

# 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

**Valoração 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  
ÁGRAVAMENTO 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

**Valoração 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





**CENTROIMAGEM**

MEDICINA DIAGNÓSTICA

PJ CORRETOR  
DE SEGUROS

13 AGO 2019

DPVAT

Cliente: PEDRO FERREIRA SANTANA  
DN 15/07/1995 Idade 24 anos  
Solicitante: MARCUS SABRY AZAR BATISTA  
Código: 069773.01  
Realização: 24/07/2019 16:45

CRM-PI 2079



## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO ENCÉFALO

### TÉCNICA 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 líquido 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 artérias 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.



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 a esquerda, de forma permanente.  
O(a) mesmo(a) requer auxílio-doença.

CID:

S04.0

M47.2

Ciente:

PEDRO FERREIRA SANTANA

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

01 AGO 2019

DPVAT

Dr. Marcus Sabry A. Batista  
Neurologista  
CRM-PI 2079



Siga o QR code e nos visite no Instagram

Clinica SABRY NEUROLOGIA  
Rua São Pedro, 1900. Teresina - PI  
Telefone: 86 3226 2726

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





Prefeitura Municipal de Teresina  
Fundação Municipal de Saúde



FMS  
Fundação Municipal de Saúde



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Pedro Ferreira Santana</u>	PRONTUÁRIO <u>510877</u>
DA CLÍNICA <u>Bucomascilo</u>	ENFILEITO: <u>215/29</u>
À CLÍNICA <u>Oftalmologia</u>	

PJ CORREIO  
DE SEGURANÇA

01 AGO 2019

### MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente cíclico, apresentando fratura  
coxa @, com necessidade de intervenção cirúrgica. Refere  
perda visual em OG. Solicito avaliação e conduta.

Dr. Edson Augusto  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucomascilo  
CRM 3452

DATA: 18/05/19

Assinatura do médico solicitante

### PARECER

Paciente refere fratura coxa esquerda  
e perda de visão em OG  
perda visual OG

Exame: 14 mm de pupila  
tombado 14 mm de pupila

Soluto USG ocular e exames

Dr. Fábio Marcos de Sousa  
MEDICO  
CRM 3452

DATA:

Assinatura do médico especialista



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **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 20

**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 ESFENOIDE;
  - \* 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 3645

Profissional Responsável





**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

PJ CORRETO  
DE SEGUROS

01 AGO 2019

DPV

NOME DO PACIENTE: Pedro Ferreira Santana

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510877

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tião 1620 Redenção - Fone: 36 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-730 CNPJ: 05.522.917/0022-02

OK. GERAL  
ORTOPEDIA OK  
BUCOMPXIL OK  
NEUROCIROLOGIA

Imp: 12/05/2019 00:12:49

(User: WILLIAM MACHADO)

(Sistema: CONSULTA)

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

<b>Nome:</b> PEDRO FERREIRA SANTANA		<b>Prontuário:</b> 510877
<b>Mãe:</b> MARIA DE NAZARE FERREIRA	<b>Pai:</b>	
<b>End.Resid.:</b> POV CAMPENTRE NORTE - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64003-000		
<b>Nascimento:</b> 15/07/1995	<b>Idade:</b> 23a3m27d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 95-39270-5
<b>Responsável:</b> MARIA DE NAZARE		<b>CNS:</b>
<b>Profissão:</b> ESTUDANTE		<b>Documento:</b> RG: 3874954 - SSP
<b>G. Instrução:</b> Não informado		<b>E.Civil:</b> Solteiro(a)

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 721258	<b>Entrada:</b> 11/05/2019 23:55:01	<b>Convênio:</b> S J 5	<b>Proced:</b> 0331060029
<b>Motivo da Procura</b> <b>Conforme Paciente/Acomp):</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM BICICLETA (CICLISTA)			
<b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU			

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b>	<b>Classificação:</b>	<b>Cor:</b> Indefinido
<b>Breve História Clas. Risco:</b>		01 AGO 2019 DPVAT

<b>SSVV:</b> (Hora: ____:____)
<b>Peso:</b> 0,00 kg <b>Altura:</b> 0,00 m <b>IMC:</b> 0,00 Kg/m <sup>2</sup> <b>Pulso:</b> bpm <b>Pressão:</b> mmHg

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**  
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE CICLISTICO, ENCONTRADO EM VIA PÚBLICA, HÁ CERCA DE 2H HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, . NEGA VÔMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIÊNCIA. HISTÓRIA DE INGESTA ALCOÓLICA.

- A) VIAS AERIAS PERVIAS, FÁSICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA  
B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILLOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT O2:99%, FC 93, EUPNEICO  
C) RR, 2T, BNF, SS, SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TÚRCUNCIA JUGULAR., PA 130x80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S  
D) GLASGOW 13, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.

**Diagnóstico Inicial:**

**Exames Complementares:**  
(1214688) - T.C. DE CRÂNIO  
(1214689) - T.C. DE COLUMNA CERVICAL  
(1214690) - PELVE

**Prescrição Médica:**  
Antipoda 01:02 4. atores em grupo de 10 minutos  
Alb antipoda  
Dr Cláudio Nogueira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 31498-MA 9337  
SBO 12581

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

**Assinatura Paciente ou Responsável:**  
Dra. Fátima Brito  
MÉDICA  
WILLIAM MACHADO  
CRM 3611 EM: 12/05/2019 00:12:47



Pelo telefone. 11/05/11

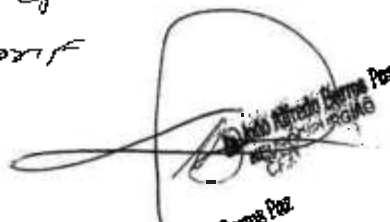
Acidente ciclista

OSU13, PJ1111

TC de crânio Marshall I; fratura de crânio

TC de coluna cervical: A partir da 7ª vértebra

Obj: Rtc. de neurologia  
- Medias de 3011

  
Dr. João Alfredo Gomes Paz  
neurologista  
CRM 4191

CTBMF# 12 de maio de 2019 às 01:09

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

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

Na 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.

Dr. José Carlos U. Gomes Filho  
CIRURGIABUCAL MAXILO-FACIAL  
IMPLANTODONTIA  
CRO-PI 2200

CÓDIGO: 0404020526

CID: S02.4



PREFEITURA DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA



	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
	Pedro Ferreira Santana		As 08:35h. Paciente recebe
			alta hospitalar. Orientado
			quanto aos cuidados
			domiciliares → Denilson Demétrio
			Enfermagem UFPA Mat: 2014932199

Alta Hospitalar

# Buco



Dra. Laila Cardoso  
Cirurgia e Odontologia  
Bucodentofacial  
Residente  
4530

MÉDICO/CRM:



238868

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

204981  
204591LAUDO 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>	<b>238868</b>


## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:	21 - Condições que justificam a internação:	22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):	23-Diagnóstico Inicial:	24-Exp. Prim:	25-CID Sec.:	26-CID C.A.S.:
Paciente vítima de acidente crânio e Trauma de Face	Fratura	T.C. de Face	Fratura dos ossos maxilares e maxilares	3024		

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0404020526		27-Procedimento Solicitado: OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR		Tempo SUS: 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: CPF 957.650.423-68	 Dr. Marcos Araújo da Silva Cirurgião Bucal-Maxilo Facial CRM 1779
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO			34-Data Solicitação: 11/05/2019	

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

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>36/06/19</b>	48-Documento: <b>1</b> ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): <b>Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DRCAMFUS CRM-PI 1535 - CPF: 983.933.537-6 CNS 20190409</b>
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Theriana de Nazare Ferreira</i>				52-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): <b>Theriana de Nazare Ferreira Consultoria Local: 021258 Consultoria SUS: Impressão: 12/05/2019 01:48:52</b>

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 204591

ATF: 2219100335309

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## 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 PACIENTE

## CARTÃO SUS

708103500562931

## NOME DO PACIENTE

PEDRO FERREIRA SANTANA

NASCIMENTO SEXO PRONTUÁRIO

15/07/1905

M

510877

## DOCUMENTO CPF

8695392785

## NOME DA MÃE

MARTA DE NAZARE FERREIRA

## RESPONSÁVEL

MARIA DE NAZARE

## CPF

## ENDEREÇO - LOGRADOURO

CAMPESTRE NORTE

NÚMERO / 101E

## BAIRRO

ZONA RURAL

## COMPLEMENTO

## MUNICÍPIO

TERESINA

## UF

PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO

PJ CORRETO  
DE SEGUROS

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

01 AGO 2019

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

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0404020526 - OSTEOSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMATICO MAXILAR

## LEITO/CLÍNICA

CLÍNICA GERAL

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

## CARÁTER

URGENCIA

## DATA SOLICITAÇÃO

11/05/2019

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO  
CPF: 95765042168DATA ADMISSÃO  
11/05/2019 23:55DATA ALTA  
15/05/2019 08:15MOTIVO ALTA  
MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

## AUTORIZAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE E AVALIAÇÃO / AUDITORIA

ANTONIO CASTELI BRANCO DE DEUS  
CPF: 01008423326 CRM

DATA ANALISE: 12/05/2019 02:21:40

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Pedro Ferreira Santana

Diagnóstico pré-operatório

fratura do complexo orbito zigomaxila-maxila

Operação - Tipo

osteossintese de fratura do complexo orbito zigomaxila-maxila

Cirurgião

MATIAS

1º Assistente

Brasilante

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O Mesmo

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



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

Antissepsia de face + colocação de  
curativos + incisão extraoral de  
fratura fronto-zigomaxila + redução +  
redução + incisão intra-oral de  
fratura do pilar-zigomaxila + redução +  
Mucoprocotização + fechamento de mucosa +  
fixação de curativos + suturas +  
curativo

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



## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14/05/19

NOME DO PACIENTE: <u>Redna Almeida Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>510872</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Dr.º Fernanda</u>	Nº DA SALA: <u>08</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr.º Matheus</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Boni</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Rony</u>	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 15	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 715	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 710	PAR	02	
AGULHA RAQUE 25	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	1		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	1	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	1		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	1		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL 16	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	1		<u>exigom</u>		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Elétrico - 05</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Enferm - 03</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 5-0	01						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 3-0	01			CIRCULANTE: <u>Dayana</u>			
PROLENE							



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>Pedro Oliveira Santana</u>	Prontuário:	Data: <u>14.05.19</u>
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. ( ) Fem.	Idade: <u>23</u>	Peso: <u>± 60kg</u>
Procedimento(s) proposto(s): <u>Fratura de Cerna e</u>		Apto? <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	( ) Sim	( ) Não
2 - Patologias respiratórias	( ) Sim	( ) Não
3 - Antecedentes patológicos	( ) Sim	( ) Não
4 - Convulsão	( ) Sim	( ) Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	( ) Sim	( ) Não
6 - Transfusão sanguínea	( ) Sim	( ) Não
7 - Uso de medicação	( ) Sim	( ) Não
8 - Alergia	( ) Sim	( ) Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	( ) Sim	( ) Não

Tabagista + Usuário de drogas  
(maconha há ± 1 ano)

EXAME FÍSICO

PA: <u>125x80</u>	Pulso: <u>80</u> ( ) arritmico	Mallampati: (1) <input checked="" type="checkbox"/> (3) (4)
1. Respiratório	( ) Normal ( ) Alterado:	
2. Cardiovascular	( ) Normal ( ) Alterado:	
3. Neurológico	( ) Normal ( ) Alterado:	<u>Glasgow 15</u>
4. Abdome	( ) Normal ( ) Alterado:	<u>Tejido Completo</u>
5. Vias aéreas	( ) Possível VAD	
6. Extremidades	( ) Normal ( ) Alterado:	

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	<u>18.6</u>	TP / RNI	<u>95% / 1.03</u>	Uréia	
HT	<u>42°</u>	TTPa	<u>28.3 seg</u>	Creatinina	
Plaquetas	<u>209 mil</u>	Glicemia			
ECG:				RX Tórax	
ECO:					

ASA: I Anestesia proposta: ☒ Geral ( ) Outro:

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

Dr. Fernando R. S. Mota Gonçalves  
CRM-PI 4924

CRM:



# BIOSÍNTESE

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

## MATRIZ

Rua Area 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@biosinteseprima.com.br

## FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Setor 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@biosinteseprima.com.br

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

Nome do Hospital: HUT

CX 005A-1

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

Assinatura \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Nome Vahola

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
	<u>01 min placas de titânio 316L 1,5 (1 ou 6 cf.</u> <u>(inclui 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 Santana

Nº AIH: 238868

Nº do Prontuário: 510877

Data da Internação   /  /  

Procedimento Médico Realizado: 0404020528

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

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Matias

Dr. Matias da Silva  
Cirurgião Bucal-Maxilo Facial  
CRM nº 779





## FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Pedro Ferreira SantanaSala: 08Alergia: NegaData: 14.05.19Procedimento: Fratura do Coxal ECirurgião: Dr. MatiasObservações: Nega comorbidades, jejum completo

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Propofol	150mg												
2 Fentanyl	250mg												
3 Atropina	40mg												
4													
5 Atropina	2g												
6 Dipirona	2g												
7 Bextra	40mg												
8 Dexametasona	10mg												
9 Ramipril	50mg												
10 Brompridolol	10mg												
11 Atropina	1mg												
12 Neostigmina	2mg												
13													
Oxigênio	1L/m												
ARIN20	1L/m												
Volatil	Scodflurano	2%											

## Acesso Vascular

- ☒ Periférico Distal  
Cat. Venoso nº G  
☐ Dificuldade acess. venoso  
Gestos cateteres  
☐ Central

## Via Aérea

- ☐ Cateter nasal  
☒ IOT nº 4,5  
☐ LMA nº

## Monitorização

- ☒ Cardioscopia  
☒ PAM  
☒ Oxímetro de pulso  
☒ ETCO2  
☒ Outros Analisador de gases

## Anestesia:

- ☐ Geral Venosa  
☒ Geral Balanceada  
☐ Raqui-anestesia  
☐ Peridural  
☐ Bloqueio Periférico  
☐ Outros

Decúbito: DDH

SPO2 (%)	99%	100%	100%	99%	99%
ETCO2 (mmHg)	37	35	35	34	
Aces. Venoso	<u>OK</u>	<u>OK</u>	<u>OK</u>	<u>OK</u>	<u>OK</u>
Aces. Venoso	500ml	500ml	500ml	500ml	500ml
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

## Descrição da Anestesia:

1. Check list + Pre-anestesia
2. Monitorização
3. Verificação prévia
4. Pre-oxigenação + indução venosa com IOT 4,5 + VMC
5. Proteção gástrica + manutenção inalatória
6. Discutir a posição + extubação

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>	<b>238868</b>

**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: . . .	12-Fone: <b>95-39278-5</b>
11-Mãe: <b>MARIA DE NAZARE FERREIRA</b>	14-Fone: <b>95-39278-5</b>
13-Resp: <b>MARIA DE NAZARE</b>	
15-Ende: <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**

30 - Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:		
0404020526		OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR		
31 - Cod.Procedi- mento Especial		32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- citada:
0702050482		PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)		
Fornecedor da OPM: BIOSINTESE				

38-Profissional Responsável: <b>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO</b>	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Manoel Augusto da Silva Cirurgião: Edoardo Maximiliano CRP-PI 7288 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 rígida.*

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	 <b>26/06/19</b>	49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização:	52-CNS/CPF: <b>Celso Pires Ferreira Filho</b> Assessor de Auditoria ORCA/PI CRM-PI 1039 - CPF 10.563.557-8 CNS 20.060.000.000.000
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

BUCO

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
Pedro Ferreira Santana	510877	neuro	215	29	15-07-85
DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:			
14-05-19					
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
pos-operatório					
1) Dieta pastosa			<div>RAIO-X REALIZADO DATA 14/05/19 Técnico: </div>		
2) SF 0,9% 500 ml					
3) SG 5% 500 ml					
4) Cetolona 18-66 h GU					
5) Decdrog 4mg 12/24h					
6) Tilatil 20mg-1d					
7) Dipirona 2cc + AD GU					
8) Paracetamol 500mg 12/24h					
Dr. Matias Araújo da Silva Cirurgião: Boca, Maxilo Facial CRO-11.790		JUIZ de Direito Matias Araújo da Silva CRO-11.790 ORIGINAL			

MÉDICO / CRM:



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <u>Pedro Ferreira Santana</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura do complexo órbito zigomaxila-maxila</u>		
Operação - Tipo <u>Osteossintese de fratura do complexo órbito zigomaxila-maxila</u>		
Cirurgião <u>MATIAS</u>	1º Assistente <u>Barbosa</u>	
2º Assistente <u>Barbosa</u>	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
<u>O Mucoso</u>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Antissepsia de face + colocação de  
compressos + incisões extra-orais de  
fronte fronto-zigomaxila + incisões  
de redução + incisões intra-orais de  
fratura do pilar zigomaxila-maxila  
Mucoprotetores + redução de osso +  
fixação com placas + suturas  
curativas

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





Prefeitura Municipal de Teresina  
Fundação Municipal de Saúde



FMS  
Fundação Municipal de Saúde



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Leandro Ferreira Santana</u>	PRONTUÁRIO: <u>510877</u>
DA CLÍNICA <u>Buciomaxilodonto</u>	ENF/LEITO:
À CLÍNICA <u>Oftalmologia</u>	<u>215-28</u>

### MOTIVO DA CONSULTA

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

CORRETOR  
DE SEGUROS

01 A50 2019

DPVA

Dr. João Carlos  
Cirurgia e Traumatologia  
Buciomaxilodonto  
CRM-PI 3452

DATA: 13/05/19

Assinatura do médico solicitante

### PARECER

Prato bucal

Requerer: USG ocular

alterar

Apresentar o meu bucal - no

de e parte inferior

de e parte inferior

Dr. Fábio Marcos de Sousa  
MÉDICO  
CRM-PI 3336

DATA:

Assinatura do médico especialista

# SUMÁRIO DE ALTA



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Olíto Tito 1822 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-773 CNPJ: 05.322.917/0022-02

Prontuário:

510877

Internação:

238868

Nome: **PEDRO FERREIRA SANTANA**

End. Resid.: **POV CAMPESTRE NORTE - ZONA RURAL**

Cidade: **TERESINA - PI**

CEP: **64000-000**

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

## Diagnósticos:

Cod. CID:

CID Principal:

*Fratura do cotovelo*

5	0	2	4

CID Secundário:

CID Causa Morte:

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

*paciente consciente, bem*

## EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

*bem clínicamente*

## MEDICAÇÕES:

*Analgésico, Anti-inflamatório, Antibiótico*

## CIRURGIA:

Data:

*14/05/19*

Tipo:

*Osteossíntese do cotovelo*

## PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

*Acompanhamento ambulatorial*

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

## TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Ass. Médico Assistente/Ass. Auxiliar/Residente

*Dr. Marcos Antônio da Silva*  
Cirurgião: Buco-Maxilo-Facial  
CRO-PI 779

# 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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.874.954 DATA DE EMISSÃO 14/03/13

NOME PEDRO FERREIRA SANTANA

FILIAÇÃO MARIA DE NAZARÉ FERREIRA FRANCISCO SANTANA DA SILVA DATA DE NASCIMENTO 15/07/1995

NATURALIDADE TERESINA-PI

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 129196 L 90 F 291

EXP. TERESINA-PI 19/07/99

TERESINA-PI 071.178.703-46

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
01 AGO 2019  
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

0147060

07117870346

0147060

# 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

Nome do beneficiário: Pedro Ferreira Santana

Nome do solicitante:

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

CPF do beneficiário: 071-178-703-46

CPF do solicitante:

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (85) 98112-3310

Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO 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:

(DESCREVER)

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

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

Assinatura: 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 no 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 PALPAÇÃO LATERAL E ALTERAÇÕES 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
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

# 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 PALPAÇÃO LATERAL E ALTERAÇÕES 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
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

## RELATÓRIO MÉDICO

Declaro que Pedro Ferreira  
Souza, fº vítima de atropelamento,  
teve sofrido traumatismo cranioencefálico,  
causando com fratura no osso frontal  
causando múltiplas <sup>fraturas</sup> e osso da face  
causando, assim aponta seio frontal posterior  
e superior, seio esfenoide e maxilar,  
arco zigomático, hemossina fronto  
maxila etmoidal e sinusal para  
total da visão esquerda, além  
como sequelas: cefaleia, tonturas  
com alta definitiva, com  
comprometimento funcional  
de 90%.

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirúrgica  
CRM: 1364-PI - CRM: 2600-MA  
(86) 9 9632-1987 - Teresina-PI

*Edimar*

13042020

Dr. Edimar Machado da Silva  
Alergologia - Dermatologia  
Clínica Geral e Cirúrgica  
CRM: 1364-PI - CRM: 2600-MA  
(86) 9 9632-1987 - Teresina-PI

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Residencial Tropical Park

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



Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Pedro Ferreira Santana  
 DATA DO ACIDENTE 11-05-2019 CPF DA VÍTIMA 071.178-703-46  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Pedro Ferreira Santana  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Pedro Ferreira Santana  
 ENDEREÇO DO PORTADOR ES DO COMPOSTUM D N. 029-ELISA  
 Nº 01 COMPLEMENTO CASA BAIRRO Barão  
 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, TAIS 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, TAIS 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**

- MORTE = R\$ 13.500,00
- 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 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- 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

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

DPVAT



DPVAT



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1849	02 Data do chamado 11/05/19	03 PRO (código) 2908	04 Saída do PA 22:08	05 Chegada ao local 22:50	
	06 Saída do local 23:07	07 Chegada ao 1º hospital 23:54	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Local da Ocorrência	10 Endereço R. Campesina Nova F.					
	11 Bairro	12 Município-UF TE-PI	Código IBGE 6400000			
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado 1	
	14 Nome PEDRO FERREIRA SANTANA					
Tipo de Ocorrência	16 Idade 150725 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indicador de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado	PJ CORRETOR DE SEGUROS 01 AGO 2019	
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado					
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado		22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
	23 Glasgow = 13 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 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 59 Resp 110/80 PA 98 TAX 98 Sat 98	
Exame Físico	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10	
	25 Local da lesão 		30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>			
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> Branca longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input checked="" type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input checked="" type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>				32 Hospital de Destino 1107 <input type="checkbox"/> Não Removido	
	33 Condições de entrada 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Dorando <input type="checkbox"/> 3-Inalterado <input type="checkbox"/>		34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte			
Observações Interdisciplinar	Paciente encontrado desorientado em via pública ao lado do bicicletário apresentando trauma primário com equimose periorbitária esquerda associada a edema local e hematomas em braço.					
Responsável pela recepção D. José...		Socorristas Médico A/E/T/E Thomas		Enfermeiro Conducutor Martha...		

**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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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



---

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: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0276559/19 3 - CPF da vítima: 071-178-703-45 4 - Nome completo da vítima: Adriano 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: Adriano Ferreira Santana 6 - CPF: 071-178-703-45  
7 - Profissão: Revisor 8 - Endereço: ES do Campestre ON R C casa 9 - Número: 01 10 - Complemento: caso  
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Turpin 13 - Estado: R 14 - CEP: 54041-990  
15 - E-mail: 86.98112-3310 16 - Tel (DDD): 86.98112-3310

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  
☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)  
AGÊNCIA: 4288 CONTA: 00019625 8  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, renunciando a todos os direitos de ação e a qualquer reclamação por crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou informando, de acordo com o Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, que não há (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 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(s) vivos? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Turpin, 13-08-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 Campeste2, 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 POSTERIOR 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: OSTEOSINTESE 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 MANDÍBULA DURANTE UM MOVIMENTO, DOR NA ATM A PALPAÇÃO LATERAL E ALTERAÇÕES NA FUNÇÃO DA ATM A PALPAÇÃO DOS MÚSCULOS MASTIGATORIOS.**

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

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

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

☒ (X) 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: ☒ (X) 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 ☒ (X) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):


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

Região Corporal (Sequela):

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

- 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  
CPF - 047.547.326-42  
CRM/PI - 5058





**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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

POVOADO CAMPESTRE NORTE, Nº:

Complemento

Data/Hora

11/05/2019 - 22:08

Bairro

POVOADO

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: PEDRO FERREIRA SANTANA

RG: 3874954

Mãe: MARIA DE NAZARE FERREIRA

Endereço: POVOADO CAMPESTRE NORTE, Nº

Bairro: CAMPESTRE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIM/VNoticiante

**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 NÃO 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  
PEDRO FERREIRA SANTANA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0276559/19 3 - CPF da vítima: 071-178-703-45 4 - Nome completo da vítima: Adão 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: Adão Ferreira Santana 6 - CPF: 071-178-703-45  
7 - Profissão: Revisor 8 - Endereço: ES do Campestre ON R C casa 9 - Número: 01 10 - Complemento: caso  
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Turpin 13 - Estado: R 14 - CEP: 54041-990  
15 - E-mail: 86.98112-3310 16 - Tel (DDD): 86.98112-3310

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  
☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)  
AGÊNCIA: 4288 CONTA: 00019625 8  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_ 13 AGO 2019  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ DPVAT  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, renunciando a todos os direitos de cobrança e a qualquer ação de repetição do crédito, quitando total o valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou informando, de acordo com o Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, que não há (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 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(s) vivos? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Turpin, 13-08-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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 a esquerda, de forma permanente.  
O(a) mesmo(a) requer auxílio-doença.

CID:

S04.0

M47.2

Ciente:

PEDRO FERREIRA SANTANA

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

01 AGO 2019

DPVAT

Dr. Marcus Sabry A. Batista  
Neurologista  
CRM-PI 2079



Siga o QR code e nos visite no Instagram

Clinica SABRY NEUROLOGIA  
Rua São Pedro, 1900. Teresina - PI  
Telefone: 86 3226 2726

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



Prefeitura Municipal de Teresina  
Fundação Municipal de Saúde



FMS  
Fundação Municipal de Saúde



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Pedro Ferreira Santana</u>	PRONTUÁRIO <u>510877</u>
DA CLÍNICA <u>Bucomascilo</u>	ENFILEITO: <u>215/29</u>
À CLÍNICA <u>Oftalmologia</u>	

PJ CORREIO  
DE SEGURANÇA  
01 AGO 2019

### MOTIVO DA CONSULTA

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

Dr. Edson Augusto  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucomascilo  
CRM 3452

DATA: 18/05/19

Assinatura do médico solicitante

### PARECER

Paciente refere fratura coxa esquerda  
e perda de visão em  
perda visual OE

Exame: AP: 8 a 10  
TEND: 14 mm de

Soluto USG ocular e exames

Dr. Fábio Marcos de Sousa  
MEDICO  
CRM 3452

DATA:

Assinatura do médico especialista



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**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 20

**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 ESFENOIDE;
  - \* 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 3645

Profissional Responsável





**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

PJ CORRETO  
DE SEGUROS

01 AGO 2019

DPV

NOME DO PACIENTE: Pedro Ferreira Santana

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 510877

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**

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



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tião 1620 Redenção - Fone: 36 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-730 CNPJ: 05.522.917/0022-02

UR. GERAL  
ORTOPEDIA  
BUCOMPAT  
NEUROCIROLOGIA

Imp: 12/05/2019 00:12:49

(User: WILLIAM MACHADO)

(Sistema: CONSULTA)

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

<b>Nome:</b> PEDRO FERREIRA SANTANA		<b>Prontuário:</b> 510877
<b>Mãe:</b> MARIA DE NAZARE FERREIRA	<b>Pai:</b>	
<b>End.Resid.:</b> POV CAMPENTRE NORTE - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64003-000		
<b>Nascimento:</b> 15/07/1995	<b>Idade:</b> 23a3m27d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 95-39270-5
<b>Responsável:</b> MARIA DE NAZARE		<b>CNS:</b>
<b>Profissão:</b> ESTUDANTE		<b>Documento:</b> RG: 3874954 - SSP
<b>G. Instrução:</b> Não informado		<b>E.Civil:</b> Solteiro(a)

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 721258	<b>Entrada:</b> 11/05/2019 23:55:01	<b>Convênio:</b> S J 5	<b>Proced:</b> 0331060029
<b>Motivo da Procura</b> <b>Conforme Paciente/Acomp):</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM BICICLETA (CICLISTA)			
<b>Condução:</b> AMBULÂNCIA DO SAMU			

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b>	<b>Classificação:</b>	<b>Cor:</b> Indefinido
<b>Breve História Clas. Risco:</b>		01 AGO 2019 DPVAT

<b>SSVV:</b> (Hora: ____:____)
<b>Peso:</b> 0,00 kg <b>Altura:</b> 0,00 m <b>IMC:</b> 0,00 Kg/m <sup>2</sup> <b>Pulso:</b> bpm <b>Pressão:</b> mmHg

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**  
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE CICLISTICO, ENCONTRADO EM VIA PÚBLICA, HÁ CERCA DE 2H HORAS, TRAZIDO PELO SAMU EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, . NEGA VÔMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIÊNCIA. HISTÓRIA DE INGESTA ALCOÓLICA.

- A) VIAS AERIAS PERVIAS, FÁSICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA  
B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILLOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT 02:99%, FC 93, EUPNEICO  
C) RR, 2T, BNF, SS, SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TÚRCUNCIA JUGULAR., PA 130x80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S  
D) GLASGOW 13, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.

**Diagnóstico Inicial:**

**Exames Complementares:**  
(1214688) - T.C. DE CRÂNIO  
(1214689) - T.C. DE COLUMNA CERVICAL  
(1214690) - PELVE

**Prescrição Médica:**  
Antipoda 01:02 4. atores em grupo  
Alt antipoda  
Dr Cláudio Nogueira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 31498-MA 9337  
SBO 12581

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

**Assinatura Paciente ou Responsável:**  
**Dra. Fátima Brito**  
MÉDICA  
WILLIAM MACHADO  
CRM 3611 EM: 12/05/2019 00:12:47

Pelo telefone. 11/05/11

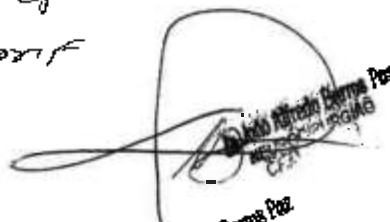
Acidente ciclista

OSU13, PJ11A

TC de crânio Marshall I; fratura de crânio

TC de coluna cervical: A partir da 7ª vértebra

Obj: Rtc. de neurologia  
- Medias de 301F

  
Dr. João Alfredo Gomes Paz  
neurologista  
CRM 4191

CTBMF# 12 de maio de 2019 às 01:09

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

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

Na 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 U. Gomes Filho  
CIRURGIABUCAL MAXILO-FACIAL  
IMPLANTODONTIA  
CRO-PI 2200

CÓDIGO: 0404020526

CID: S02.4



PREFEITURA DE TERESINA  
FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA



PREScrição Médica	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
Pedro Ferreira Santana		As 08:35 h. Paciente recebe alta hospitalar. Orientado quanto aos cuidados domiciliares.
Alta Hospitalar		
# Buco		
Dra. Lala Cardoso Cirurgia e Estomatologia Bucomaxilofacial Residente 4530		

**MEDICO/CRM:**



238868

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

204981  
204591LAUDO 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>	<b>238868</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Boa evolução clínica de acidente crânio-cerebral / Trauma de face</i>	RECORRETORA DE SEGUROS 01 AGO 2019
21 - Condições que justificam a internação: <i>Fratura</i>	
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>T.C. de Face</i>	
23-Diagnóstico Inicial: <b>Fratura dos ossos maxilares e maxilares</b>	24-Exp. Prim: <b>3024</b> 25-CID Sec.: 26-CID C.A.S.: 35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: <b>0404020526</b>	27-Procedimento Solicitado: <b>OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR</b>	Tempo SUS 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: <b>02 01 CPF 957.650.423-68</b>	Dr. Marcos Araújo da Silva Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial CRM-PI 1535 - CPF 957.650.423-68 CNS 20190409779
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: <b>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO</b>	34-Data Solicitação: <b>11/05/2019</b>	

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

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

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: <b>30/06/19</b>	48-Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): <b>Celso Pires Ferreira Filho</b> Assessor de Auditoria DRCAMFUS CRM-PI 1535 - CPF 957.650.423-68 CNS 20190409779
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Theriana de Nazare Ferreira</i>				52-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): Vendedor: <b>THAÍS MICHELLE</b> Consulta Local: <b>021258</b> Consulta SUS: Impressão: <b>12/05/2019 01:48:52</b>

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 204591

ATF: 2219100335309

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## 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 PACIENTE

## CARTÃO SUS

708103500562931

## NOME DO PACIENTE

PEDRO FERREIRA SANTANA

## NASCIMENTO

15/07/1905

## SEXO

M

## PRONTUÁRIO

510877

## DOCUMENTO CPF

8695392785

## NOME DA MÃE

MARTA DE NAZARE FERREIRA

## RESPONSÁVEL

MARIA DE NAZARE

## CPF

## ENDEREÇO - LOGRADOURO

CAMPESTRE NORTE

## NÚMERO / 101E

## BAIRRO

ZONA RURAL

## COMPLEMENTO

## MUNICÍPIO

TERESINA

## UF

PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO

PJ CORRETO  
DE SEGUROS

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

01 AGO 2019

## CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S024 - FRATURA DOS OSSOS MALARIS E MAXILARES

## CID 10 SECUNDÁRIO

## CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0404020526 - OSTEOSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMATICO MAXILAR

## LEITO/CLÍNICA

CLINICA GERAL

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

## CARÁTER

URGENCIA

## DATA SOLICITAÇÃO

11/05/2019

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO

CPF: 95765042168

## DATA ADMISSÃO

11/05/2019 23:55

## DATA ALTA

15/05/2019 08:15

## MOTIVO ALTA

MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

## TIPO ACIDENTE

## CNPJ SEGURADORA

## Nº DO BILHETE

## SÉRIE

## CNPJ DA EMPRESA

## CNAE EMPRESA

## CBOR NATUREZA DA LESÃO

## AUTORIZAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

ANTONIO CASTELI BRANCO DE DEUS  
CPF: 01008423326

CRM

DATA ANALISE: 12/05/2019 02:21:40

## NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE E AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANALISE

## ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente

Pedro Ferreira Santana

Diagnóstico pré-operatório

fratura do complexo orto zigomaxila-maxila

Operação - Tipo

osteossintese de fratura do complexo orto zigomaxila-maxila

Cirurgião

MATIAS

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

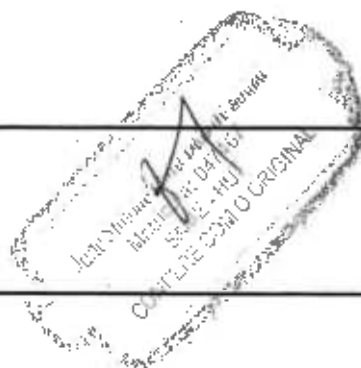
Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O Mesmo

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



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

Antissepsia de face + colocação de  
curativos + incisão extraoral de  
fratura fronto-zigomaxila + redução +  
redução + incisão intra-oral de  
fratura do pilar-zigomaxila + redução +  
Mucopexia + redução de mucosa +  
fixação de peças + suturas  
curativos

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





## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 14/05/19

NOME DO PACIENTE: <u>Redna Almeida Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>510872</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Dr.º Fernanda</u>	Nº DA SALA: <u>08</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr.º Matheus</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Boni</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Rony</u>	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 15	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 715	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 710	PAR	02	
AGULHA RAQUE 25	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	1		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	1	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	1		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	1		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL 16	UNID.	02	
JELCO Nº	UNID.	1		<u>exigom</u>		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Elétrico - 05</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Enfermeira - 03</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON 5-0	01						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 3-0	01			CIRCULANTE: <u>Dayana</u>			
PROLENE							



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>Pedro Ferreira Santana</u>	Prontuário:	Data: <u>14.05.19</u>
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. ( ) Fem.	Idade: <u>23</u>	Peso: <u>± 60kg</u>
Procedimento(s) proposto(s): <u>Fratura de Cerna e</u>		Apto? <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	( ) Sim	( ) Não
2 - Patologias respiratórias	( ) Sim	( ) Não
3 - Antecedentes patológicos	( ) Sim	( ) Não
4 - Convulsão	( ) Sim	( ) Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	( ) Sim	( ) Não
6 - Transfusão sanguínea	( ) Sim	( ) Não
7 - Uso de medicação	( ) Sim	( ) Não
8 - Alergia	( ) Sim	( ) Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	( ) Sim	( ) Não

Tabagista + Usuário de drogas  
(maconha há ± 1 ano)

EXAME FÍSICO

PA: <u>125x80</u>	Pulso: <u>80</u> ( ) arritmico	Mallampati: (1) <input checked="" type="checkbox"/> (3) (4)
1. Respiratório	( ) Normal ( ) Alterado:	
2. Cardiovascular	( ) Normal ( ) Alterado:	
3. Neurológico	( ) Normal ( ) Alterado:	<u>Glasgow 15</u>
4. Abdome	( ) Normal ( ) Alterado:	<u>Tejido Completo</u>
5. Vias aéreas	( ) Possível VAD	
6. Extremidades	( ) Normal ( ) Alterado:	

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	<u>18.6</u>	TP / RNI	<u>95% / 1.03</u>	Uréia	
HT	<u>42°</u>	TTPa	<u>28.3 seg</u>	Creatinina	
Plaquetas	<u>209 mil</u>	Glicemia			
ECG:				RX Tórax	
ECO:					

ASA: I Anestesia proposta: ☒ Geral ( ) Outro:

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

Dr. Fernando R. S. Mota Gonçalves  
CRM-PI 4924

CRM:



# BIOSÍNTESE

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

## MATRIZ

Rua Area 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@biosinteseprima.com.br

## FILIAL

Av. dos Holandeses Q 33 - Setor 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@biosinteseprima.com.br

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

Nome do Hospital: HUT

CX 005A-1

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

Assinatura \_\_\_\_\_

Cargo \_\_\_\_\_

Nome Vahola

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
	<u>01 min placas de titânio 316L 1,5 (1 ou 6 cf.</u> <u>(inclui 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 Santana

Nº AIH: 238868

Nº do Prontuário: 510877

Data da Internação   /  /  

Procedimento Médico Realizado: 0404020528

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

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. Matias

Dr. Matias da Silva  
Cirurgião Bucal-Maxilo Facial  
CRM nº 779



## FICHA DE ANESTESIA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANESTESIANome: Pedro Ferreira SantanaSala: 08Alergia: NegaData: 14.05.19Procedimento: Fratura do Coxo ECirurgião: Dr. MatiasObservações: Nega comorbidades, jejum completo

Agentes	Unid	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
1 Propofol	150mg												
2 Fentanyl	250mg												
3 Atropina	40mg												
4													
5 Atropina	2g												
6 Dipirona	2g												
7 Bextra	40mg												
8 Dexmedetomidina	10mg												
9 Rombicidol	50mg												
10 Brompridol	10mg												
11 Atropina													
12 Neostigmina													
13													
Oxigênio	1L/m												
ARIN20	1L/m												
Volatil	Scodflurano	2%											

## Acesso Vascular

- ☒ Periférico Distal  
Cat. Venoso nº G  
☐ Dificuldade acess. venoso  
Gestos cateteres  
☐ Central

## Via Aérea

- ☐ Cateter nasal  
☒ IOT nº 4,5  
☐ LMA nº

## Monitorização

- ☒ Cardioscopia  
☒ PAM  
☒ Oxímetro de pulso  
☒ ETCO2  
☒ Outros Analisador de gases

## Anestesia:

- ☐ Geral Venosa  
☒ Geral Balanceada  
☐ Raqui-anestesia  
☐ Peridural  
☐ Bloqueio Periférico  
☐ Outros

Decúbito: DDH

SPO2 (%)	99%	100%	100%	99%	99%
ETCO2 (mmHg)	34	35	35	34	
Aces. Venoso	<u>OK</u>	<u>OK</u>	<u>OK</u>	<u>OK</u>	<u>OK</u>
Aces. Venoso	500ml	500ml	500ml	500ml	500ml
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

## Descrição da Anestesia:

1. Check list + Pre-anestesia
2. Monitorização
3. Verificação prévia
4. Pre-oxigenação + indução venosa com IOT 4,5 + VM
5. Proteção gástrica + manutenção inalatória
6. Discutir a posição + extubação

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>	<b>238868</b>

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5-Nome: <b>PEDRO FERREIRA SANTANA</b>	6 - Prontuário: <b>510877</b>
7-CNS: <b>8-Nascimento: 15/07/1995 9-Sexo: 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-Ende: <b>POV CAMPESTRE NORTE - ZONA RURAL - CEP: 64000-000</b>	
16-Munic: <b>TERESINA</b>	17-Cod.IBGE: <b>221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-000</b>

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS**

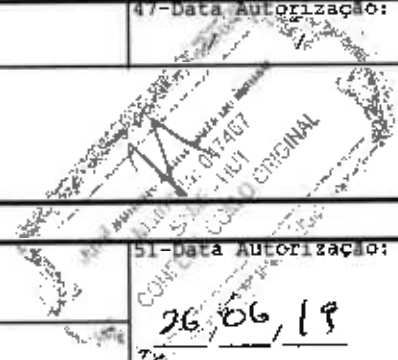
-Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0404020526		OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR	
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- citada:
0702050482	PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)		
Fornecedor da OPM: BIOSINTESE			

38-Profissional Responsável: <b>JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO</b>	40-Tp. Documento: <b>CPF</b>	<i>Dr. Manoel Augusto da Silva</i> Cirurgião: <b>Eduardo Maximiliano</b> CRO-PI 7288 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 rígida.*

**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>Celso Pires Ferreira Filho</b> Assessor de Auditoria ORCA/PI CRM-PI 1039 - CPF 10.563.557-8 CNS 20.060.040.000.000
		53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

(ANTONIO EURIVAN)





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

BUCO

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
Paulo Ferreira Santana	510877	neuro	215	29	15-07-85
DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:			
14-05-19					
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
pos-operatório			RAIO-X REALIZADO		
1) Dieta pastosa			DATA 14/05/19		
2) SF 0,9% 500 ml			Técnico: <i>[assinatura]</i>		
3) SG 5% 500 ml					
4) Cetolona 1g-6h EV					
5) Decdrog 4mg 12/24h c					
6) Tilatil 20mg-1d					
7) Dipirona 2cc + AD EV					
8) Paracetamol 500mg 12/24h					
Dr. Matias Araújo da Silva Cirurgião: Boca, Maxilo Facial CRO-11.179					
JUIZ de Direito Bela Vista - 1960 CÓPIA ORIGINAL					

MÉDICO / CRM:





## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente Pedro Ferreira Santana

Diagnóstico pré-operatório Fratura do complexo órbito zigomaxila-maxila

Operação - Tipo Osteossintese de fratura do complexo órbito zigomaxila-maxila

Cirurgião MATIAS

1º Assistente Barbosa

2º Assistente Barbosa

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

O Mismo

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Antissepsia de face + colocação de  
compressa + incisão extraoral de  
fratura fronto-zigomaxila + divisão e  
redução + incisão intra-oral de  
fratura do pilar-zigomaxila localizando  
muco-periósteo e redução de osso +  
fixação com placas e parafusos + suturas  
curativo

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



Prefeitura Municipal de Teresina  
Fundação Municipal de Saúde



FMS  
Fundação Municipal de Saúde



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	<u>Leandro Ferreira Santana</u>	PRONTUÁRIO:	<u>510877</u>
DA CLÍNICA	<u>Buciomaxilas</u>	ENF/LEITO:	
À CLÍNICA	<u>Oftalmologia</u>		<u>215-28</u>

### MOTIVO DA CONSULTA

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

CORRETORE  
DE SEGUROS

01 A50 2019

DPVA

Dr. João Carlos  
Cirurgia e Traumatologia  
Buciomaxilofacial  
CRM-13452

DATA: 13/05/19

Assinatura do médico solicitante

### PARECER

Prato de

Requer: USG ocular

alterar

Apesar de ser buco-max

e parte de

de exame



Dr. João Carlos  
MÉDICO  
CRM-13336

DATA:

Assinatura do médico especialista

# SUMÁRIO DE ALTA



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Olíto Tito 1822 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-773 CNPJ: 05.322.917/0022-02

Prontuário:

510877

Internação:

238868

Nome: **PEDRO FERREIRA SANTANA**

End. Resid.: **POV CAMPESTRE NORTE - ZONA RURAL**

Cidade: **TERESINA - PI**

CEP: **64000-000**

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

## Diagnósticos:

Cod. CID:

CID Principal:

*Fratura do C2M*

5	0	2	4

CID Secundário:

CID Causa Morte:

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

*paciente consciente, hemico*

## EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

*bem clínico*

MEDICAÇÕES:

*Analgésico, Anti-inflamatório, Antibiótico*

CIRURGIA:

Data:

*14/05/19*

Tipo:

*Osteossíntese do C2M*

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/Ass. Auxiliar/Residente

*Dr. Marcos Antônio da Silva*  
Cirurgião: Buco-Maxilo-Facial  
CRO-PI 779

---

**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

---

**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



---

**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





---

**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.

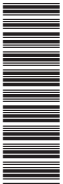
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

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

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

**Titular do CPF:** PEDRO FERREIRA SANTANA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-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

PEDRO FERREIRA SANTANA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

**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

**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 Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Pedro Ferreira Santana  
 DATA DO ACIDENTE 11-05-2019 CPF DA VÍTIMA 071.178-703-46  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Pedro Ferreira Santana  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Pedro Ferreira Santana  
 ENDEREÇO DO PORTADOR ES DO COMPOSTUM D N. 029-ELISA  
 Nº 01 COMPLEMENTO CASA BAIRRO Barão  
 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, TAIS 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, TAIS 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
- MORTE = R\$ 13.500,00
  - 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 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- 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

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

DPVAT







Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU  
192

**Dados do Chamado**  
01 Nº do chamado: 1849  
02 Data do chamado: 11/05/19  
03 PRO (código): 2908  
04 Saída do PA: 22:08  
05 Chegada ao local: 22:50  
06 Saída do local: 23:07  
07 Chegada ao 1º hospital: 23:54  
08 Saída do 1º hospital:  
09 Chegada ao 2º Hospital:

**Local da Ocorrência**  
10 Endereço: R. Campesina Nova F.  
11 Bairro:  
12 Município-UF: TE-PI  
Código IBGE: 6400000  
13 Ponto de referência:

**Dados do Paciente**  
14 Nome: PEDRO FERREIRA SANTANA  
15 Sexo: 1 - Masculino  
16 Idade: 750725  
17 Indicador de ingestão de bebida alcoólica?  
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

**Tipo de ocorrência**  
01 - Acidente de transporte  
02 - Agressão física-espantamento  
03 - Agressão física-FAF  
04 - Agressão física-FAB  
05 - Urgência psiquiátrica  
06 - Tentativa de suicídio  
07 - Envenenamento  
08 - Afogamento  
09 - Queimadura  
10 - Choque elétrico  
11 - Queda  
12 - Urgência clínica  
13 - Urgência obstétrica  
14 - Transferência  
15 - Exames complementares  
16 - Outros  
17 - Já removido  
18 - Falso chamado

**Acidente de Transporte**  
19 Vítima:  
1 - Pedestre  
2 - Condutor  
3 - Passageiro  
9 - Ignorado  
20 Meio de locomoção:  
1 - A pé  
2 - Automóvel  
3 - Motocicleta  
4 - Bicicleta  
5 - Ônibus/Micro-ônibus  
6 - Outro  
9 - Ignorado  
21 Outra parte envolvida:  
1 - Automóvel  
2 - Motocicleta  
3 - Ônibus/Micro-ônibus  
4 - Bicicleta  
5 - Objeto fixo  
6 - Animal  
7 - Outra  
9 - Ignorado  
22 Equipamentos de segurança:  
Capacete ☐ Airbag ☐  
Cinto de segurança ☐  
Assento para criança ☐

**Exame Físico**  
23 Glasgow = 13  
ABERTURA OCULAR  
4 - Espontânea  
3 - À voz  
2 - À dor  
1 - Nenhuma  
RESPOSTA VERBAL  
5 - Orientada  
4 - Confusa  
3 - Palavras inapropriadas  
2 - Palavras incompreensíveis  
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: 59  
Resp: 18  
PA: 110/80  
TAX: 98  
Sat: 98  
25 Local da lesão:

26 Pupilas:  
1 - Iguais  
2 - Desiguais  
27 Pulso:  
1 - Chelo  
2 - Fino  
3 - Ausente  
28 Sangramento:  
1 - Sim  
2 - Não  
29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10:  
0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10  
30 Fratura:  
1 - Sim  
2 - Não  
3 - Suspeito

**Assistência**  
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)  
Aspiração ☐ Oxigênio ☐ Curativos ☐  
Branca longa/curta ☐ Colar cervical ☐ Kred ☐  
Imobilização de extremidades ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Assistência obstétrica ☐  
Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) ☐ b) ☐ c) ☐

**Hospital de Destino**  
32 Hospital de Destino: 1107  
33 Condições de entrada:  
1 - Melhorado  
2 - Melhorando  
3 - Inalterado  
34 Óbito:  
1 - Sim  
2 - Não  
Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte ☐

Observações Interdisciplinar:  
Paciente encontrado desorientado em via pública ao lado do bicicletário apresentando trauma craniano com equimose periorbitária esquerda associada a lesão local nos membros em leve.

Socorristas:  
Médico: [Assinatura]  
AE/TE: [Assinatura]  
Enfermeiro: [Assinatura]  
Condutor: [Assinatura]

**controle**  
ENERGIA  
**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.748/0001-99 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - 3456 B-1  
Regime especial de Imposto sobre o Consumo pelo SPAT 06/20

Farm. Controlado  
CNPJ 06.840.748/0001-99  
Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO  
0832492-1

Nº da Nota Fiscal 023090742

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEL foi criada  
pela Lei nº 10.430 de 26 de Abril de 2002.

CONTA MÊS  
JUNHO/2019

VENCIMENTO  
20-06-2019

CONSUMO (kWh)  
139

TOTAL A PAGAR (R\$)  
160,90

MARTA DE JESUS FERREIRA SOUSA  
ES DO CAMPESTRE 0 N-02 Q-C E-01 B-RURAL  
CPF: 00095237984304  
CEP: 64.041-990 - TERESINA

ROT: 10.001.34.83.131900

DADOS DA LEITURA

Atual: 2285  
Anterior: 2146  
Consumo de Multiplicação: 1,000  
Consumo Medido: 139  
Consumo Faturado: 139

FCAM

Atual: 13/06/2019  
Anterior: 15-05-2019  
Próxima Leitura: 15-07-2019  
Emissão: 12-06-2019  
Apresentação: 13-06-2019  
Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Categoria/Subcategoria	Vigência	Número Medidor	Porta	Código Pat.	Módulo 12 meses
RESID. EX. RENDA	MONO	A1603182		1.4.1.1.	75

DESCRIÇÃO DA CONTA

Mês/Ano	Consumo	Valor
MAL/19	132	8,67
ABR/19	116	34,70
MAR/19	107	29,00
FEV/19	109	6,23
JAN/19	111	42,50
DEZ/18	2	30,54
NOV/18	0	70,34
OUT/18	0	
SET/18	0	
AGO/18	121	

TARIFA SEM TRÊS ANOS:  
0 A 30 - 0,207791  
31 A 100 - 0,056213  
101 A 139 - 0,604385

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

01 AGO 2019

DPVAT

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20-06-2019, o não pagamento ao dever de pagar a conta de energia elétrica de 20-06-2019, 70 dias após a data de vencimento, a partir da qual o fornecimento de energia elétrica será suspenso. Este aviso.
05/2019	158,03	

LIGUE 0800 046 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 9889.0C42.194E.1B82.B2BC.76F9.3619.1501.

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Unidade	PIS			FIC			DMS			DMS		
	Plano	Atual	Anterior	Plano	Atual	Anterior	Plano	Atual	Anterior	Plano	Atual	Anterior
Unidade	5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03					
Resumo	0,00			0,00			0,00					

Consumo TERESINA - MARQUES

Data de vencimento: 04/2019 Valor: 21,86

ROT: 10.001.34.83.131900

**controle**  
ENERGIA  
**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.748/0001-99 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO  
0832492-1

TOTAL A PAGAR - R\$  
160,90

MÊS FATURADO  
06/2019

VENCIMENTO  
20-06-2019

Nº da Nota Fiscal: 023090742 FCAM

8363000001 2 60900017000 9 00000000832 6 49210619008 4



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.874.954 DATA DE EMISSÃO 14/03/13

NOME PEDRO FERREIRA SANTANA

FILIAÇÃO MARIA DE NAZARÉ FERREIRA FRANCISCO SANTANA DA SILVA DATA DE EMISSÃO 15/07/1995

NATURALIDADE TERESINA-PI

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 129196 L 90 F 291

EXP. TERESINA-PI 19/07/99

TERESINA-PI 071.178.703-46

SINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
01 AGO 2019  
DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

0147060

SANTANA

0147060

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASE:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

071.178.703-46

Pedro 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:

Pedro Ferreira Santana

6 - CPF:

071.178.703-46

7 - Profissão:

Recluso

8 - Endereço:

ES do Campestru DN-02 AC 1054

9 - Número:

01

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Rural

12 - Cidade:

Trinidade

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64041-990

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

86.98112-3310

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E 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:

☒ RECURSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 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 (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPEMANÇA (somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (343)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (poupança ou banco)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4288

CONTA: 00019625

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seg. LIDER a obter a certidão de óbito e a efetuar a liberação do valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e a efetuar a liberação da indenização do Seguro DPVAT em nome do beneficiário, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

22 - DECLARAÇÃO DE AUTORIA DE FÉ DO DOENTE - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que esta declaração é verdadeira e que a vítima do acidente não possui nenhuma outra doença que possa ser considerada uma das causas do acidente.

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

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

☐ O IML que atenda 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 a custos da Seguradora LIDER para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou descendentes (filhos, netos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Sim ☐ Não

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 ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

34

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

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

37 - (e) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

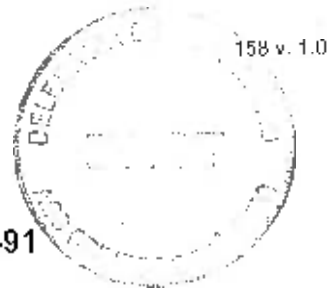
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PJ CORRETORES  
DE SEGUROS  
01 AGO 2019  
DPVAT





**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

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

POVOADO CAMPESTRE NORTE, Nº:

Complemento

Data/Hora

11/05/2019 - 22:08

Bairro

POVOADO

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: PEDRO FERREIRA SANTANA

RG: 3874954

Mãe: MARIA DE NAZARE FERREIRA

Endereço: POVOADO CAMPESTRE NORTE, Nº

Bairro: CAMPESTRE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIM/VNoticiante

**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 NÃO 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  
PEDRO FERREIRA SANTANA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





---

**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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

**Valoração 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

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

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

**Titular do CPF:** PEDRO FERREIRA  
SANTANA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-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

PEDRO FERREIRA SANTANA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

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

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

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** PEDRO FERREIRA SANTANA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-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

PEDRO FERREIRA SANTANA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

**Valoração 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 POSTERIOR 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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>