

Controle de docum x Audiências x Upload x Consulta processo: x 0835824-16.2019.8.18.0140 x Merge PDF files onl x WhatsApp x

tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=402091&ica=1754446860da2f72c752d2d8603... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... Questões de conc...

Pje ProceComCiv 0835824-16.2019.8.18.0140 PEDRO FERREIRA SANTANA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEG...

11325738 - CONTESTAÇÃO (2742902 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 14/08/2020 12:55:01

14 Aug 2020

JUNTA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
11325738 - CONTESTAÇÃO
11325738 - CONTESTAÇÃO (2742902 CONTESTACAO 01)
11325740 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
11325742 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PARECER DE ANÁLISE MÉDICA)
11325944 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
11325945 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
11325947 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 9

2742902 - CJ/2020-02984/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08358241620198180140

Ativar o Windows
Ative as configurações de computador para ativar o Windows.

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+proc adm.pdf Exibir todos

12:55 14/08/2020



Número: **0835824-16.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **11/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PEDRO FERREIRA SANTANA (AUTOR)		IGOR DE LIMA CABRAL (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11325736	14/08/2020 12:55	CONTESTAÇÃO	CONTESTAÇÃO
11325740	14/08/2020 12:55	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
11325742	14/08/2020 12:55	PARECER DE ANÁLISE MÉDICA	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Segue em anexo juntada de contestação e processo administrativo



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	04/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	6.412,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO FERREIRA SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 000000019625-8

Nr. da Autenticação 22930BCE304FFB41



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
AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/05/2020

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

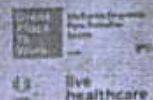
PJ CORRETOR
DE SEGUROS

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.

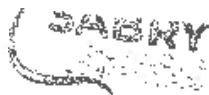
Exame documentado em 6 filmes.

Centroimagem CRM-PI 1.0008819
RESPONSÁVEL TÉCNICO
Dr. Raphael Martins
CRM-PI 3645, RQE 1315

Rua Honório de Paiva, 383, Ed. Terraço Saúde, Centro
Teresina-PI • CEP: 64.015-125
(86) 3301.3000 (86) 98183.3001
www.centroimagempi.com.br

Dr. RAPHAEL MARTINS
CRM: 3645-PI
CITATION: RAPHAEL
Página 1/1





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
H47.2

Ciente:
PEDRO FERREIRA SANTANA

PJ CORRETOR
DE SEGUROS

01 AGO 2019

DPVAT



Siga o QR code e nos visite no Instagram

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

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

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





Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Municipal de Saúde



FMS

Fundação Municipal de Saúde



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Pedro Ferreira Santana	PRONTUÁRIO	510877
DA CLÍNICA	Bucomascito	ENFILEITO:	215/29
À CLÍNICA	Oftalmologia		

PJ CORRETO
DE SEGUROS

01 AGO 2019

MOTIVO DA CONSULTA

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

Dr. Lúcia Vaz
Cirurgia e Traumatologia
Bucomascito
CRM 3452

DATA: 18/05/19

Assinatura do médico solicitante

PARECER

Paciente refere ter sofrido trauma
e perda de visão em
perda visual OG

Exame: AP: 87 after
TON: 14 mmHg

Soluto USG ocular e exames

DATA:

Dr. Fábio Marcos de Sousa
Médico
CRM 3356

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: 03.522.911/0022-02

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 CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 LEITO 28

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 13/05/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

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

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 13/05/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 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 Tito 1620 Redenção - Zone: 86 3218 5445

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

OK. GERAL
ORTOPEDIA OK
BULOPAROK
NEUROLOGIA OK

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

Nome: PEDRO FERREIRA SANTANA		Prontuário: 510877	
Mãe: MARIA DE NAZARE FERREIRA		Pai:	
End. Resid.: POV CAMPENTRE NORTE - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-000			
Nascimento: 15/07/1995	Idade: 23a3m27d	Sexo: Masculino	Fone: 95-39270-5
Responsável: MARIA DE NAZARE		CNS:	
Profissão: ESTUDANTE		Documento: RG: 3874954 - SSP	
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

01 AGO 2019

DPVAT

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE 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 AERÉAS SERVIAS, FÁSICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RÔNCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT O2: 99%, FC 93, EUPNEICO
C) RR, 2T, BNF, SS, SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TURGÊNCIA JUGULAR., PA 130x80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S
D) GLASGOW 13, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.

Diagnóstico Inicial:	CID:
?	

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

Prescrição Médica:
Ortopedia 01:02 4 cateteres no punho direito e esquerdo Atb ortopedico Dr Cláudio Mogueira Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 22416-000-000-9337 SBOF 12561

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto): DATA: 11/05/2019 HORA: 11:00

Assinatura Paciente ou Responsável:	Assinatura Médica: Dra. Fatima Brito MÉDICA NELLIA CRISTINA MACHADO CRM 3611 Em: 12/05/2019 00:12:47
--	---



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 12:56:38

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412545918500000010729890

Número do documento: 20081412545918500000010729890

Pelo exame. 11/05/11

Acidente ciclista

OSU13, P11A

TC de crânio: Marshall I, f. de crânio

TC de coluna cervical: A um e meio thorax

Ad: Atte. de neurologia
Melhor de 3001

Dr. João Alfredo Gomes Paz
Neurocirurgião
CRM 4197

CTBMF# 42 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 posicionado 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
CIRURGIÃO BUCAL-MAXILO-FACIAL
IMPLANTODONTIA
CRO-PI 2200

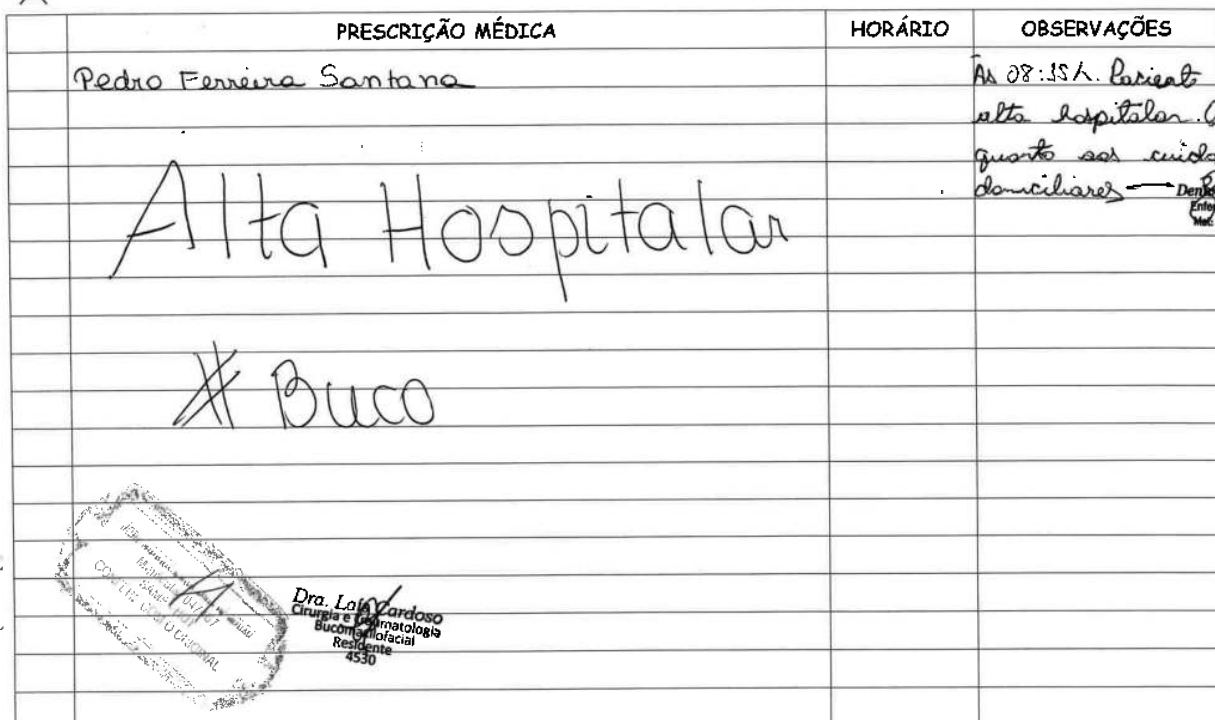
CÓDIGO: 0404020526

CID: 502.4





PRESCRIÇÃO MÉDICA



MÉDICO/CRM:



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 12:56:38
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412545918500000010729890>
 Número do documento: 20081412545918500000010729890



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

238868

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIB)

204591

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2- CNES

5828856

Código da
Internação:

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4- CNES

5828856

238868

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. UBS: 221100

18- UF: PI

19- CEP: 64000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

paciente vítima de acidente
crânio e trauma de face

RECORRETORA
DE SEGUROS

01 AGO 2019

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura

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

T.C. de face

23- Diagnóstico Inicial:

24- Exp. Prim:

8024

25- Cid. Sec.:

26- Cid. C.A.S.:

Fratura dos ossos maxilares e maxilares

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- Cod. Proced.: 27- Procedimento Solicitado:

Tempo SUS
3

0404020526 OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR

29- Clínica:

30- Caráter: Ident.: 31- Docum.: 32- Doc. Méd. Solic.:

02 01 CPF 957.650.423-68

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34- Data Solicitação:

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO

11/05/2019

35- Ass. Co. Limbo Med. Sol. (CSM)

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:

36/06/19

48- Documento:

49- Num. Documento:

() CNS () CPF

50- Ass. Carimbo (Rg- Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: ITHAIS MICHELLE

Consulta Local: 001258

Consulta SUS:

Impressão: 12/05/2019 01:48:52

Maria de Nazare Ferreira



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 204591
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		API: 2219100335309

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 708103500362931	NOME DO PACIENTE PEDRO FERREIRA SANTANA	NASCIMENTO 15/07/1995	SEXO M	PRONTUÁRIO 518877
DOCUMENTO CPF 8695392785	TELEFONE 8695392785	NOME DA MÃE MARTA DE NAZARE FERREIRA	RESPONSÁVEL MARIA DE NAZARE	
CEP ZONA RURAL	ENDEREÇO - LOGRADOURO CAMPESTRE NORTE	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	NUMERO / LOTE

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITÍMA 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.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PJ CORRETORE
DE SEGUROS

01 AGO 2019

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

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0404020526 - OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMÁTICO-MAXILAR

LEITO/CLÍNICA

CLÍNICA GERAL

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/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

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)

ANTONIO CASTELHANO BRANCO DE DEUS
CPF: 01009433526

CRM

DATA ANÁLISE: 12/05/2019 02:21:49

NOME DO PROFISSIONAL / PARCEIRO CONTROLE E AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

it:blank



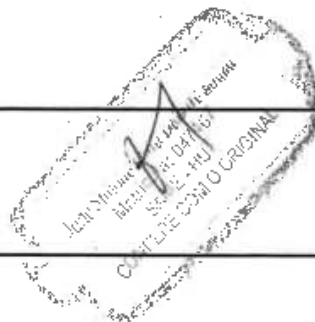


RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

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 Mesmo</u>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



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

Antissepsia de face + cabeça ch
cervical + incisão extracutânea de
fratura fronto-zigomaxila + divisão e
redução + incisões intra-orais de
fratura do pilar-zigomaxila facial
Mucoprotetor e aplicação de micropilares
- fixação de ligamentos e suturas
curativo

Dr. Marcos Antônio da Silva
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRM 1779

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

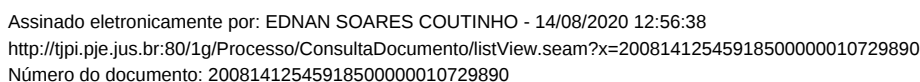
DATA 14/05/19

NOME DO PACIENTE:	<u>Redna Almeida Sampaio</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>510872</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Drº Fernanda</u>	Nº DA SALA:	<u>08</u>
CIRURGIÃO:	<u>Drº Matet</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Benl</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				03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletródos - 05			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Emenda - 03			
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							



MOD. 076 - HUT

**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@biosintesepima.com.br**FILIAL**Av. dos Holandeses Q.33 - Setor 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place • Calhaú
CEP 65.071-380 • Fone: (55 88) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 03.532.566/0002-71
biosintese_ma@biosintesepima.com.br**COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E
MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM**Nome do Hospital: HUTCX 0051-1

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Nome Vahda

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
	<u>01 min placas de titânio 316L 1,5 (6) e 6 e</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: 14/05/19DATA DA ALTA 1/1/1PACIENTE - Nome: Pedro Ferreira SantanaNº AIH: 238868Nº do Prontuário: 510877 Data da Internação 1/1/1Procedimento Médico Realizado: 0404020524

Indicador de Compatibilidade: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. MatiasDr. Matias Augusto 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: Redner Jefferson SantanaSala: 08Alergia: NegaData: 14.05.19Procedimento: Fratura do COZM ECirurgião: Dr. MatiasObservações: Nega comorbidades, jejum completo

Agentes	Unid	15	30	45	1h	1h15	30	45	1h	1h15	30	45	1h	1h15	30	45
1 Propofol	150mg															
2 Fentanyl	250mg															
3 Atrocurio	40mg															
4																
5 Clonidine	2g															
6 Dipriva	2g															
7 Bextra	40mg															
8 Dexametazona	10mg															
9 Ramifidina	50mg															
10 Etomidato	10mg															
11 Aluprim	10mg															
12 Neostigmina	2mg															
13																
Oxigênio	1L/m															
AR/N2O	1L/m															
Volatil	Scodfluxano															

Acesso Vascular

☒ Periférico DrainCat. Venoso nº G☐ Dificuldade aces. venosoGeitos cateteres☐ Central

Via Aérea

☐ Cateter nasal☒ IOT nº 4.5☐ LMA nº

Monitorização:

☒ Cardioscopia☒ PANI☒ Oxímetro de pulso☒ ETCO2☒ Outros Analisador

Anestesia:

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

Decúbito:

DDH

SP02 (%)	99%	100%	100%	99%	99%
ETCO2 (mmHg)	32	35	35	34	
Aces. Venoso	☒	☒	☒	☒	☒
Aces. Venoso	500ml	500ml	500ml	500ml	500ml
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

Descrição da Anestesia:

1. Check list + Pré-anestésico
2. Monitorização
3. Verificação pulso
4. Pré-oxigenação + indução venosa com IOT 4.5 + VM
5. Proteção gástrica + manutenção isplática
6. Desobstrução + Extubação

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 12:56:38
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412545918500000010729890
Número do documento: 20081412545918500000010729890
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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	238868

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

-Cod.Proced.Princip. 0404020526	30 - Procedimento Principal / Descrição: OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702050482	32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)
	Quant. Soli- cidada: 1
Fornecedor da OPM: BIOSÍNTESE	

38-Profissional Responsável: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Marcelo Augusto da Silva Cirurgião: Buco-Maxilo-Facial CRM-PI 27288 41-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
39-Data Solicitação: 14/05/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 957.650.423-68	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Necessita de fixação interna Rigida.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NAO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 26/06/19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DRCAMPIUS CRM-PI 1839 - CPF: 015.933.537-9 CNS 220604/00000004
		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 14/05/2019		
2) SS 0,9% 500 ml			Técnico: [assinatura]		
3) SS 5% 500 ml					
4) Cetolona 1g-6h EV					
5) Decidol Hung 12/12h C					
6) Filat 20mg 1d					
7) Dipirona 2cc + AD EV					
8) Paracetamol 500mg 12/12h					
Dr. Mariana [assinatura]					
Cirurgião, R. da Saúde, 199					
CRO 199					
[Carimbo]					

MÉDICO / CRM:





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <u>Pedro Ferreira Santana</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura do complexo osteo zigomaxila - Max. B</u>		
Operação - Tipo <u>Osteossintese de fratura do complexo osteo zigomaxila</u>		
Cirurgião <u>MATIAS</u>	1º Assistente <u>Priscilla</u>	
2º Assistente <u>Priscilla</u>	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesiista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <u>O Mesmo</u>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Antissepsia e furo + cabeceira ch
cervical + incisões extraoral de
fronto-zigomaxila + incisões
reducção + incisões intra-oral de
fratura do pilar zigomaxila
Mucoprotetor e redução de mucosa
+ furo / pontos e sutura
contínuo

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRM 1729

Mod. 76 HUT





Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Municipal de Saúde



Fundação Municipal de Saúde



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Pedro Ferreira Santana	PRONTUÁRIO:	510877
DA CLÍNICA	Pneumologia	ENFILEITO:	
À CLÍNICA	Oftalmologia		215-28

MOTIVO DA CONSULTA

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

CORRETOR DE SEGUROS

01 AGO 2019

DPVA

Dr. Fábio Marcos de Sousa
Cirurgia Oftalmológica
Bucinafacial
CRM-PI 3452

DATA: 13/05/19

Assinatura do médico solicitante

PARECER

Problema
Resposta: USG ocular
alterado
Parecer: O USG demonstra
de alteração estrutural

Dr. Fábio Marcos de Sousa
Cirurgia Oftalmológica
Bucinafacial
CRM-PI 3452

DATA:

Assinatura do médico especialista



SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Ovídio Tito 1822 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:
510877
Internação:
238868

Nome: **PEDRO FERREIRA SANTANA**

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

Cidade: **TERESINA - PI**

CEP: **64000-000**

Sexo: Masculino	Nascimento: 15/07/1995	Idade: 23a9m28d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: ESTUDANTE
---------------------------	----------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

Internação		Alta		Permanência
Data	Hora	Data	Hora	
11/05/2019	23:55	15/05/19	07:54	

Diagnósticos:

CID Principal: **Fratura do cotovelo**

CID Secundário:

CID Causa Mortes:

Cod.CID:

5	0	2	4

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

paciente consciente, bem

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

paciente consciente

MEDICAÇÕES:

Analgésico, Anti-inflamatório, Antibiótico

CIRURGIA:

Data: **11/05/19** 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: _____ Transportar: _____

Nome: _____

Ass. Médico Assistente Clínico/Residente

Dr. Marcos Araújo da Silva
Cargo: Suco Máximo Faria
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 cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau 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:**

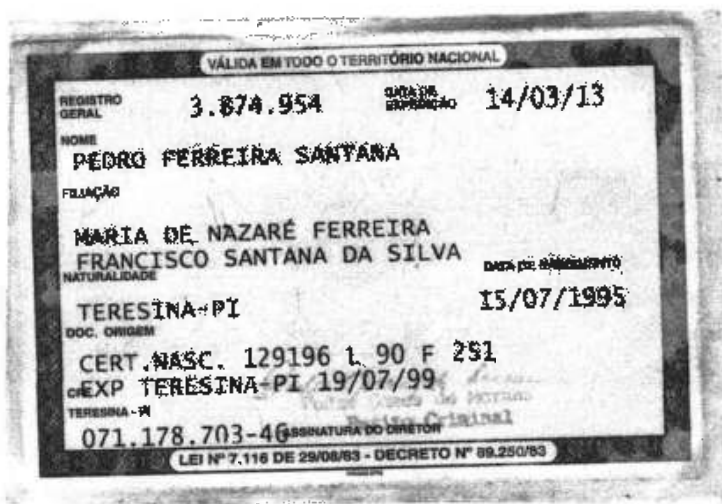
Observações: PÁG 11/18_CIRURGIA
@2 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS 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 cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-2596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3190476320

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

Nome do beneficiário: Pedro Ferreira Santana

CPF do beneficiário: 071-178-703-46

Nome do solicitante:

CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (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) documento(s) 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.

Teressa, 15-11-05-2020
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 posto 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





**CLÍNICA
MACHADO**

RELATÓRIO MÉDICO

Declaro que Pedro Ferreira
Souza, filho de Atnopoluacato,
Teve sofrido trauma cranioencefalo,
causando fratura no osso frontal
esquerdo, múltiplas ^{fraturas} e ossos da face
esquerda, assim como seio frontal posterior
e anterior, seio esfenoide e maxilar,
arco zigomático, hemossinuso frontal
maxila esquerda e ainda perda
total da visão esquerda, além
como sequelas: cefaleia, tonturas
com alta definitiva, com
comprometimento funcional
de 40%.

- 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

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirurgia
CRM: 1364-PI - CRM: 2680-MA
(86) 9 9832-1987 - Teresina-PI

Edimar Machado

13042020

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirurgia
CRM: 1364-PI - CRM: 2680-MA
(86) 9 9832-1987 - Teresina-PI

Residencial Tropical Park

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



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 o VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É Pedro Ferreira Santana
 ENDEREÇO DO PORTADOR 65 DO COMPOSTO O N. 626 CASA
 Nº 01 COMPLEMENTO CASA BAIRRO PUPAL
 CIDADE TRAPICURA UF PI CEP 64.041-990
 E-MAIL _____ TELEFONE (85) 98112-3310

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) 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)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) 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
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) 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)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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, TALS 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01-08-19
 IDENTIDADE 3.874.954
 ASSINATURA Pedro Ferreira Santana

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 01 AGO 2019
 NOME [Assinatura]
 ASSINATURA [Assinatura]



comercial
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.041-990 - Fone: (065) 3241.383-5
CNPJ: 06.840.748/0001-992 - Ins. Estadual: 19.301.383-5
Cota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de imposto substituído pela SEFAZ 06/93

FAZ FOLHA
CONTINUA
CONTINUA
CONTINUA

SEU CÓDIGO
0832492-1

Nº da Nota Fiscal 023090742

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEL Fornece
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS JUNHO/2019 VENCIMENTO 20-06-2019 CONSUMO EM 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	DATA	DATA
Atual:	2285	13/06/2019
Anterior:	2146	15-05-2019
Consumo de Multiplicação:	1,000	15-07-2019
Consumo Medido:	139	Próxima Leitura
Consumo Faturado:	139 FCAM	12-06-2019
		Emissão:
		13-06-2019
		Apresentação:
		13-06-2019
		Dias de Consumo: 29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	Alíquota	Número Medidor	Porta	Código Pól.	Mês 12 meses
RESID. EX. RENDA MONO	MONO	A1603182		1.4.1.1	75

DATA	CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
MAR/19	132	CONSUMO	30 A R\$ 0,289248 = 8,67
ABR/19	116		70 A R\$ 0,495851 = 34,70
MAR/19	107		39 A R\$ 0,743762 = 29,00
FEV/19	109	CONTR. ILUMINAC. PUB. (COSIP)	6,23
JAN/19	111	DIFERENÇA DE TARIFA	42,50
DEZ/18	2	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	30,54
NOV/18	0	PARCELAMENTO DE DÉBITOS (2X)	70,34
OUT/18	0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,45
SET/18	0		
AGO/18	121		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
1 A 30	0,289248		
31 A 60	0,495851		
61 A 120	0,743762		
121 A 139	0,743762		

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 15-06-2019, a não pagamento da conta de energia elétrica e inclusão do nome do consumidor no cadastro de inadimplentes, caso tenha efetuado o pagamento "sem desconexão" para aviso.
05/2019	158,03	

LIGUE 0800 846 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO DE FISCO 98B9.0C42.194C.1B82.B2BC.76F9.3B19.1501.

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuidor: 24,15	Base de Cálculo: 114,87 89,59
Energia: 46,64	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 7,88	Valor do ICMS: 25,27
Encargos: 3,86	Valor do PIS: 1,44%
Tributos: 32,34	Valor do COFINS: 6,49%
	5,81

INDICADORES DE CONTINUIDADE	DEC	DEC	DEC	DEC
	Atual	Anterior	Atual	Anterior
Índice	5,31	10,63	21,25	3,24
Índice	0,00	0,00	0,00	0,00

Consumo TERESINA - MARQUES Data de emissão: 04/2019 Valor: 21,86

ROT: 10.001.34.83.131900

comercial
cepisa
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-992 - Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nº da Nota Fiscal: 023090742 FCAM

SEU CÓDIGO
0832492-1

TOTAL A PAGAR - R\$
160,90

MÊS FATURADO
06/2019

VENCIMENTO
20-06-2019

836300000001 2 60900017000 9 00000000832 6 49210619008 4



CEP: 00107 LIC: 0832492-1 DT. LEIT.: 13/06/2019 T. ENTR.: 01





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 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência pediátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐
Exame Físico	23 Glasgow = 13	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais vitais	25 Local da lesão
	4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso 59 Resp. 170x80 PA 110/70 TAC 38 Sat 98	
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Escala de dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 Sem Dor 3 Leve 7 Moderada 10 Intensa	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	1 - Sim 2 - Não Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Curativos ☐ Kred ☐	1 - Melhorado 2 - Melhorando 3 - Alterado	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar				
	Paciente encontrado desmaiado em via pública ao lado do bueiro, apresentando trauma craniano com equimose periorbitária esquerda associada a lesão local. Presença de ferimento em membro superior direito.				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico	Enfermeiro	Condutor	
		AE/TE			

Versão: 27.11.2011





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

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190476320

Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA

Data do Acidente: 11/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO FERREIRA SANTANA

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

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

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Dano Pessoal: Perda da visão de um olho 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Recebedor: PEDRO FERREIRA SANTANA

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 104

Agência: 000004288

Conta: 0000019625-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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





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

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190476320

Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA

Data do Acidente: 11/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PEDRO FERREIRA SANTANA

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

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

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

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

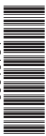
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01501/01502 - carta_02 - INVALIDEZ

00040751



Carta nº 15774799





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:

0776559/19

3 - CPF da vítima:

071-178-703-46

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:

071-178-703-46

7 - Profissão:

Revisor

8 - Endereço:

ES do Ampetun ON AC casa

9 - Número:

01

10 - Complemento:

caso

11 - Bairro:

Rural

12 - Cidade:

Tempeira

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

54041-990

15 - E-mail:

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
☐ SEM RENDA

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

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ CONTA 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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

Nome do BANCO:

13 AGO 2019

AGÊNCIA:

CONTA:

DPVAT

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 qualquer outro, por mais privilegiado que seja, o direito de receber a indenização 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 impediendo ou não impedindo a realização de perícia médica pelo Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, conforme a seguir (assinalar uma das opções):

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

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

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

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?

☐ 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do Segurado



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190476320
Nome do(a) Examinado(a): Pedro Ferreira Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Estrada do 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 causalidade: 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


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





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



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

Bairro

POVOADO

Ponto de Referência

Data/Hora

11/05/2019 - 22:08

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.: VITIMA/Notificante

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 - Notificante
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:

0776559/19

3 - CPF da vítima:

071-178-703-46

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:

071-178-703-46

7 - Profissão:

Revisor

8 - Endereço:

ES do Ampetun ON AC casa

9 - Número:

01

10 - Complemento:

caso

11 - Bairro:

Rural

12 - Cidade:

Tempeira

13 - Estado:

PA

14 - CEP:

54041-990

15 - E-mail:

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
☐ SEM RENDA

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

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ CONTA 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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 qualquer outro, por mais privilegiado que seja, o direito de receber a indenização 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 impediendo ou não impedindo, mediante laudo médico legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, que venho que (assinalar uma das opções):

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

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

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

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou recaturo (viveres)?

☐ 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:

Tempeira - 13.08.19
Adão Ferreira Santana

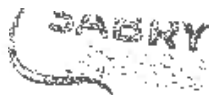
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do Segurado





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
H47.2

Ciente:
PEDRO FERREIRA SANTANA

PJ CORRETOR
DE SEGUROS

01 AGO 2019

DPVAT



Siga o QR code e nos visite no Instagram

Clínica 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
RQEs: Clínica Médica: 1108 - Neurologia: 1109





Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Municipal de Saúde



FMS

Fundação Municipal de Saúde



SUS

REQUISIÇÃO DE PARECER

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

PJ CORRETO
DE SEGUROS

01 AGO 2019

MOTIVO DA CONSULTA

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

Dr. Lúcia Vaz
Cirurgia e Traumatologia
Bucomascito
CRM 3452

DATA: 18/05/19

Assinatura do médico solicitante

PARECER

Paciente refere ter sofrido trauma
e perda de visão em
perda visual OG

Exame: 40: 87 after
TON: 14 mmHg

Soluto USG ocular e exames

DATA:

Dr. Fábio Marcos de Sousa
Médico
CRM 3356

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: 03.522.911/0022-02

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 CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 LEITO 28

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 13/05/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

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

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 13/05/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 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 Tito 1620 Redenção - Zone: 86 3218 5445

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

OK. GERAL
ORTOPEDIA OK
BULCOMPAROK
NEUROCIROOK

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

Nome: PEDRO FERREIRA SANTANA		Prontuário: 510877	
Mãe: MARIA DE NAZARE FERREIRA		Pai:	
End.Resid.: POV CAMPENTRE NORTE - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-000			
Nascimento: 15/07/1995	Idade: 23a3m27d	Sexo: Masculino	Fone: 95-39270-5
Responsável: MARIA DE NAZARE		CNS:	
Profissão: ESTUDANTE		Documento: RG: 3874954 - SSP	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Solteiro(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

PJ CORRETORA DE SEGUROS
01 AGO 2019
DPVAT

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE 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 AERÉAS SERVIAS, FÁSICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RÔNCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT O2:99%, FC 93, EUPNEICO
C) RR, 2T, BNF, SS, SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TÚRGÊNCIA JUGULAR., PA 130x80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S
D) GLASGOW 13, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES.

Diagnóstico Inicial:	CID:
-----------------------------	-------------

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

Prescrição Médica:
Ortopedia 01:02 4 cateteres no punho direito e esquerdo
Até ortopedia
Dr Cláudio Mogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 22416-000-000 9337
SBO 12561

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto): DATA: 11/05/2019 HORA: 11:00

Assinatura Paciente ou Responsável:
Dra. Fatima Brito
MÉDICA
NÍLLIA CRISTINA MACHADO
CRM 3611 Em: 12/05/2019 00:12:47



Pelo exame. 11/15/11

Acidente ciclista

OSU13, P11A

TC de crânio: Marshall I, f. de crânio

TC de coluna cervical: A um e meio thorax

Ad: Atte. de neurologia
Melhor de 301F

Dr. João Alfredo Gomes Paz
Neurocirurgião
CRM-SP 4197

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 posicionado 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
CIRURGIÃO BUCAL-MAXILO-FACIAL
IMPLANTODONTIA
CRO-PI 2200

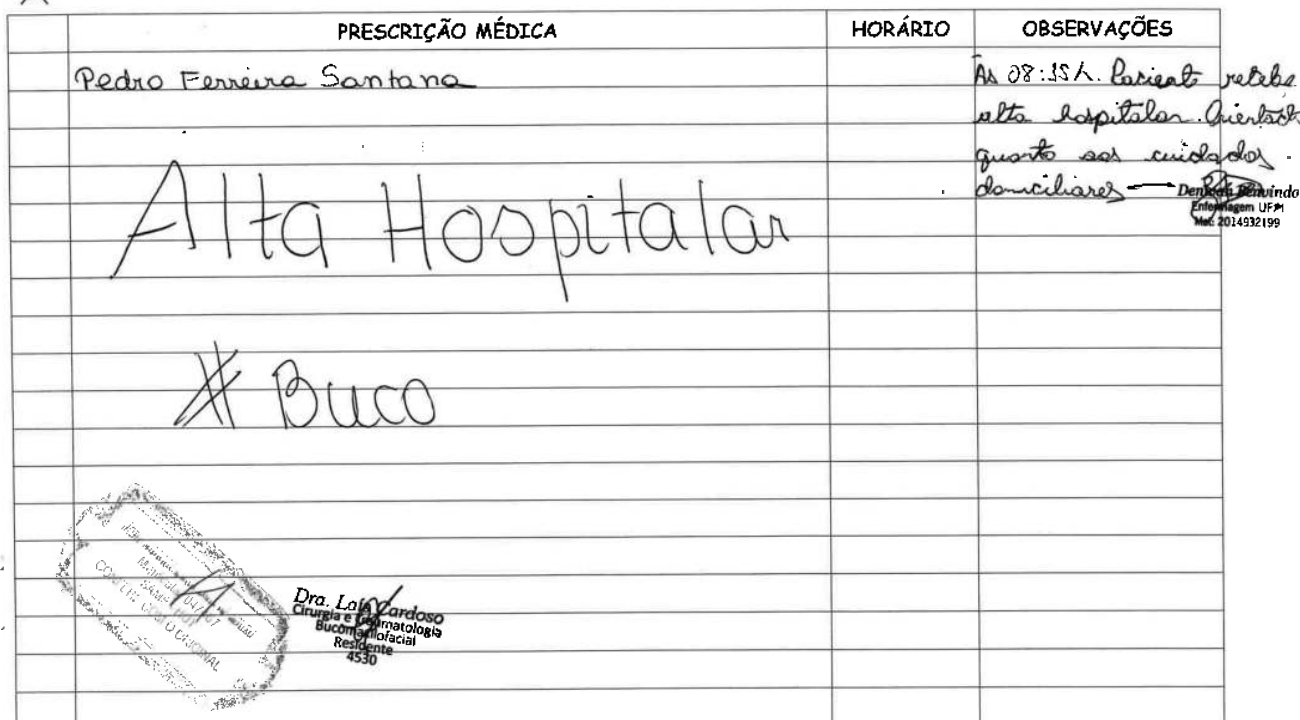
CÓDIGO: 0404020526

CID: 502.4

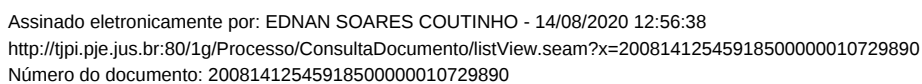




PRESCRIÇÃO MÉDICA



MÉDICO/CRM:





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

238868

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIB)

204591

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2- CNES

5828856

Código da
Internação:

3- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4- CNES

5828856

238868

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: PEDRO FERREIRA SANTANA

6 - Prontuário: 510877

7- CUS:

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. UBS: 221100

18- UF: PI

19- CEP: 64000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

paciente vítima de acidente
circulatório e Trauma de A

RECORRETORES
DE SEGUROS

01 AGO 2019

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura

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

T.C. de Face

23- Diagnóstico Inicial:

24- Cód. Prim:

8024

25- Cód. Sec:

26- Cód. C.A.S.:

Fratura dos ossos maxilares e maxilares

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28- Cod. Proced.: 27- Procedimento Solicitado:

Tempo SUS
3

0404020526

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR

29- Clínica:

30- Caráter: Ident.: 31- Docum.: 32- Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

957.650.423-68

33- Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34- Data Solicitação:

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO

11/05/2019

Dr. Marcelo Araújo da Silva
Cirurgião de Cabeça, Maxilo Facial
CRM 1779

35- Ass. Co. Limbo Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39- CNPJ Seguradora:

40- No. Bônus:

41- Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42- CNPJ Empresa:

43- CNAE Empresa:

44- CBO:

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:

36/06/19

48- Documento:

49- Num. Documento:

() CUS () CPF

50- Ass. Carimbo (Rg- Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: ITHAIS MICHELLE

Consulta Local: 001258

Consulta SUS:

Impressão: 12/05/2019 01:48:52

Maria de Nazare Ferreira



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 12:56:38

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412545918500000010729890

Número do documento: 20081412545918500000010729890

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 204591
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		API: 2219100335309

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 708103500362931	NOME DO PACIENTE PEDRO FERREIRA SANTANA	NASCIMENTO 15/07/1995	SEXO M	PRONTUÁRIO 518877
DOCUMENTO CPF 8695392785	TELEFONE 8695392785	NOME DA MÃE MARTA DE NAZARE FERREIRA	RESPONSÁVEL MARIA DE NAZARE	
CEP ZONA RURAL	ENDEREÇO - LOGRADOURO CAMPESTRE NORTE	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	NUMERO / LOTE

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITÍMA 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.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PJ CORRETORES DE SEGUROS

01 AGO 2019

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

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0404020526 - OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ORBITOZIGOMATICO-MAXILAR

LEITO/CLÍNICA

CLÍNICA GERAL

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/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

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)

ANTONIO CASTELH BRANCO DE DEUS

CPF: 01009433526

CRM

DATA ANALISE: 12/05/2019 02:21:49

NOME DO PROFISSIONAL / PARCEIRO CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

it:blank



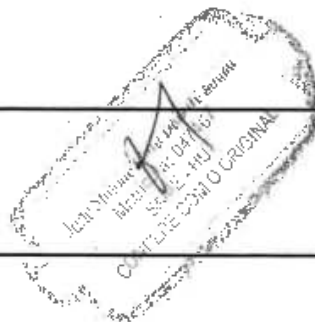


RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

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 Mesmo</u>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



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

Antissepsia de face + cabeça ch
cervical + incisão extracutânea de
fratura fronto-zigomaxila + divisão e
redução + incisões intra-orais de
fratura do pilar-zigomaxila fechando
Mucoprotetor e aplicação de micropilares
- fixação de ligamentos e suturas
curativo

Dr. Marcos André da Silva
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRM 1779

Mod. 76 HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

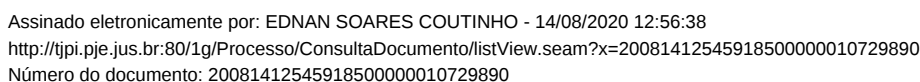
DATA 14/05/19

NOME DO PACIENTE: <u>Redna Almeida Sampaio</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>510872</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Drº Fernanda</u>	Nº DA SALA: <u>08</u>
CIRURGIÃO: <u>Drº Matet</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Benl</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				03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eletródos - 05			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Emenda - 03			
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							



MOD. 076 - HUT

**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@biosintesepima.com.br**FILIAL**Av. dos Holandeses Q.33 - Setor 1003/1005/1009
Cond. Metropolitan Market Place - Calhaú
CEP 65.071-380 - Fone: (55 88) 3227-0640
São Luís - Maranhão
Insc. Est. 12.310.276-6
CNPJ 03.542.566/0002-71
biosintese_ma@biosintesepima.com.br**COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E
MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM**Nome do Hospital: HUTCX 0051-1

C.N.P.J. _____

Assinatura _____

Cargo _____

Nome Vahda

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL
	<u>01 min placas de titânio 316L 1,5 (6) 0,6 6F</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: 14/05/19DATA DA ALTA 1/1/1PACIENTE - Nome: Pedro Ferreira SantanaNº AIH: 238868Nº do Prontuário: 510877 Data da Internação 1/1/1Procedimento Médico Realizado: 040402052A

Indicador de Compatibilidade: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Dr. MatiasDr. Matias Augusto 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: Redner Jefferson SantanaSala: 08Alergia: NegaData: 14.05.19Procedimento: Fratura do COXII ECirurgião: Dr. MatiasObservações: Nega comorbidades, jejum completo

Agentes	Unid	15	30	45	1h	1h15	30	45	1h	1h15	30	45	1h	1h15	30	45
1 Propofol	150mg															
2 Fentanyl	250mg															
3 Atrocurio	40mg															
4																
5 Clonidine	2g															
6 Dipriva	2g															
7 Bextra	40mg															
8 Dexametazona	10mg															
9 Remifentanyl	50mg															
10 Etomidato	10mg															
11 Aluprim	10mg															
12 Neostigmina	2mg															
13																
Oxigênio	1L/m															
AR/N2O	1L/m															
Volatil	Scodflurano															

Acesso Vascular

☒ Periférico DrainCat. Venoso nº G☐ Dificuldade acces. venosoGeitos cateteres☐ Central

Via Aérea

☐ Cateter nasal☒ IOT nº 4.5☐ LMA nº

Monitorização:

☒ Cardioscopia☒ PANI☒ Oxímetro de pulso☒ ETCO2☒ Outros Analisador

Anestesia:

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

Decúbito:

DDH

SpO2 (%)	99%	100%	100%	99%	99%
ETCO2 (mmHg)	32	35	35	34	
Acas. Venoso	☒	☒	☒	☒	☒
Acas. Venoso	500ml	500ml	500ml	500ml	
Diurese					
Perdas Sanguíneas					

Descrição da Anestesia:

1. Check list + Pré-anestésico
2. Monitorização
3. Verificação pulso
4. Pré-oxigenação + indução venosa com IOT 4.5 + VM
5. Proteção gástrica + manutenção isplática
6. Desobstrução + Extubação

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 12:56:38
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412545918500000010729890
Número do documento: 20081412545918500000010729890
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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	238868

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

-Cod.Proced.Princip.	30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0404020526	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO COMPLEXO ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR	
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:	Quant. Soli- cidada:
0702050482	PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)	1
Fornecedor da OPM: BIOSÍNTESE		

38-Profissional Responsável: JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES FILHO	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Marcelo Augusto da Silva Cirurgião: Buco-Maxilo-Facial CRM-PI 27288 41-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
39-Data Solicitação: 14/05/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 957.650.423-68	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Necessita de fixação interna Rigida.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NAO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 26/06/19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DRCAMPIUS CRM-PI 1839 - CPF: 043.503.537-9 CNS 220604/00000004
		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 14/05/2019		
2) SS 0,9% 500 ml			Técnico: [assinatura]		
3) SS 5% 500 ml					
4) Cetolona 1g-6h EV					
5) Decidol Hung 12/12h C					
6) Filat 20mg 1d					
7) Dipirona 2cc + AD EV					
8) Paracetamol 500mg 12/12h					
Dr. Mariana [assinatura]					
Cirurgião: [assinatura]					
CRO: [assinatura]					

MÉDICO / CRM:





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Pedro Ferreira Santana</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura do condilo osteo zigomaxila - Max. B</i>		
Operação - Tipo <i>Osteossintese de fratura do condilo osteo zigomaxila</i>		
Cirurgião <i>MATIAS</i>	1º Assistente <i>Pracante</i>	
2º Assistente <i>Pracante</i>	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesiista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>O Mesmo</i>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

*Antissepsia e furo + cabeceira ch
cervical + incisões extraoral de
fratura fronto-zigomaxila + incisões
reducção + incisões intra-oral de
fratura do pilar zigomaxila
Mucoprotetor e redução de mucosa
+ furo / pontos e sutura
contínuo*

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRM 1779

Mod. 76 HUT





Prefeitura Municipal de Teresina
Fundação Municipal de Saúde



Fundação Municipal de Saúde



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	<u>Pedro Ferreira Santana</u>	PRONTUÁRIO:	<u>510877</u>
DA CLÍNICA	<u>Pneumologia</u>	ENFILEITO:	
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

DESEMPENHO
DE SEGUROS

01 AGO 2019

DPVA

Dr. Fábio Marcos de Sousa
Cirurgião Oftalmologista
CRM-PI 3452

DATA: 13/05/19

Assinatura do médico solicitante

PARECER

Prato de

Requer: USG ocular

para
avaliar o grau de
deformação da
órbita e
deformação da
órbita

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: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:
510877
Internação:
238868

Nome: **PEDRO FERREIRA SANTANA**

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

Cidade: **TERESINA - PI**

CEP: **64000-000**

Sexo: Masculino	Nascimento: 15/07/1995	Idade: 23a9m28d	Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: ESTUDANTE
---------------------------	----------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

Internação		Alta		Permanência
------------	--	------	--	-------------

Data 11/05/2019	Hora 23:55	Data 15/05/19	Hora 07:54
---------------------------	----------------------	-------------------------	----------------------

Diagnósticos:

Cod.CID:

CID Principal: *Fratura do cotovelo*

5	0	2	4

CID Secundário:

CID Causa Mortis:

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

paciente consciente, bem

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

paciente consciente

MEDICAÇÕES:

Analgésico, Anti-inflamatório, Antibiótico

CIRURGIA:

Data: *11/05/19* Tipo: *Osteossíntese do cotovelo*

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 Clínico/Residente

Dr. Marcos Araújo da Silva
Cargo: Suco Máximo Faria
CRO-PI 779





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

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190476320

Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA

Data do Acidente: 11/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO FERREIRA SANTANA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14699961





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

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2020

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

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

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO FERREIRA SANTANA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01841/01842 - carta_09 - INVALIDEZ

00040921



Carta nº 15801111





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

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190476320

Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA

Data do Acidente: 11/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PEDRO FERREIRA SANTANA

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00267/00268 - carta_02 - INVALIDEZ

00080134



Carta nº 14722746





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

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190476320

Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA

Data do Acidente: 11/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PEDRO FERREIRA SANTANA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00237/00238 - carta_02 - INVALIDEZ

00020119



Carta nº 14778502



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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PEDRO FERREIRA SANTANA

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 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



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 o VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É Pedro Ferreira Santana
 ENDEREÇO DO PORTADOR 65 DO COMPOSTE O N. 626 CASA
 Nº 01 COMPLEMENTO CASA BAIRRO PUPAL
 CIDADE TRAPICURA UF PI CEP 64.041-990
 E-MAIL _____ TELEFONE (85) 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01-08-19
 IDENTIDADE 3.874.954
 ASSINATURA Pedro Ferreira Santana

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 01 AGO 2019
 NOME [Assinatura]
 ASSINATURA [Assinatura]





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 071.178.703-46 4 - Nome completo da vítima: Pedro Francisco Santana

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

5 - Nome completo: Pedro Francisco Santana 6 - CPF: 071.178.703-46
7 - Profissão: REUSO 8 - Endereço: ES DO CAMPESINHO 04-02 A C LUSA 9 - Número: 01 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: RURAL 12 - Cidade: TRANSILIA 13 - Estado: P. 14 - CEP: 64041-990
15 - E-mail: 16 - Tel(DDD): 86.98112-3310

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR, CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 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: ☒ RECUO 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 TIDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA TIDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para menores de idade. Assinale uma opção)

☐ Graduação (297) ☐ Inal (241)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 4288 CONTA: 00019525 8

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider a apresentar minha conta bancária e informações de minha vida pessoal, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e o valor do prêmio, informando a validade da assinatura para a efetivação do pagamento, conforme 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 não há qualquer laudo médico ou pericial emitido por médico legista para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, ou para fins de exclusão de uma das coberturas.

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

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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: 25 - Vítima deixou companheiro(s): ☐ 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 nascituro(s) (val nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

ASSINATURAS

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 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo da ocorrência	19 - Já removido 01 AGO 2018 18 - Falso chamado			
	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
Acidente de Transporte	23 Glasgow = 13	24 Sinais vitais	25 Local da lesão		
	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Escala de dor de 0 a 10	
Exame Físico	30 Fratura	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino		
	33 Condições de entrada	34 Óbito	35 Observações Interdisciplinares		
Assistência	36 Responsável pela recepção				
	37 Socorristas Médico AE/TE				
Hospital de Destino	38 Enfermeiro Condutor				
	39 Observações Interdisciplinares				

Versão: 27.11.2011



comercial
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.041-990 - Fone: (085) 321.383-5
CNPJ: 06.840.748/0001-99 - Ins. Estadual: 19.301.383-5
Endereço Fiscal: Rua de Energia Elétrica - Setor B-1
Regime especial de Imposto Substituído pelo SPMZ 06/93

FAZER CONTINUA
CONTINUA CONTINUA
CONTINUA CONTINUA

SEU CÓDIGO
0832492-1

Nº da Nota Fiscal 023090742

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEL Fornece
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS JUNHO/2019 VENCIMENTO 20-06-2019 CONSUMO EM 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 kWh
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
Centro/Subcentro: RESID. EX. RENDA MONO
Ligação: MONO
Número Medidor: A1603182
Ponto: 1.4.1.1
Código Pól: 75
Módulo 12 meses

DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo
MAY/19 132 CONSUMO 30 A R\$ 0,289248 = 8,67
ABR/19 116 70 A R\$ 0,495851 = 34,70
MAR/19 107 39 A R\$ 0,743762 = 29,00
FEV/19 109 CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 6,23
JAN/19 111 DIFERENÇA DE TARIFA 42,50
DEZ/18 2 SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 30,54
NOV/18 0 PARCELAMENTO DE DEBITOS (2X) 70,34
OUT/18 0 ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,45
SET/18 0
AGO/18 121

TARIFA SEM DESCONTOS:
T A 30 - 0,20791
T A 30 - 0,20791
T A 30 - 0,20791
T A 30 - 0,20791

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

01 AGO 2019

DPVAT

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ 05/2019 158,03
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20-06-2019, a não pagamento do valor devido antes da inclusão do valor do consumo no mês de 05/2019. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconectar para aviso.

LIGUE 0800 846 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO DE FISCO 98B9.0C42.194C.1B82.B2BC.76F9.3B19.1501

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuidor 24,15 Base de Cálculo: 114,87 89,59
Energia: 46,64 Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão 7,88 Valor do ICMS: 25,27
Enxargão 3,86 Valor do PIS: 1,44% 1,26
Tributos: 32,34 Valor do COFINS: 6,49% 5,81

INDICADORES DE CONTINUIDADE
DSC FIC DMC DICI
Atual Mensual Mensual Mensual Mensual Mensual Mensual Mensual Mensual
DSC 5,31 10,63 21,25 3,24 6,48 12,95 3,03
DICI 0,00 0,00 0,00

Consumo TERESINA - MARQUES Ponto de medição 04/2019 valor 21,86

ROT: 10.001.34.83.131900

comercial
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CEP: 64.041-990 - Fone: (085) 321.383-5
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

83630000001 2 60900017000 9 00000000832 6 49210619008 4



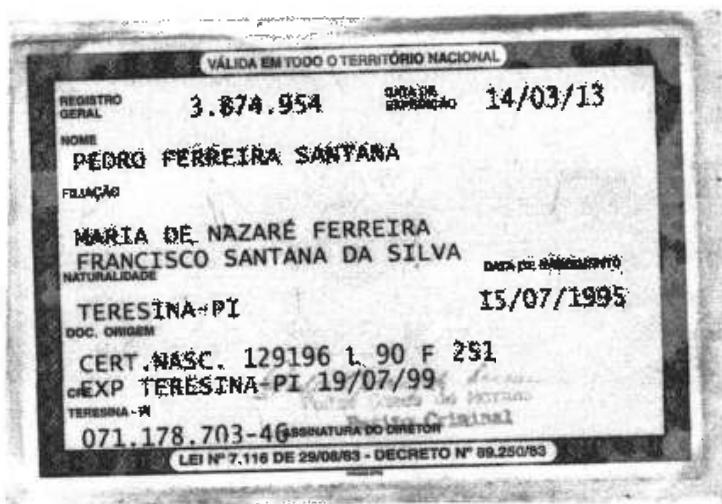
CPF: 00107 LIC: 0832492-1 DT. LEIT.: 13/06/2019 T. ENTR.: 01



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 14/08/2020 12:56:38

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081412545918500000010729890

Número do documento: 20081412545918500000010729890





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 071.178.703-46 4 - Nome completo da vítima: Pedro Ferreira Santana

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

5 - Nome completo: Pedro Ferreira Santana 6 - CPF: 071.178.703-46
7 - Profissão: REUSO 8 - Endereço: ES DO CAMPESINHO 04-02 AC WSA 9 - Número: 01 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: TRINHEIRA 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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A 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 POUANÇA (somente para os bancos citados. Anote o tipo de aplicação)

☐ Credencia (247) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (401) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4288 CONTA: 000/9625 8 AGÊNCIA: CONTA:

Subscrito a Seg. DPVAT, a Seguradora Líder, para todos os efeitos legais, a vítima ou representante legal, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e o valor do prêmio, em conformidade com o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, conforme o valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE PREJUIZO DO FIM - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não sou beneficiário de qualquer outro seguro de vida ou de invalidez (se for o caso) para os fins de indenização/reembolso do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, a ser pago pelo Segurador Líder, conforme o valor recebido.

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência ou da minha residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícia 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 do Segurador Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa nenhuma concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, 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(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascem)? ☐ 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 - (F) 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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



PJ CORRETORES
DE SEGUROS
01 AGO 2019
DPVAT





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



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

Bairro

POVOADO

Ponto de Referência

Data/Hora

11/05/2019 - 22:08

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: PEDRO FERREIRA SANTANA

RG: 3874854

Mãe: MARIA DE NAZARE FERREIRA

Endereço: POVOADO CAMPESTRE NORTE, Nº

Bairro: CAMPESTRE

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

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 - Notificante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





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

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458413

Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA

Data do Acidente: 11/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO FERREIRA SANTANA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

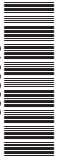
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14647747

Pag. 00025/00026 - carta_01 - INVALIDEZ

00030013





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

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190458413

Vítima: PEDRO FERREIRA SANTANA

Data do Acidente: 11/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), PEDRO FERREIRA SANTANA

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

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

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

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

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

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

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

Pag. 00777/00778 - carta_07 - INVALIDEZ

00070389



Carta nº 14652418



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 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

Titular do CPF: PEDRO FERREIRA SANTANA

CPF de: Próprio

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 ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PEDRO FERREIRA SANTANA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/05/2020

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
Total			15 %	R\$ 2.025,00



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 cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

