responsável:

WILLIAN MACHADO  
CRM-PI 695  
CRM 3611 EM: 12/05/2019 00:12:47

Pelo unico. 11/05/11

Acidente ciclístico

OSCH, PTF

TC de crânio: normal T + f de cime

TC de crânio cervical: A ver se tem fratura

Od.: Act. de ressaca  
- bolhas de sangue

Dr. José Carlos Gomes Filho  
Neurocirurgião  
CRM-PI 1196

CTB MF# 12 de maio de 2019 às 01:09

Paciente vítima de acidente ciclístico, encontrado em via pública. Ao exame clínico, paciente se apresentava com dificuldade em responder comando, em uso de colar cervical e posicionada sobre prancha, dificultando exame.

Foi possível observar extenso edema em hemiface esquerda, equimose periorbital ++, dificuldade de abrir os olhos, olho E// edemaciado; dificuldade de abertura de boca.

No TC de face, com imagens duplicadas e sobrepostas devido movimentação do paciente, é possível perceber fratura COZM E//.

Conduta: internação pela BMF após liberação de outras especialidades.

Jr. José Carlos L. Gomes Filho  
CIRURGIA BICO-MAXILO-FACIAL  
IMPLANTODONTIA  
CRM-PI 2200

CÓDIGO: 0404020526

CID: S02.4



**PREFEITURA DE TERESINA**  
**FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**

## **PREScrição MÉDICA**



PREScrição MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Pedro Ferreira Santana		Às 08:15h. Paciente
		de alta hospitalar.
		quanto aos cuidados
		domiciliares →
		Dentista Enfermeiro Médico
<b>Alta Hospitalar</b>		
<del>X</del> Buco		

MÉDICO/CRM:

FMS

SUS



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

238868

204591

204591

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	238868

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: <b>PEDRO FERREIRA SANTANA</b>	6 - Prontuário: <b>510877</b>		
7-CNS:	8-Nascimento: <b>15/07/1995</b>	9-Sexo: <b>Masculino</b>	10-RG: <b>3874954 - SEPI</b>
11-Mãe: <b>MARIA DE NAZARE FERREIRA</b>			12-Fone: <b>95-39278-5</b>
13-Resp: <b>MARIA DE NAZARE</b>			14-Cor: <b>Sem Informação</b>
15-Ender: <b>POV CAMPESTRE NORTE - ZONA RURAL - CEP: 64000-000</b>	17-Cod. IRGE: <b>221100</b>	18-UF: <b>PI</b>	19-CEP: <b>64000-000</b>
16-Munic: <b>TERESINA</b>			

## JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

*Fratura óssea de orelha  
oclítico c/ Tumor c/ A  
CORRETORA  
DE SEGUROS*

01 AGO 2019

21 - Condições que justificam a internação:

*Fratura*

22-Exp. Prin: **5024** 23-Exp. Sec.: **25-CID C. Atac.:**

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura dos ossos malares e maxilares

*T.C. / Afe se*

Tempo SUS

3

*Cirurgia de Articulação da Silva  
G. 1779*

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

26-Cod. Proced.: <b>0404020526</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>OSTEOSSINTSE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR</b>	28-Cod. Proced.: <b>0404020526</b>	29-Clinica: <b>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO</b>	30-Caráter: <b>Ident.: 02</b>	31-Docum.: <b>01</b>	32-Doc. Méd. Solic.: <b>CPF 957.650.423-68</b>	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO</b>	34-Data Solicitação: <b>11/05/2019</b>	35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM): <b>Dr. Mauro Antônio da Silva CRM 1779</b>
------------------------------------	--	------------------------------------	--	-------------------------------	----------------------	--	---	--	---

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-( ) Acidente de Trânsito	37-( ) Acidente Trabalho Típico	38-( ) Acidente Trabalho Trajeto	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-SET/19:
			42-CNFJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBQR:

45 - Vínculo com a Previdência:  
 Empregado     Empregador     Autônomo     Desempregado     Aposentado     Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-Cartão de Identificação (CRM):
	<b>36/06/19</b>	<b>Carlos Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DRCM/PI CRM-PI 1635-CPF 961.903.57-6 CRM 2019/2020</b>

49-Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg-Conselho):
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	52-Valor:
<i>Iberia de Nazaré Ferreira</i>	<b>THAIS MICHELE</b> Consulta Local: <b>YD128</b> Consulta SUS: Impressão: <b>12/05/2019 01:48:52</b>

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

Nº LAUDO: 204591  
AIII: 2219100335309



**ESTABELECIMENTO SOLICITANTE**

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES  
5828856

**ESTABELECIMENTO EXECUTANTE**

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES  
5828856

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

**CARTÃO SUS      NOME DO PACIENTE**

708105500362931 | PEDRO FERREIRA SANTANA

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NASCIMENTO    SEXO    PRONTUÁRIO

15/07/1995 | M | 518871

**DOCUMENTO CPF    TELEFONE    NOME DA MÃE**

| 8695292785 | MARTA DE NAZARE FERREIRA

RESPONSÁVEL:

MARIA DE NAZARE

**CEP      ENDEREÇO - LOGRADOURO**

| CAMPESTRE NORTE

NÚMERO / LOTE

**BAIRRO**

**COMPLEMENTO**

**MUNICÍPIO**

TERESINA

UF

**ZONA RURAL**

PI

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

PACIENTE É VITIMA DE ACIDENTE CICLISTICO, ENCONTRADO EM VIA PÚBLICA. HÁ CERCA DE 2H HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. NEGA VÓMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIÊNCIA.

**CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO**  
AS ACIMA

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
EXAME CLÍNICO

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

01 AGO 2019

**CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL**  
S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

**CID 10 SECUNDÁRIO**

**CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
0404020526 - OSTEOSSÍTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITOGOMATOCAXILAR

**LEITO/CLÍNICA**

CLÍNICA GERAL

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

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO  
CPP: 93765042168

**CARÁTER**

URGÊNCIA

**DATA SOLICITAÇÃO**

11/05/2019

**DATA ADMISSÃO**

11/05/2019 23:55

**DATA ALTA**

15/05/2019 08:15

**MOTIVO ALTA**

MELHORADO

**TIPO ACIDENTE    CNPJ SEGURADORA    N° DO BILHETE    SÉRIE    CNPJ DA EMPRESA    CNAE EMPRESA    CBOR    NATUREZA DA LESÃO**

**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

**AUTORIZAÇÃO**

**PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))**

ANTONIO CASTELI BRANCO DE DELS  
CPP: 01009423526

CRM:

DATA ANÁLISE: 12/05/2019 02:21:49

**NOME DO PROFISSIONAL / PARCERIA CONTROLE E AVALIAÇÃO / AUDITORIA**

CRM:

DATA ANÁLISE

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Pedro Ferreira Santana		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura do complexo osteozigomático - Maxilo-frontal com luxação da Fratura do complexo osteozigomático - Maxilo-frontal.		
Operação - Tipo	Descolamento de Fratura do complexo osteozigomático		
Cirurgião	MATIAS	1º Assistente	Brincos
2º Assistente	Brincos	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Inicio	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório	O Maxilo		
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
<b>Descrição da Operação</b> (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
Antissepsia da face + colo e couro cabeludo expondo o maxilo-frontal + abdômen + máculas + incisões intra-orais da fratura da pilar-zigomática levando Mucoperíodo + gelos e orvisplas - fixar os pedaços + suturar + cortar tijos			



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14,05,19

**Rubrica**

NOME DO PACIENTE:	Pedro Ferreira Sá	PRONTUÁRIO N°:	510872
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Dr. Fernanda	Nº DA SALA:	08
CIRURGIÃO:	Dr. Matos	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Bonil	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Rony	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA			
Name: <i>Pedro Henrique Santana</i>	Frontuário:	Data: <i>14.05.19</i>	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: <i>23</i>	Peso: <i>± 60kg</i>	Altura:
Procedimento(s) proposto(s): <i>Histerectomia + Cazg e</i>		Apto? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>ANAMNESE</b>			
1 - Patologias cardiológicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
- Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
3 - Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
4 - Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
6 - Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
7 - Uso de medicação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
- Alergia	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
9 - História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<i>Tabagista + Usuário de drogas (injeção há + 1 mês)</i>			
<b>EXAME FÍSICO</b>			
PA: <i>125x80</i>	P脉: <i>80</i> ( <input type="checkbox"/> arritmico)	Mallampati: (1) <input checked="" type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> (4)	
1. Respiratório	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado: _____	
2. Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado: _____	
3. Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado: <i>Glasgow 15</i>	
4. Abdome	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado: <i>Tendom</i> Completo	
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD		
6. Extremidades	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado: _____	
<b>EXAMES COMPLEMENTARES</b>			
HB	<i>13,6</i>	TP / RNI	<i>0,5% / 1,03</i>
HT	<i>42,6</i>	TTPa	<i>28,3 mg</i>
Plaquetas	<i>209 mil</i>	Glicemia	
ECG:		RX Tórax	
ECO:			
ASA: <i>1</i>	Anestesia proposta: <i>General</i>	( <input type="checkbox"/> Outro: _____)	
OBSERVAÇÃO DE CRPA:			
Anestesiologista: <i>Dra. Fernanda R.S. Matos Góes</i> <i>JM</i> CRM-PB 4924	CRM:		MOD. 076 - HUT



# BIOSÍNTESE

Comércio e Importação de Material Médico  
Hospitalar e Implantes Ltda. - EPP

## MATRIZ

Rua Área Leão, 596 - Centro/Sul  
Fone/Fax: (55 86) 3222-7366  
CEP 64.001-310 • Teresina - Piauí  
Insc. Est. nº 19.444.630-1  
CNPJ nº 03.512.566/0001-90  
biosintese@biosintesepima.com.br

## FILIAL

Av. dos Holandeses Q.33 - Selas 1003/1005/1009  
Cond. Metropolitan Market Place - Calhau  
CEP 65.071-380 • Fone: (55 98) 3227-0640  
São Luís - Maranhão  
Insc. Est. 12.310.276-6  
CNPJ 03.512.566/0002-71  
biosintese\_ma@biosintesepima.com.br

## COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

Nome do Hospital: HUT

CX 005A - A

C.N.P.J. \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Nome Vahala

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
	<u>01 min placas de titânio 2x1,5 (01 amb 6f. (inclusi parafusos)</u>

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o(s) material (is) aqui discriminado do paciente abaixo:

ATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 14/05/19

DATA DA ALTA / /

PACIENTE - Nome: Pedro Ferreira Gaultava

Nº AIH: 238868

Nº do Prontuário: 510377 Data da Internação / /

Procedimento Médico Realizado: 0104020528

Indicador de Compatibilidade: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Matias

*Dr. Matias Alves da Silva  
Cirurgião-Dentista Maxilo Facial  
CRM 774*

CRM N° \_\_\_\_\_



## FICHA DE ANESTESIA

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

Nome: <i>Pedro Henrique Santana</i>		Sala: 08	Alergia: <i>Nega</i>	Data: <i>14.05.19</i>							
Procedimento: <i>Enterotomia CO2R E</i>	Cirurgião: <i>Dra. Matias</i>	Observações: <i>Ningu comorbidades, jejum completo</i>									
Agentes	Unid.	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
1 Propofol	<i>150mg</i>										
2 Sufentanil	<i>250mcg</i>										
3 Ativanol	<i>40mg</i>										
4											
5 Alpidrina	<i>2g</i>										
6 Dipirona	<i>2g</i>										
7 Bexifaco	<i>400mg</i>										
8 Dexmedetomidina	<i>10mcg</i>										
9 Fentanyl	<i>50mcg</i>										
10 Bromopride	<i>10mg</i>										
11 Atenaparax											
12 Neostigmina											
13											
Oxigênio	<i>1L/min</i>										
ARV20	<i>1L/min</i>										
Volatile	<i>Sevoflurano</i>										

## Acesso Vascular

- Periférico *Próximo*
- Cat. Venoso nº *G*
- Dificuldade aces. venoso
- Gestos *catefatos*
- Central

## Via Aérea

- Cateter nasal
- IOT nº *4.5*
- LMA nº \_\_\_\_\_

## Monitorização:

- Cardioscopia
- PANI
- Oxímetro de pulso
- ETCO2
- Outros *Análise gases*

## Anestesia:

- Geral Venosa
- Geral Balanceada
- Requiánestesia
- Peridural
- Bloqueio Periférico
- Outros

## Decubito:

SPO2 (%)	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>	<i>99%</i>	<i>99%</i>
ETCO2 (mmHg)	<i>37 ~ 35 ~ 35 ~ 34</i>				
Aces. Venoso	<i>SR</i>	<i>SR</i>	<i>EE</i>		
Aces. Venoso	<i>500ml</i>	<i>extremo</i>	<i>500ml</i>		
Dlurese					
Perdas Sanguíneas					

## Descrição da Anestesia:

1. Check list + Pre anestesia
2. Monitorização
3. Vérptiva pulmão
4. Pré-oxigenação + indução sevofl. com IOT 4.5 + NMIC + intubação
5. Proteção cutânea + preparação implantária
6. Insuflação + extubação

Assinatura: *Dr. Francisco C. Neto (CRM-PI 000000000000000000)*  
Data: *14/05/2019*

Anestesiologista



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA  
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	2-CNES <b>5828856</b>	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>	4-CNES <b>5828856</b>	238868

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>PEDRO FERREIRA SANTANA</b>	6 - Prontuário: <b>510877</b>
7-CNS:	8-Nascimento: <b>15/07/1995</b> 9-Sexo: <b>Masculino</b> CPF: <b>- - -</b>
11-Mãe: <b>MARIA DE NAZARE FERREIRA</b>	12-Fone: <b>95-39278-5</b>
13-Resp: <b>MARIA DE NAZARE</b>	14-Fone: <b>95-39278-5</b>
15-Ender: <b>POV CAMPESTRE NORTE - ZONA RURAL - CEP: 64000-000</b>	
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100</b> 18-UF: <b>PI</b> 19-CEP: <b>64000-000</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição: <b>0404020526 OSTEOSSINTSE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR</b>
31-Cod.Procedimento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial: <b>PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)</b>

Quant. Sollicitada:

**1**

Fornecedor da OPM: **BIOSINTSE**

33-Profissional Responsável: <b>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO</b>	40-Tp. Documento: CPF	Dr. Matheus Cirurgião-Dentista CRM-PB 27467 CRM-PI 27467 41-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)
39-Data Solicitação: <b>14/05/2019</b>	40-No.Doc. Méd. Solic.: <b>957.650.423-68</b>	

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

*Necessita de fixação interna digital.*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <b>26/06/19</b>	52-CNS/CPF: <b>Caio Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DCR/PI CRM-PI 1039-CPF 100537-8 CNS 2006004000000004</b>
		53-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)  (ANTONIO EURIVANI)



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

BUCO  
UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENE. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
<i>Perito Ferreira Sant'Anna</i>	510877	Neuro	215	29	/s = 07-85
DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:			
14-05-19					
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
<i>Pos-Operatória</i> 1 Distal Fortox 0,9% 500 ml 2 Sif 0,9% 500 ml 3 G 5% 500 ml 4 Cetofenina 1g-600 mg 600 mg 12/24h 5 Acetaminofeno 500 mg 12/24h 6 Filantil 200mg 1d 7 Dipirona 2,5g + AD 600 mg 12/24h 8 Panacetilina 500mg 12/24h	<i>Juciannne Marinho Visita Nutricionista CRMPI 10537</i> <i>10:00</i> <i>12:00</i> <i>14:00</i> <i>16:00</i> <i>18:00</i> <i>20:00</i> <i>22:00</i> <i>24:00</i>	<b>RAIO-X REALIZADO</b> DATA: 14/05/19 Técnico: <i>Willib</i>			

MÉDICO / CRM:

*Dr. Motta Aranha da Silva  
Cirurgião-Rég. Facial  
CRM-PI 199*





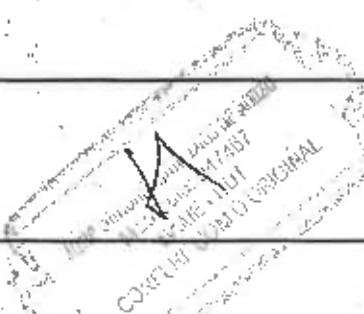
## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Ricardo Ferreira Souto</i>			
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura do condilo osteocondrico - Maxilla</i>			
Operação - Tipo <i>Desassartilhamento da Fratura do condilo - osteofito</i>			
Cirurgião <i>MATIAS</i>	1º Assistente <i>Presidente</i>	2º Assistente <i>Presidente</i>	3º Assistente
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	Ínicio	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório <i>O Maxilo</i>			

Relatório Imediato do Patologista:

Acidente Durante a Operação:



### Descrição da Operação (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

*Antissepsia da face + colo com chumbo + incisão extramolar d. fronto-frontozigomática + divisa 7 reduzida + incisão intra-oral d. fronto-furilar-zigomática fechada + Mucoperióstio + reabsorção óssea + placa de ferros + Sutura + Cetodrônio*

*Dr. Matias Andrade da Silva  
Cirurgião de Busto-Maxilo Facial  
CR 01779*



Prefeitura Municipal de Teresina  
Fundação Municipal de Saúde



Fundação Municipal de Saúde



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Pedro Ferreira Santana	PRONTUÁRIO:	510877
DA CLÍNICA	Bucoroxilis	ENFILEITO:	
À CLÍNICA	Oftalmologia		215-29

### MOTIVO DA CONSULTA

Solicito parecer de oftalmologista após resultados do exame (ultrassonografia da órbita). Exame já realizado.

01 AGO 2019

DPVAN

Dr. Celso L. C.  
Cirurgião Dentista  
Bucoroxilis  
CRM-PI 3452

DATA: 13/05/19

Assinatura do médico solicitante

### PARECER

oftalmologista  
Recomendo: USG ocular para  
alterar  
apreço qd my baco - rs  
de alguma certy

CRM-PI 3336  
Dr. Celso L. C.  
Bucoroxilis

DATA: Assinatura do médico especialista

# SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Olívo Rito 1822 Redenção - Fone: 86 3218 5449  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

Prontuário:  
510877  
Internação:  
238868

Nome: PEDRO FERREIRA SANTANA

End. Resid.: Povo Campestre Norte - ZONA RURAL

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-000

Sexo: Masculino	Nascimento: 15/07/1995	Idade: 23a9m28d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: ESTUDANTE
Internação		Alta		Permanência
Data 11/05/2019	Hora 23:55	Data 15/05/19	Hora 07:54	

Diagnósticos:

CID Principal: Frac Tira (0 C62 M )

Cod.CID:

5024

CID Secundário: .....

CID Causa Morte: .....

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

Permit, com eut, mto

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Boas clin. - 6

MEDICAÇÕES:

Analgico, Antiflam, Antibiot.

CIRURGIA: Data: 11/05/19 Tipo: Operação de POM

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Acompanhamento ambulatório

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

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte

Nome:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

Dr. Marcos Antônio da Silva  
Cirurgião: Bucal - Cefalopatia  
CRO-PI 779

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190476320**

**Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA**

**Data do Acidente: 11/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), PEDRO FERREIRA SANTANA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190476320**      **Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA**

**Data do Acidente: 11/05/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), PEDRO FERREIRA SANTANA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 21/05/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

Carta nº 15801111

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190476320**

**Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA**

**Data do Acidente: 11/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), PEDRO FERREIRA SANTANA**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190476320**      **Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA**

**Data do Acidente: 11/05/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), PEDRO FERREIRA SANTANA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0261878/19

**Vítima:** PEDRO FERREIRA SANTANA

**CPF:** 071.178.703-46

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/05/2019

**Titular do CPF:** PEDRO FERREIRA SANTANA

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**PEDRO FERREIRA SANTANA : 071.178.703-46**

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](http://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: 01/08/2019  
Nome: PEDRO FERREIRA SANTANA  
CPF: 071.178.703-46

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PEDRO FERREIRA SANTANA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190458413      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO FERREIRA SANTANA      **Data do acidente:** 11/05/2019      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/08/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO).  
EM TRATAMENTO.  
(P2,3,8,10,13,17)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.  
DATA DA CIRURGIA: 14/05/2019

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190458413      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO FERREIRA SANTANA      **Data do acidente:** 11/05/2019      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO).  
EM TRATAMENTO.  
(P2,3,8,10,13,17)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SEGURADO COM PERSPECTIVA DE TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA. NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES NO MOMENTO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.  
DATA DA CIRURGIA: 14/05/2019

## 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



Seguradora Eider - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Pedro Ferreira Santanna  
 DATA DO ACIDENTE 11-05-2019 CPF DA VÍTIMA 071.178-703-46  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Pedro Ferreira Santanna  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARÂNTESCO COM A VÍTIMA É Pedro Ferreira Santanna  
 ENDEREÇO DO PORTADOR ES do Compróstare 0 N.º 029-ecosa  
 Nº 01 COMPLEMENTO Casa BAIRRO Rufal  
 CIDADE Teresina UF PI CEP 64.041.990  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (86) 98112-3310

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE Ocorrência expedido pela autoridade policial (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- |                        |  |
|------------------------|--|
| VALORES DE INDENIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> <li>• MORTE = R\$ 13.500,00</li> <li>• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 8.194/74.</li> <li>• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.</li> </ul> |
|------------------------|--|

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

01-08-19

IDENTIDADE

3.874.954

ASSINATURA

Pedro Ferreira SantannaPJ CORRETORA  
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA  
DE SEGUROS

DATA

01 AGO 2019

NOME

ASSINATURA

DPVAT



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:  DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASN:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Pedro Francisco Santana

6 - CPF:

071.178.703-46

7 - Profissão:

Recluso

8 - Endereço:

IES do Campestre DH-02 A C casa 01

9 - Número:

casq

11 - Bairro:

Purral

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64041-990

15 - E-mail:

16 - Tel(DDD):

86 98112-3310

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins da lei, residir no endereço acima informado, conforme comprovante abaixo (ANEXAR CóPIA).

20 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POURPARÇA (Somente para os bens abertos. Adicione uma opção)

Bradesco (257)  Itaú (941)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 4288

CONTA: 00019525 8

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito de verif.) (Inserir o dígito de verif.)

(Inserir o dígito de verif.) (Inserir o dígito de verif.)

Autorizo a Seguradora a creditar o valor da indenização direta, a favor do beneficiário/reembolso do Seguro DPVAT, e que eu tenha direito ao pagamento a título de indenização, a título de ressarcimento ao valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE IML (IMPREVEDÍVEL) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob os termos da lei, que não tenho direito ao seguro legal (tutela) para os fins de requerimento da cobertura de Seguro DPVAT, já que atendo ao critério de menor idade, ou que não se enquadra em das seguintes:

 Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência.

01 AGO 2019

 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 as custas da seguradora Lider para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou rendição ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÓRGÃOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado de nascimento da vítima:

 Solteiro Casado (ex-CIV) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a Vítima:

25 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim  Não

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

28 - Vítima:  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar filhos: Falecidos:

30 - Vítima deixou testamento (até o falecimento):  Sim  Não31 - Vítima tem filhos?  Sim  Não

32 - Se tinha filhos, informar filhos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/suís vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, também, da seguinte: qualquer omissoão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 208 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Teresina - PI 01.08.19

Pedro Francisco Santana

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Dados do Chamado	01 N° do chamado <i>1849</i>	02 Data do chamado <i>11/05/19</i>	03 PRO (código) <i>2908</i>	04 Saída do PA <i>22:08</i>	05 Chegada ao local <i>22:50</i>
Local da Ocorrência	06 Saída do local <i>23:07</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>23:54</i>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço <i>Pov. Parque das Nações</i>	11 Bairro	12 Município-UF <i>TE- PI</i>	Código IBGE <i>64000000</i>	
tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome <i>Pedro Fernanda SANTANA</i>	15 Sexo <i>M</i>	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	
Acidente de Transporte	16 Idade <i>750725</i>	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim    2- Não    9- Ignorado	
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Quemadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	01 AGO 2019
Exame Físico	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete    Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Assistência	23 Glasgow = <i>13</i>	RESPOSTA VERBAL 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso PA TAX. Sat <i>59</i>	25 Local da lesão
Hospital de Destino	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial    Central 1 - Chelo    2 - Fino    3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor    3 - Leve    7 - Moderada    10 - Intensa	30 Fratura 1 - Sim    2 - Exposta    3 - Fechada 2 - Não    3 - Suspeito
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração    Brancha longa/curta Oxigênio    Colar cervical Curativos    Kred	32 Hospital de Destino <i>1107</i>	33 Condições de entrada 1- Melhorado    2- Emporando    3- Inalterado	34 Óbito 1-Sim Antes do socorro    Antes do transporte    Durante o transporte	Não Removido
	<p><i>Paciente encontrado iteragindo em via pulpita ao lado do buleto apresentando trauma craniano com lacerme periorbitário esquerdo associado a edema orbitofacial metido em lesão</i></p>				
	Dr. José Dantas Responsável pela recepção	Socorristas Médico ABTE	<i>P. J. M. Thomas</i>	Enfermeiro Condutor	<i>Marthys Paulino</i>

**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-99 Cadastral: 19.301.583-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de Impressão autorizado pelo SPPA/2006/93

Para download  
comprar, imprimir  
ou trocar o boleto

SELARON  
0832492-1

CONTA MÊS VENCIMENTO  
**JUNHO/2019** **20-06-2019**

Nº da Nota Fiscal: 023090742

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEI foi criada  
pela Lei nº 10.638 de 26 de abril de 2003.

CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)  
**139** **160,90**

MARIA DE JESUS FERREIRA SOUSA  
ES DO CAMPESTRE D N-02 Q-C E-01 B-RURAL  
CNPJ: 000095237984304  
CEP: 64.041-990 - TERESINA

ROT: 10.001.34.83.131900

DADOS DA LEITURA		DATA	DATA
Atual:	2285		13/06/2019
Anterior:	2146		15-05-2019
Conselho de Multiplicador:	1,000		15-07-2019
Consumo Medido:	139		12-06-2019
Consumo Faturado:	139	FCAM	13-06-2019
			Apresentação: 29
			Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Clausa/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponta	Código Pat.	Média 12 meses
RESID. EX. RENDA	MONO	A1800182	1.4.1.1.	75	

		DESCRIPÇÃO DA CONTA		
Mediação Consumo	CONSUMO	30 A R\$ 0,289248 =	8,67	
MAI/19	132	70 A R\$ 0,495851 =	34,70	
ABR/19	116	39 A R\$ 0,743762 =	29,00	
MAR/19	107	CONTR. ILUMINACAO PUBL. (COSIP)	6,23	
FEV/19	109	DIFERENCA DE TARIFA	42,50	
JAN/19	111	SUBVENCAO BAIXA RENDA	30,54	
DEZ/18	2	PARCELAMENTO DE DEBITOS (2X)	70,34	
NOV/18	0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,45	
OUT/18	0			
SET/18	0			
AGO/18	121			
TARIFA SEM TRIBUTO:				
9 A 30 - 0,289248				
31 A 130 - 0,495851				
181 A 139 - 0,504386				

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

1 AGO 2019

**DPVAT**

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

Mes/Año Valor R\$      Unidade consumidora suspeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20-06-2019. O seu pagamento por débito bancário tem atrasamento de 10% do consumo (70,34). Por favor, efetue o pagamento faturado descrevendo R\$10 aviso.

LIGUE esse número e FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AD FISCO 9889.0C42.194C.1882.B2BC.76F9.3B19.1501.

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	24,15	Base de Cálculo:	114,87
Energia:	46,64	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	7,88	Valor do ICMS:	25,27
Enegear:	3,86	Valor do PIS:	1,44%
Tributos:	32,34	Valor do COFINS:	1,26
			5,81

**INDICADORES DE CONTINUIDADE**

MÉS		FIC		DMIC		PICSI	
Mês	Ano	Mês	Ano	Mês	Ano	Mês	Ano
5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03	
0,00	0,00				0,00		

Salvo o que constar na fatura de 04/2019, o valor é de 21,86.

Consumo TERESINA-MARQUES

ROT: 10.001.34.83.131900

**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-99 Cadastral: 19.301.583-5

SEU CÓDIGO  
0832492-1 160,90

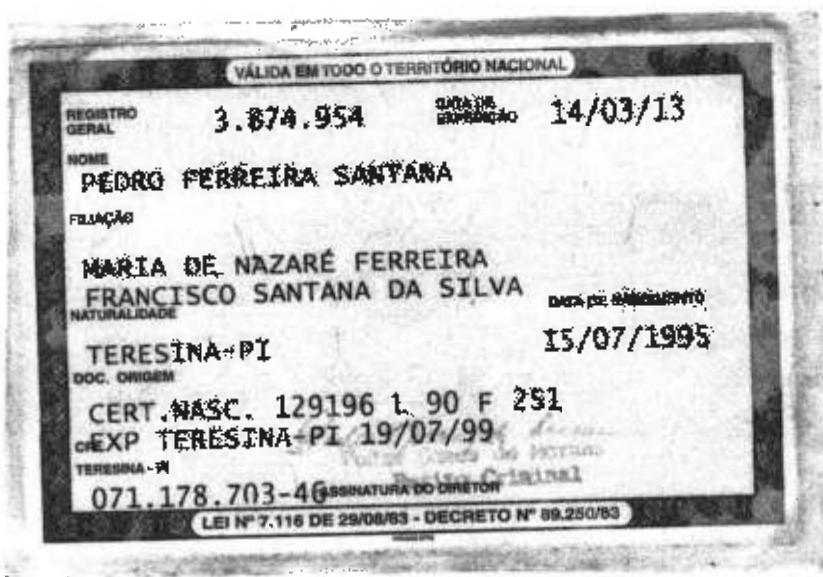
MÊS FATURADO VENCIMENTO

06/2019 20-06-2019

Nº da Nota Fiscal: 023090742 FCAM

836300000001 2 60988017000 9 00000000832 6 49210619008 4







# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do distrito ou APEL:

3 - CPF da vítima:

071.178.703-46 Pedro Fenninha Santana

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Pedro Fenninha Santana

5 - CPF:

071.178.703-46

7 - Profissão:

Recreio

8 - Endereço:

ES do Campinho DH-02 AC casa 01  
12 - Cidade: Teresina

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Pural

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64041.990

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

86 98112-3310

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO PASSIVO ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Asfixie seu agência) Bradesco (257) Itaú (941) Banco do Brasil (401) Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 4288

CONTA: 00019625 8

 CONTA CORRENTE (Bancos ou bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir no dígito de verificação)

(Inserir o dígito de validade)

Advertência à Seguradora - Até a data da minha morte, é de minha responsabilidade, a indicação de agência, valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu, devidamente, tenho conhecimento daquela pessoa, de que esse é o valor recebido.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

22 - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE IMPLANTES - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sou as partes da lei, e estou em pleno uso da capacidade mental e de livre disposição legal, sólida para os fins de requerimento da cobertura do Seguro DPVAT, com que seja permitido, e que não possua vício das seguintes:

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

01 AGO 2019

 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 as custas de Seguradora Lider para verificação da evasão e quanto ao tipo de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa que eu concorde com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ

23 - Estado de  
nascimento da vítima: Solteiro Casado (na Chil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo24 - Data do  
nascimento da vítima:

25 - Gênero da Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima  
deixou filhos? Sim

29 - Se tinha filhos, informar

vivos: \_\_\_\_\_

faelados: \_\_\_\_\_

30 - Vítima deixou  
nascituro (vai nascer)? Sim Não31 - Vítima  
tinha irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

vivos: \_\_\_\_\_

faelados: \_\_\_\_\_

33 - Vítima deixou  
pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider paga, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, também, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - 1º Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

Teresina PI 01.08.19  
Pedro Fenninha Santana

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (decedente)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PJ CORRETOR  
DE SEGUROS

01 AGO 2018

DPVAT





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

158 v. 1.0

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002745/2019-91

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO, pelo Registro: Narceiza De Maria Chaib Lima

Data/Hora: 22/07/2019 - 12:02

### DADOS DA OCORRÊNCIA

**Unidade Policial Responsável**

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

**Data/Hora**

11/05/2019 - 22:08

**Tipo Local**

VIA PÚBLICA

**Município**

TERESINA

**Bairro**

POVOADO

**Endereço**

POVOADO CAMPESTRE NORTE, Nº:

**Ponto de Referência**

**Complemento**

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

**Nome:** PEDRO FERREIRA SANTANA

**Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante**

RG: 3874954

Mãe: MARIA DE NAZARE FERREIRA

Endereço: POVOADO CAMPESTRE NORTE, Nº

Bairro: CAMPESTRE

Cidade: TERESINA

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

01 AGO 2019

**DPVAT**

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

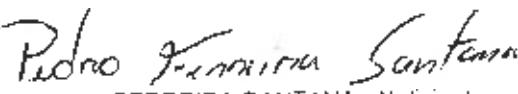
**Natureza(s) da Ocorrência**

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

### RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE VIA NA VIA ACIMA CITADA, NA SUA BICICLETA, QUANDO UMA MOTO NAO IDENTIFICADA, QUE VINHA NA CONTRA MÃO, BATEU NA VITIMA CAUSANDO A COLISAO CAIU, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT. PRONTUARIO:510877. DECLARAÇÕES PRESTADAS PELO NOTICIANTE.

  
Narceiza De Maria Chaib Lima - Mat.  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

  
PEDRO FERREIRA SANTANA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190458413**

**Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA**

**Data do Acidente: 11/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), PEDRO FERREIRA SANTANA**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190458413**

**Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA**

**Data do Acidente: 11/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO**

**Senhor(a), PEDRO FERREIRA SANTANA**

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorno 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.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190476320 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA Data do acidente: 11/05/2019 Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO  
-MICROHEMORRAGIAS SITIO CORTICAL E SUBCORTICAL  
TRAUMA FACIAL  
-FRATURA CRANIANA EM OSSO FRONTAL ESQUERDO  
-PAREDE ANTERIOR E POSTEIOR DO SEIO FRONTAL  
-PAREDE DA ORBITA E DOS SEIOS ESFENOIDAL E MAXILAR

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE ESTRUTURAS CRANIO-FACIAIS E PERDA DO VISÃO DO OLHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E EM GRAU INTENSO A VISÃO DO OLHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: \*\*\*130320

@1

VÍTIMA FOI SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL EM 23/09/2019.

REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276559/19

**Vítima:** PEDRO FERREIRA SANTANA

**CPF:** 071.178.703-46

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/05/2019

**Titular do CPF:** PEDRO FERREIRA SANTANA

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**PEDRO FERREIRA SANTANA : 071.178.703-46**

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](http://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: 13/08/2019  
Nome: PEDRO FERREIRA SANTANA  
CPF: 071.178.703-46

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PEDRO FERREIRA SANTANA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0276559/19

Número do Sinistro: 3190476320

Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA

CPF: 071.178.703-46

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/05/2019

PEDRO FERREIRA  
SANTANA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/05/2020  
Nome: PEDRO FERREIRA SANTANA  
CPF: 071.178.703-46

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/05/2020  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

---

PEDRO FERREIRA SANTANA

---

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190476320 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA Data do acidente: 11/05/2019 Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO  
-MICROHEMORRAGIAS SITIO CORTICAL E SUBCORTICAL  
TRAUMA FACIAL  
-FRATURA CRANIANA EM OSSO FRONTAL ESQUERDO  
-PAREDE ANTERIOR E POSTEIOR DO SEIO FRONTAL  
-PAREDE DA ORBITA E DOS SEIOS ESFENOIDAL E MAXILAR

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

VÍTIMA FOI SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL EM 23/09/2019.

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 leve - 15 %	15%	R\$ 2.025,00
<b>Total</b>			<b>15 %</b>	<b>R\$ 2.025,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190476320 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA Data do acidente: 11/05/2019 Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: MÚLTIPLAS FRATURAS DE OSSOS DO CRÂNIO E DA FACE (FRONTAL ESQUERDO/ COMPLEXO ZIGOMÁTICO). PÁG 4

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 11/18\_CIRURGIA

@2 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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