

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: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINALDO MACHADO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000108158-6

Nr. da Autenticação 4AD511BAA789FDE1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000067 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DE CÔNDILO E SÍNFISE DE MANDÍBULA.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA(02CM), COM DIMINUIÇÃO DA FÍSICO: FORÇA DE MASTIGAÇÃO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/01/2020

Conduta mantida:

Observações: LOCAL DO ACIDENTE: AV WALL DE CARVALHO PROX POSTO SANTA FE, TERESINA PI .

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas 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 - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000067 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA. PÁG.5/6

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000067

Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINALDO MACHADO SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000067

Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDINALDO MACHADO SANTOS

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



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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200000067 **Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS**

Data do Acidente: 29/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDINALDO MACHADO SANTOS

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\$ 3.375,00

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

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **EDINALDO MACHADO SANTOS**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000000029**

Conta: **00000108158-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

786.607.003-25

4 - Nome completo da vítima:

Edinaldo machado Santos

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

5 - Nome completo:

Edinaldo machado Santos

6 - CPF:

786.607.003-25

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua São José

9 - Número:

1419

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Angelim

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64040-820

15 - E-mail:

edwansilva2@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(86) 99534-6565

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 DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itau (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 108158 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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

nascer

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

 Sim Não

país/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão
digital da
mão ou
assinatura
não alfabetizada

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,

Teresina - PI 26/12/19
Edinaldo machado Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200000067

Nome do(a) Examinado(a): Edinaldo Machado Santos

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sao Jose 1419, S/N VI Irma Dulce
Angelim Teresina PI CEP: 64040-820

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1050299

Data local do acidente: [29/09/2019]

Data local do exame: [09/01/2020] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA BILATERAL DE CÓNDILO E SÍNFISE DE MANDÍBULA.

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

Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.

Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA(02CM), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO.

- 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:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.

LOCAL DO ACIDENTE: AV WALL DE CARVALHO PROX POSTO SANTA FE, TERESINA PI .

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


Dr. Ismar Aguiar Marques Filho
CRM - 791.120.723-20
CRM/PI - 3165



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012111/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/12/2019 13:35 Data/Hora Fim: 02/12/2019 13:52

Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 29/09/2019 14:20

570064

Local do Fato

Município: Teresina (PI)

Bairro: Areias

Logradouro: AV. HENRY WALL DE CARVALHO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Mel(o)s Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB.)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDINALDO MACHADO SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Buriti Sexo: Masculino Nasc: 26/12/1967
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Jose Machado Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 786.607.003-25

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: RUA ÁO JOSE Nº: 1419
Bairro: ANGELIM IV

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Descrição: MOTO	CPF/CNPJ do Proprietário: 786.607.003-25
Placa: OVW9866	Renavam: 00569866014
Número do Motor: JC41E2D532738	Número do Chassi: 9C2JC4120DR532738
Ano/Modelo Fabricação: 2013/2013	Cor: VERMELHA
UF Veículo: Piauí	Município Veículo: Teresina
Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES	Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade: 1 Unidade



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012111/2019

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 13/12/2017

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Edinaldo Machado Santos

Envolvimentos

Desconhecido 1

Proprietário

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATIVA VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO EM ENDEREÇO CITADO, QUANDO TRISCOU O PNEU DA MOTO EM OUTRA, ONDE O MESMO FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA A UPA DO PROMORAR, POSTERIORMENTE PARA O HUT. DECLARAÇÕES DA VITIMA

ASSINATURAS

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

escrivão

Matrícula 0097616

Responsável pelo Atendimento

Edinaldo Machado Santos

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) imóvel(a) responsável pelas informações acima assentadas e criei que poderrei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

786.607.003-25

4 - Nome completo da vítima:

Edinaldo machado Santos

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

5 - Nome completo:

Edinaldo machado Santos

6 - CPF:

786.607.003-25

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua São José

9 - Número:

1449

10 - Complemento:

Bessa

11 - Bairro:

Angelim

12 - Cidade:

Teresina

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64040-820

15 - E-mail:

edwanoliveira26@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(86) 99534-6565

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:

19 - Profissão do Representante Legal:

18 - CPF 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 DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029

CONTA: 108158 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente

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 nascer (vai nascer)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

 Sim

pais/avós vivos?

 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 299 do Código Penal.

34

Impresso
digitalizado
Assinado
Digitalizado
Assinado

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

40 - Local e Data,

Teresina - PI 26112119
Edinaldo machado Santos

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Nº - 02

interna

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EDINALDO MACHADO SANTOS		Prontuário: 524288
Mãe: MARIA JOSE MACHADO SANTOS	Pai:	
End. Resid.: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 26/12/1967	Idade: 51a9m3d	Sexo: Masculino Fone: 86-95578-888
Responsável: FERNANDO DOUGLAS ALVES DA SILVA	CNS: 705008289682455	
Profissão: DESEMPREGADO	Documento: CPF: 786.607.003-25	
S. Instrução: Não informado	E.Civil: União Estável	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 743973	Entrada: 29/09/2019 16:47:00	Convênio: SUS	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

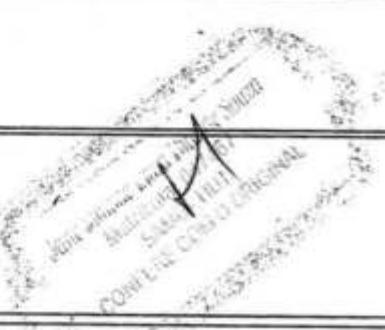
Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM FACE	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTA LACERAÇÃO NO LABIO SUPERIOR E DENTES INCISIVOS QUEBRADOS. QUEIXA-SE DE DOR NAS REGIÕES MAXILAR E MANDIBULAR .		ALINE SAMARA DA SILVA COREN PI - 284368 Em: 29/09/2019 17:24:01

SVV:	(Hora: :)			
peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HÁ 4 HORAS. RELATA USO DE CAPACETE E DOR. APRESENTANDO LIMITAÇÃO DE ABERTURA DA BOCA. NEGA SINAIS DE ALERTA SEM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. D) GLASGOW 15 PUPILLAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE E) LESÃO EM HÁLUX DIREITO, EM JOELHO ESQUERDO R RM LÁBIO SUPERIOR.		TOF DGRÁFIA REALIZADA DATA: 29/09/2019 HORA: 17:41 EXAME: Cranioparafase TECNÓLOGO: Taff
--	--	---

Diagnóstico Inicial: Fratura bilateral de condilo + Sínfise de mandíbula	CID: 502.6
---	------------

Exames Complementares: (1322753) - T.C. DE CRANIO (1322754) - T.C. DE FACE	DATA: 29/09/2019 HORA: 02:05:00
--	---------------------------------

Prescrição Médica:	
--------------------	--

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

Assinatura Paciente ou Responsável <i>Maria Lúcia de Oliveira Santos</i>		Dra. Alice Souza Especialista em Ortopedia e Traumatologia Orto-Máscara Facial CRM-PI 4254
---	--	---

ÁGUAS DE
CE TERESINA

CNPJ 27157474000106 - LE 195965574
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI

Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA 23498447-3 FATURA Nº 153325058
MÊS/ANO 10/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR EDNALDO MACHADO SANTOS
RUA SAO JOSE VL IRMA DULCE, 1419-ANGELIM-TERESINA-PI-cep:64040820

LOCAÇÃO:	GRUPO	NÚMERO DO HIDÔMETRO
012-00022-002135	012	A04L520390

HISTÓRICO DE CONSUMO		ECONOMIAS-CATEGORIAS/TIPO TARIFA	
MÊS/ANO	TIPO	UDU	FATURADO
09/2019	Média	00	13
08/2019	Média	00	13
07/2019	Média	00	13
06/2019	Média	00	13
05/2019	Média	00	13
04/2019	Média	00	13

DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS M3	LÉI 12.741/2012
ANTERIOR	17/09/2019	1389	PIS/PASEP 48,81 x 1,65% = 0,96
ATUAL	17/10/2019	1389	COFINS 48,81 x 7,65% = 3,79

TABELA DE TARIFAS		DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL		VALOR REFERENTE ÁGUA - 47,80	REF. VALOR
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)		> Residencial-Normal 13,0 m3	47,80
0 - 18 3,6568 50		JUROS POR ATRASO 001/001	0,05
18 - 25 5,7128 80		MULTA POR ATRASO 001/001	0,96
25 - 999999 9,8618 99			

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)

VENCIMENTO 29/10/2019 TOTAL A PAGAR 48,81

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA.
SE SEU HIDROMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,
FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.

NOTIFICAÇÃO

Art. 7º O cliente é informado que no caso de não pagamento da fatura, poderá ser aplicado o encerramento do serviço.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2984	2965	19	1,37	0,2-5,0 mg/l
COR APARENTE	3326	3309	17	4,80	Inferior a 15
pH	2514	2474	40	6,93	6,00-9,50
TURBIDEZ	3336	3322	14	1,38	Inferior a 5
COLIFORMES TOTais					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1275	1275	0	Ausência	Ausente
	1275	1275	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 17/10/2019 HORA DA EMISSÃO: 12:10

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

²Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Menezes inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edinaldo Machado Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 786.607.003/25 do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima Edinaldo Machado Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 786.607.003/25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Rua 24 de Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Centro	Cidade	Teresina	Estado	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)	(86) 99534-6565	Telefone celular (DDD)	

Teresina, 26 de Dezembro de 2019
Local e Data

Nelle Rose Soares Menezes
Assinatura do Declarante



NOME DO PACIENTE: Edinaldo Machado Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 524288

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



Novo - 02
 [Redacted] /interne

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EDINALDO MACHADO SANTOS		Prontuário: 524288
Mãe: MARIA JOSE MACHADO SANTOS	Pai:	
End. Resid.: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 26/12/1967	Idade: 51a9m3d	Sexo: Masculino Fone: 86-95578-688
Responsável: FERNANDO DOUGLAS ALVES DA SILVA	CNS: 705008289682455	
Profissão: DESEMPREGADO	Documento: CPF: 786.607.003-25	
S. Instrução: Não informado	E.Civil: Unido Estável	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 743973	Entrada: 29/09/2019 16:47:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM FACE	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTA LACERAÇÃO NO LABIO SUPERIOR E DENTES INCISIVOS QUEBRADOS. QUEIXA-SE DE DOR NAS REGIÕES MAXILAR E MANDIBULAR.		ALINE SAMARA DA SILVA COREN PI - 284368 Em: 29/09/2019 17:24:01

SVV:	(Hora: :)	so: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
------	------------	-------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HÁ 4 HORAS. RELATA USO DE CAPACETE E DOR. APRESENTANDO LIMITAÇÃO DE ABERTURA DA BOCA. NEGA SINAIS DE ALERTA SEM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. A) VIAS AERÉAS PERTURBADAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIAILOS. CIRR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. D) GLASGOW 15 PUPILLAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE E) LESÃO EM HÁLUX DIREITO, EM JOELHO ESQUERDO E RM LÁBIO SUPERIOR.						
--	--	--	--	--	--	--

TOFografia Realizada
 DATA: 29/09/2019 HORA: 17:41
 EXAME: Craniopfara -
 TECNÓLOGO: [Signature]

Diagnóstico Inicial: Fratura bilateral de condilo + Sínfise de mandíbula	CID: 502.6
---	---------------

Exames Complementares: (1322753) - T.C. DE CRANIO (1322754) - T.C. DE FACE	DATA: 04.09.2019 HORA: 20:50
--	---------------------------------

Prescrição Médica: 	
--	--

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

		Assinatura Paciente ou Responsável
ANTONINO NETO COELHO MOITA CRM 4330 Em: 29/09/2019 17:36:27		



Neuro - 26
Anno ok, interne

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 29/09/2019 17:36:28
(User: ASTUMINGO MUITA)
(Este e-mail CONSULDA-02)

<u>Nome:</u> EDINALDO MACHADO SANTOS		<u>Prontuário:</u> 524288
<u>Mãe:</u> MARIA JOSE MACHADO SANTOS	<u>Pai:</u>	
<u>End.Resid.:</u> RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 26/12/1967	<u>Idade:</u> 51a9m3d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-95578-888
<u>Responsável:</u> FERNANDO DOUGLAS ALVES DA SILVA		<u>CNS:</u> 705008289682455
<u>Profissão:</u> DESEMPREGADO		<u>Documento:</u> CPF: 786.607.003-25
<u>E. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> União Estável

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 743973	<u>Entrada:</u> 29/09/2019 16:47:00	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 0301060029
<u>Motivo da Procura</u>		(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC	
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
PROBLEMAS EM FACE	Dor moderada	Amarelo
<u>Breve História Clas. Risco:</u> ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTA LACERACAO NO LABIO SUPERIOR E DENTES INCISIVOS QUEBRADOS. QUEIXA-SE DE DOR NAS REGIÕES MAXILAR E MANDIBULAR .		ALINE SAMARA DA SILVA COREN PI - 284368 Em: 29/09/2019 17:24:01

SVV: (Hora: :)

50: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m² Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clinicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 4 HORAS. RELATA USO DE CAPACETE E DOR. APRESENTANDO LIMITAÇÃO DE ABERTURA DA BOCA. NEGA SINAIS DE ALERTA SEM USO DE COLAR CERVICAL E FRANCHA RÍGIDA.

A) VIAS AEREAIS PERVERIAS, SEM COLAR CERVICAL E FRANCHA RÍGIDA

B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS.

C) RR, 27, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES.

D) GLASGOW 15 PUPILLAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE

E) LESÃO EM HÁLUX DIREITO. EM JOELHO ESQUERDO R PM LÁBIO SUPERIOR.

TOFOGRAFIA REALIZADA
DATA 29/09/2009 HORA 17:00
PACIENTE: 1234567890 - F

TOPOGRAFIA REALIZADA
DATA: 29/09/2019 HORA: 17:49
~~EX.: Cunay PTF 9-2~~
TECNÓLOGO: Taytay

Diagnósticos Iniciais:

? *extensão lateral de cônclavo + Sinfise de mandíbula*

CID: 5886

Exames Complementares:

(1322753) - T.C. DE CRANIO
(1322754) - T.C. DE FACE

04.04.2050

Dr. Alvaro Souza
Especialista em Cirurgia e Traumatologia
DRT 11.100-0000
CEP 22.200-1254

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / / + **HORA:** : :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOTA
CRM 4330 Em: 29/09/2019 17:36:27

Nevag. 13:30

Acedido, nm dano, exar

ndo congo nm aviochio do ferroto
infraventoso ar potos d congo

lheros ob neurologos

Dr. Maria Vítor dos Santos
Neurocirurgião
CRM: 3950

BUCO 29/09/19 19.00

Paciente vítima de acidente motobilístico , orientado , consciente,
fazia uso do capacete. Ao exame clínico apresenta edema
lacerações em lábio superior , presença de frisse. No
exame por imagem apresenta fratura bilateral de côndi-
lo e síntese (gatilho verde) .

CD: Internação + sutura^{ok}

Dr. Mário Vítor dos Santos
Neurocirurgião
CRM: 3950

Dra. Ana Paula Souza
Esp. Ortopedia e Traumatologia
Bucal Maxilo Facial
CRM-PI 4254

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

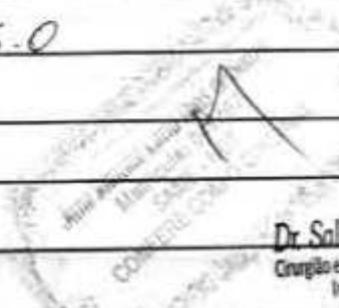
Nome do Paciente		<i>Edinaldo Machado Santos</i>		
Diagnóstico pré-operatório		<i>Fratura de mandíbula (côndilos bilaterais)</i>		
Operação - Tipo		<i>Osteosíntese da Fratura Complexa da Mandíbula</i>		
Cirurgião	<i>Salomão</i>	1º Assistente	<i>Luis (Residente)</i>	
2º Assistente	<i>Monize (Residente)</i>	3º Assistente		
Instrumentador(a)	<i>Benedicta</i>	Anestesista	<i>Laerte</i>	Anestesia
Instrumentador(a)			<i>Geral</i>	
Data da Operação	<i>30/09/19</i>	Inicio	Fim	
Diagnóstico Pós-operatório	<i>Fratura de mandíbula (côndilos bilaterais)</i>			

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

Paciente em decúbito dorsal sob efeito de anestesia geral
Antesoria + infiltração local com lidocaína com epinefrina
Acesso retrorretromandibular bilateral + diâfragma + redução condilar + fixação de placa 2.0 bilateral.
Sutura com vicryl 4.0 e nylon 5.0
Cultivo.



Dr. Salomão Quiry-Rod Oka
Cirurgião e Traumatologista Especializado
Implante Odontista
CRM-PI: 1847

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Eduardo Macena Santos</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA: 20/09/19	P. ARTERIAL 130x80	PULSO 75	RESPIRAÇÃO 16	TEMPERATURA 36,0	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Grau 2</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Grado 1</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>Normal</i>					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO <i>Normal</i>					SISTEMA URINÁRIO	
ESTADO MENTAL <i>Alerta</i>					CORTICOIDES	ATARAXICOS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO <i>Fr de cordila bilateral</i>					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFETOS
TOTAL DE DOSES						
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 <i>Sete</i> 2 <i>Sete</i> 3 <i>Dois</i>					
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10					
P. ARTERIAL V O PULSO	38					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS	X O					
TÉCNICAS	<i>Geral Baloncete</i>					
OPERAÇÕES	<i>Anestesia Fr cordila bilateral</i>					
CIRURGIÕES	<i>Suturas Injeção</i>					
ANESTESISTAS	<i>Dr Luiz Gonçalves Graciano</i> MEDICO CRM-PI 4538					
PARITICULARIDADES						
SEQUÊNCIA						
1 - Anestesia 2 - Injeção de anestésico local 3 - Desmani fixando 4 - Uso de mala de tosse 5 - Uso de mala de tosse 6 - Sono profundo e dura 7 - Sos 8 - Sos 9 - L - O - operação 10 - I - P - operação 11 - I - P - operação 12 - I - P - operação 13 - I - P - operação 14 - I - P - operação 15 - I - P - operação						
DURAÇÃO						
INCIDENTE - ACIDENTE						
1 - Desmaio 2 - Diarréa 3 - Desmaio longo 4 - Desmaio longo 5 - Desmaio longo 6 - Desmaio longo 7 - Desmaio longo 8 - Desmaio longo 9 - Desmaio longo 10 - Desmaio longo 11 - Desmaio longo						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Eu _____, RG _____, responsável circunstancial pelo (a) Paciente: EDINALDO MACHADO DOS SANTOS, Nascimento: 26/12/1967. ID de Regulação Autorizado: 93562, autorizo a CENTRAL DE REGULACAO DE TERESINA - Transporte, para realizar o transporte do referido paciente.

Motivo do Chamado:

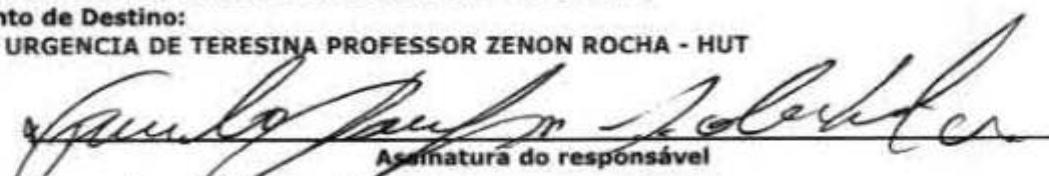
AVALIACAO CLINICA/EXAME - HOSPITAL

Estabelecimento de Origem:

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR

Estabelecimento de Destino:

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT


Assinatura do responsável

Testemunha: Ana Lise Pontes RG: 1193.076

Doutor responsável: Dr. Antônio Viana 7148 CRM: 7148

Data/Hora Solicitada: 29/09/2019 14:34:30



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 777981980	Nº REGULAÇÃO: 93562	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: CIRURGIA GERAL		
PACIENTE: EDINALDO MACHADO DOS SANTOS	NASCIMENTO: 26/12/1967	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

29/09/2019 14:01:40 PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO HÁ 1 HORA, NEGA SINAL DE ALARME PARA TCE. VEM COM CORTE E ABIO SUPERIOR, E DIFICULDADE DE ABERTURA MANDIBULAR, IMPACTO DO TRAUMA MAIOR EM FACE. AO EXAME: DQR E LIMITAÇÃO DA ABERTURA ORAL. FRATURA/LUXAÇÃO DE MANDÍBULA? PROcedo com SUTURA + SOLICITOR REGULACAO HUT PARA TC DE FACE.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO CRANIO OU DOS OSSOS DA FACE PARTE NAO ESPECIFICADA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x80(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 80bpm **SATURAÇÃO:** 99% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 15rpm

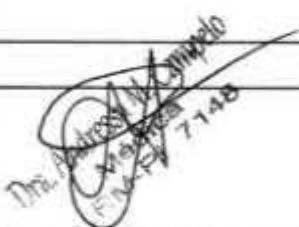
GLICEMIA: **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15 **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 29/09/2019 14:09:38



MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



Solicitação de Acompanhante



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Prontuário:
524288
Internação:
248534

Nome: EDINALDO MACHADO SANTOS

End. Resid.: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo:

Nascimento: 26/12/1967 Idade: 51a 9m 3d

Estado Civil:

Profissão:
DESEMPREGADO

Justificativa:

Conforme Art. 12 da Lei 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente)
Conforme Art. 16 da Lei 10.741/03 (Estatuto do Idoso)
Conforme Lei 11.108/05 (Parturientes)

Date: _____ / _____ / _____

Ass. Médico Voluntaria

Auditor

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura - CPF

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Prontuário:

524288

Internação:

248534

Nome: EDINALDO MACHADO SANTOS

End. Resid.: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 26/12/1967	Idade: 51a9m3d	Estado Civil: União Estável	Profissão: DESEMPEGADO
--------------------	---------------------------	-------------------	--------------------------------	---------------------------

Internação

Alta

Permanência

Data

Hora

Data

Hora

29/09/2019

19:57

____ / ____ / ____

____ : ____

Cod.CID:

Diagnósticos:

CID Principal:

Fratura bilateral de cíndilo

3026

CID Secundário:

ID Causa Morte:

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

Dor, edema, trismo, mordida aberta anterior.

Evolução e Situação na Alta:

Melhora do quadro clínico.

MEDICAÇÕES: AIE'S; AINE'S; Antibióticos.

CIRURGIA: Data: 30/09/19 Tipo: *Osteosíntese de fratura bilateral de cíndilo mandibular.*

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

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

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: _____ Transporte: _____

Nome: _____

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

*Dr. Solonny Junod Oko
Gestor da Unidade de Emergência
CBO-PR 1027*

SOLICITAÇÃO DE ANTIBÓTICOS DE USO RESTRITO

IDENTIFICAÇÃO

DATA: 29/10/91

NOME: Edinaldo Machado Santos IDADE: _____ PESO: _____
 CLÍNICA: _____ LEITO: _____ PRONTUÁRIO: 524088
 SITUAÇÃO DO PACIENTE: () TRAUMA () NÃO TRAUMA
 INDICAÇÃO DO ANTIBÓTICO: () TERAPÊUTICO () PROFILÁTICO

INFECÇÃO: () COMUNITÁRIA () HOSPITALAR

OCOR DA INFECÇÃO: () PNEUMONIA () TRATO RESPIRATÓRIO SUPERIOR
 () OSSOS E ARTICULAÇÕES () CIRÚRGICO () URINÁRIO () ABDOMINAL
 () SIST. NERVOSO CENTRAL () SANGUÍNEO () PELE E PARTES MOLES
 () CHOQUE SÉPTICO (DESCONHECIDO) () OUTROS _____

ANTIBÓTICOS JÁ USADOS E PERÍODO DE
USO: _____

DROGA SOLICITADA	VIA	POSOLOGIA	PREVISÃO (dias)
<u>Leftalotina</u>	<u>EV</u>	<u>6/6 hrs 1G</u>	<u>07 dias</u>

JUSTIFICATIVA: Fratura de Mandíbula (condilo bilateral)
infese

FUNÇÃO RENAL: () NORMAL () ALTERADA

FUNÇÃO HEPÁTICA: () NORMAL () ALTERADA

REALIZOU CULTUR: () NÃO () SIM



Resultado

DATA DA COLETA: _____ / _____ / _____

Dra. Aline Souza
Especialista em Medicina Intensiva
Urgência e Emergência

PARECER DA CCIH: _____

MÉDICO-CARIMBO

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Edinaldo Machado Jomito

- () Conferir a identificação do paciente
- () Conferir cirurgia agendada
- () Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- () Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- () Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- () Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa sim diclofenac
- () Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- () Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- () Retirar peças íntimas
- () Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- () Verificar acesso venoso periférico calibroso com jélico nº 20 ou menos que 20
- () Verificar instalação de hidratação venosa
- () Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- () Avaliar estado geral do paciente
- () Fazer registro de enfermagem no prontuário
- () Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- () Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- () Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- () Conferir demarcação do local da cirurgia.
- () Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

PA = 170/90 mmHg
P: 100 bpm

Data: 30 de setembro de 2019

Enfermeiro responsável: Renil Sampaio
COREN 294363





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE <i>Eduardo Machado Souto</i>	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
<small>DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES</small>		<small>ALERGIAS</small>		<i>21/04</i>	<i>04</i>
MEDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE BUCOMAXILO					
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA: <i>01/04/18</i> HORA:		08:00- Paciente de alta Respirar foqueline			
1) Dieta líquida pastosa		<i>Suspender Oras 14h - 16h 18h 20h</i>			
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h					
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h					
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h					
5) Dipirona sodica 500mg, 1 amp+AD, EV de 6/6h					
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h					
7) Tilitil 20 mg + AD EV de 12/12h					
8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia					
9) SSVV + CCGG					
<i>Atto Hospitalar</i>					

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente	Edinaldo Machado Santos		
Diagnóstico pré-operatório	Fratura de mandíbula (caninos bilaterais)		
Operação - Tipo	Osteosíntese da Fratura Complexa da Mandíbula		
Cirurgião	Salomão	1º Assistente	Luis (Residente)
2º Assistente	Moritz (Residente)	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Benedetta	Anestesista	Laerte
Anestésico(a)			
Data da Operação	30/09/13	Ínicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório	Fratura de mandíbula (caninos bilaterais)		
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

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

Paciente em decúbito dorsal sob efeito de anestesia geral.
Antesorpria + infiltração local com lidocaina com epinefrina.
Acesso retrromandibular bilateral + divididas + redução condilar + fixação de placa 2.0 bilateral.
Sutura com vicryl 4.0 + nylon 5.0.
Cautério.

Dr. Salomon Quiry Rad Oka
Cirurgião e Traumatologista
Implante Odontista
CRM-PI: 1847



MedicalLife
Saúde para toda vida

86 3305 6005
comercial@medicallifehospitalar.com
www.medicallifehospitalar.com
Av. Odilon Araújo, 475 - Piçarrá,
CEP: 64.017-280, Teresina- PI
1.780/0001-00 | Insc. Est.: 19.493.633-3

COMUNICAÇÃO DE USO DE ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Nome do paciente: Edinaldo Rechado Santos

Nº Prontuário: 529288
Procedimento realizado: Código de compatibilidade (770205048)

Nome do Médico/CRM/CRO: LG Solomaa Código de compatibilidade: 070050482

Convênio: _____ Prazo da utilização do material: 20/09/19
Local: SAF

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Data: 30, 09, 19

Salomão Cury Dr. Salomão Cury-Rod Gkrt.
Cirurgião-Dentista - Especialista Biomaterials Facial

Recebimento da MEDICAL LIFE COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES (EIRELI) os produtos/serviços constantes da Nota Fiscal indicada ao lado:

Data de Recebimento:

Identificação e Assinatura do recebedor:

Pedido:

Doc
33.577

Nº 000.027.698
Série: 001



Avenida Odilon Araújo, Nº 475 - Piçarra

Teresina - PI - CEP: 64017-280

Tel: (86) 3305-6005

e-Mail: comercial@medicallifehospitalar.com

DANFE Documento Auxiliar
da Nota Fiscal Eletrônica

1 Saída: 1 Entrada: 2

Nº 000.027.698 Série: 001

Page 1 of 1



Protocolo / Data Hora da Autorização
322190014845803 - 08/10/2019 16:58:24

Natureza da Operação: Venda de mercadoria adquirida terceiros

Inscrição Estadual
194936333

Insc. Est. Subst. Trib.

CNPJ:
14.361.780/0001-00

Chave Acesso NF-e - Consulta www.nfe.fazenda.gov.br

22-19/10-14.361.780/0001-00-55-001-000,027.698-108.158.555-9

DESTINATÁRIO / REMETENTE

Nome / Razão Social

INDO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA

Endereço

RUA GOVERNADOR ARTUR DE VASCONCELOS 3015 ZONA NORTE

Município

Teresina

CNPJ / CPF

11.271.170/0001-66

Inscrição Estadual

08/10/19

Data de Emissão

RA

Crédito em conta
Dp 027698/01
R\$ 723,62
Venc 07/11/2019

Data Saída/Entrada

CEP
64002-530

Hora de Saída

UF
PI

CALCULO DO IMPOSTO

ICMS	Valor ICMS	Valor FCP	BC ICMS ST	Valor ICMS ST	Valor FCP ST	Valor IPI	Total Produtos	Valor Total da Nota
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	723,62	
Frete	Seguro	Desconto	Outras Desp.	Base PIS	Valor PIS	Base COFINS	Valor COFINS	723,62
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	723,62

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social	Frete por conta:	Cod. ANTT	Placa Veículo	UF	CNPJ/CPF	Insc. Est.
Endereço	Município	UF	Quantidade	Espécie	Marca	Numeração

Cod.	Descrição do Produto	NOM	CST	CFOP	Unid.	Quant.	Vlr. Unit.	Vlr. Total	ICMS	Vlr. IPI	Al. ICMS	Al. IPI
	PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,0 MM (DOLCE) PRODUSUD TRABALHOS GESTÃO 370205452 LT 13000 FRETE 3300,00 000 71/10/2019 Trib. Federal, Juiz de Fora - MG 31.34 - Fazenda 32459007	36219120	040	5.102	Unidade	2	361.600	723,62	0,00	0,00	0	0



Reservado ao Fisco

DADOS ADICIONAIS

Informações Adicionais

CST 40: Produto sujeito de tributação de ICMS/ICMS ISENTO CONFORME CONVENIO CONFAB 01/98 PRORROGADO ATÉ 30/05/19

PELO CONVENIO 48/17

Isenção de PIS/COFINS conf. parag.4º do art. 1º da Lei 10147/2000

Parteira: EDINALDO MACHADO SANTOS Convenio: SUS

Médico: SALOMAO CURY RAD DIA Data do Procedimento: 30/09/2019

Procedimento(s): 9464035000 PRONTUARIO: 524288

Lugar Procedimento: HUT PROFESSOR ZENON ROCHA

Tributos apurados: R\$ 30,38 Federal e R\$ 31,84 Estadual. Fonte: IBPT

ENPENHO: 22081276 PROCESSO: 4525435/2019 FORTE: 234.113

DADOS BANCARIOS: BANCO DO BRASIL AG:3219-6 C/C: 8809-5

**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

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

248534

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **EDINALDO MACHADO SANTOS**

6 - Prontuário: **524288**

7-CNS: **705008289682455**

8-Nascimento: **26/12/1967**

9-Sexo: **Masculino**

CPF: **786.607.003-25**

11-Mae: **MARIA JOSE MACHADO SANTOS**

12-Fone: **86-95578-888**

13-Resp: **FERNANDO DOUGLAS ALVES DA SILVA**

14-Fone: **86-95578-888**

15-Ender: **RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - CEP: 64000-010**

19-CEP: **64000-010**

Munic: **TERESINA**

17-Cod.IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-010**

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.

0404020500

30 - Procedimento Principal / Descrição:

OSTEOSSÍTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA

31-Cod.Procedi-
mento Especial

0702050482

32 - Descrição do Procedimento Especial:

PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)

Quant. Soli-
cidada:

2

Fornecedor da OPM: **MEDICAL LIFE**

38-Profissional Responsável:

MONIO HENRIQUE BORGES FERRO

40-Tp. Documento:

CPF

(Signature)
Dr. Solonio Cury-Rad Oko
Cirurgião-Dentista Especializado
CRM-PI 3847
(CRM)

39-Data Solicitação:

30/09/2019

40-No.Doc. Méd. Solic.:

762.415.643-15

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura facial instável

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50- Nome do Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

13/11/19

52-CNS/CPF:

(Signature)
KARLA BATISTA
Ass. de Autorização - 13/11/19
CRM-PI 150008
(CRM)



I SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Eduardo Machado Santos IDADE 51 anos DATA 20/09/09
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 20 hs 53 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA _____ CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO		SAIDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>106 / 71</u>		<u>113 / 67 (82)</u>
FREQUÊNCIA CARDIÁCA (bpm)	<u>83</u>		<u>70 bpm</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>97%</u>		<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (ipm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Lucetone</u>		

ÍNDICE DE ALDRÉ TEE KROLIK

ATIVIDADE MUSCULAR	MOVIMENTA OS QUATRO MEMBROS	2	ADMISSÃO			SAIDA
			2	1	0	
RESPIRAÇÃO	Movimenta dois membros	1	2	1	0	2
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0	1
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	0
	A apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1	1
	Tem apneia	0	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	2
	Desperga, se solicitado	1	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0	0
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% recup. aran em ambiente	2	2	2	2	2
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1	1
	A apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0	0	0	0

ESCALA DOR MISSSÃO						
	0	1	2	3	4	5
ESCALA DE DOR ALTA		0	1	2	3	4

TOTAL			
	ASS.		

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

20:13 Encontra-se em PÓS de extubação de trato complexo de mandíbula consciente, orientado, respiratório, ap. pélvico, sem queixas.

Amanda Gomes Vale Andrade
ANESTESIOLOGISTA
CRM/SP/4981

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

NCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

ESTO: [] [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] RERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORTO [] NEU [] CIR [] IMÉD

Posso ir

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

DATA 30/09/19

NOME DO PACIENTE:	Edinaldo Machado Santos	PRONTUÁRIO N°:	524288
DIAGNÓSTICO:	Frat - de mandíbula	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	GERAL	Nº DA SALA:	09
CIRURGIÃO:	Salomão Okia	CPF Nº	
AUXILIAR:	RESIDENTES	CPF Nº	
ANESTESIA:	Dr. Laerte	CPF Nº	
INSTRUMENTADORA:	Benedita	CPF Nº	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI	24	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº	840	03	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº	615	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	1mt.		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	03	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	02		Luva 7,5		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				Cryofon → 02			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Lâmina 15 → 01			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 5-0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENO				Gau.			

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 247330

FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL

AIH: 2219101941210

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR

CNES

2679663

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	EDINALDO MACHADO SANTOS	26/12/1967	M	524258
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
			MARIA JOSE MACHADO SANTOS	FERNANDO DOUGLAS
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
				1419
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		UF
PARQUE ALIANCA		TERESINA		PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA BILATERAL DE CÓNDILO E SÍNFESE / GALHO VERDE

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TC DE FACE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S026 - FRATURA DE MANDIBULA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/ DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0404026500 - OSTEOSSÍTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA

LEITO/CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

ANTONIO HENRIQUE BORGES FERRO

(CPF: 78241564315)

CRM:

DATA ADMISSÃO

29/09/2019 16:47

DATA ALTA

01/10/2019 08:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

LUCIANA RIBEIRO FORMOSA ROCHA

CPF: 46261079015

CRM:

DATA ANÁLISE: 29/09/2019 20:30:12

CPF:

CRM:

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

247330

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT2-CNES
5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT4-CNES
5828856**248534**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Name: **EDINALDO MACHADO SANTOS**6 - Prontuário: **524288**7-CNS: **705008289682455** 8-Nascimento: **26/12/1967** 9-Sexo: **Masculino**CPF: **786.607.003-25**11-Mae: **MARIA JOSE MACHADO SANTOS**12-Fone: **86-95578-888**13-Resp: **FERNANDO DOUGLAS ALVES DA SILVA**14-Cor: **Sem Informação**15-Ender: **RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - CEP: 64000-010**16-Munic: **TERESINA**17-Cod.IBGE: **221100**18-UF: **PI**19-CEP: **64000-010**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

fratura bilateral de côndilo e sínfese (galho verde)

21 - Condições que justificam a internação:

a acima

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

tc de face

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de mandíbula

24-CID Fria:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

8026

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0404020500 OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA

Tempo 528

3

29-Clinica:

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

02 01 CPF 762.415.643-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

ANTONIO HENRIQUE BORGES FERRO

29/09/2019

Antônio Henrique Borges Ferro
CRM-PI 19247
Med.Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Benefite:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBO:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vinculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () N/A Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

13/11/19

48-Documento: 49-Num. Documento:

()CNS ()CPF

50-Assinatura (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (YULIE)

Consulta Local: 743973

Consulta SUS:

Consulta:



LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDINALDO MACHADO SANTOS** (Prontuário: 524288)
 Endereço: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 26/12/1967 Idade: 51a9m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 743973
 Requisição: 1006503 Solicitação: 29/09/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
 Controle: 1322754 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0206010044

Data Exame: 29/09/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM REGIÃO MENTONIANA PARASSAGITAL ESQUERDA E NOS COLOS DA MANDÍBULA.
- LEVE ESPESSAMENTO DA MUCOSA EM CÉLULAS ETMOIDAIAS E SEIOS MAXILARES.
- DEMAIS CAVIDADES PARANASAIAS COM TRANSPARENCIA NORMAL.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 02/10/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável





LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDINALDO MACHADO SANTOS** (Prontuário: 524288)
Endereço: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 26/12/1967 Idade: 51a9m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 743973
Requisição: 1006503 Solicitação: 29/09/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
Controle: 1322753 Convênio: SUS

Cod. SIA: 0206010079

RELATÓRIO:

T.C. DE CRANIO

Data Exame: 29/09/2019

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

RELATÓRIO:

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.
(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 29/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS
CPF: 940.719.343-87 CRM 3645
Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 3445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	EDINALDO MACHADO SANTOS (Prontuário: 524288)		
Endereço:	RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010		
Nascimento:	26/12/1967	Idade: 51a9m4d	Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	1006981	Solicitação: 30/09/2019	Solicitante: SALOMAO CURY RAD OKA
Controle:	1323749	Convênio: SUS	CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 211 LEITO 04

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 30/09/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM REGIÃO MENTONIANA PARASSAGITAL ESQUERDA E NOS COLOS DA MANDÍBULA.
- LEVE ESPESSAMENTO DA MUCOSA EM CÉLULAS ETMOIDAIAS E SEIOS MAXILARES.
- DEMAIS CAVIDADES PARANASAIAS COM TRANSPARENCIA NORMAL.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.
- OSTE OSSINTESSES METÁLICAS NOS COLOS MANDIBULARES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/09/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443-CRM

Profissional Responsável



VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.050.299 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/03/19

NOME: EDINALDO MACHADO SANTOS.

PATRÔNOMO: MARIA JOSE E MACHADO SANTOS
MASCULINO: JOAO CANDIDO SANTOS

NATURAL DE: BURITI-MA DATA DE NASCIMENTO: 26/12/1967

DOC. OFICIAL: CERT. NASC. 2102 L A31 F 155V
EXP BURITI-MA 05/08/88
CPF: 786.607.003-25

Charles Pinheiro Martins
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO N° 99.250/83



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO

CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
22/05/1971

CRATEUS-CE
DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 529 L 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78
TERESINA - PI

Pedro Gomes de Moraes
Photo Crim. di

ASSINATURA DO DIRETOR

840.173.173-91 LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

 DETRAN - PI N° 013937241310
 CERTIFICADO DE REGISTRO E ENCARGAMENTO DE VEÍCULO
 VIA _____ COD. REINVENTADO _____
 R.N.T.R.C. _____ EXERCÍCIO _____
 1 569866014 2019

PINº 013937241310 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EDINALDO MACCHADO SANTOS

 SAC DPVAT 0800 022 1204
www.seguradoralider.com.br
78660700325

PLACA

CNPJ / CPF

DVU-9866

9C2JC4120DR532738

CHASSI

GASOLINA

COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

MARCA / MODELO

ANO FAB

ANO MOD

2013

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

VENC / COTAS

1º

IPVA

2º

IPVA

3º

PAG

RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473092/19

Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS

CPF: 786.607.003-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2019

Titular do CPF: EDINALDO MACHADO
SANTOS

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

EDINALDO MACHADO SANTOS : 786.607.003-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.dpvtseguro.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: 31/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000067 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DE CÔNDILO E SÍNFISE DE MANDÍBULA.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA(02CM), COM DIMINUIÇÃO DA FÍSICO: FORÇA DE MASTIGAÇÃO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/01/2020

Conduta mantida:

Observações: LOCAL DO ACIDENTE: AV WALL DE CARVALHO PROX POSTO SANTA FE, TERESINA PI .

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 - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000067 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA. PÁG.5/6

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

NOOME: Edinaldo Machado Santos
RG: 3.050.294 **ORG. EMISSOR:** SSP/PIPI **D. EXPEDIÇÃO:** 12/03/19
CPF: 786.607.003-29 **ESTADO CIVIL:** Solteiro **PROFISSÃO:** Autônomo
ENDEREÇO: Rua São José **Nº:** 1419
COMPLEMENTO: Esse **BAIRRO:** Angelim
CIDADE: Teresina **ESTADO:** Piauí **CEP:** 64040-320 **TELEFONE:**

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES
RG: 4.119.262 **ORG. EMISSOR: SSS/PI** **D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14**
CPF: 840.173.173-91 **ESTADO CIVIL: SOLTEIRA** **PROFISSÃO:RECUSO**
ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO **Nº:544**
BAIRRO: CENTRO **CIDADE: TERESINA** **UF: PI** **CEP:64000-235**

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS – DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA :

Edinaldo Machado Santos

Data do acidente de trânsito : 29/09/2019

Cobertura da vitima: Invadiu

LOCAL / DATA :

LOCAL / DATA: EREZIMA 02/10/2019
Eduardo malvado Santos

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



Certidão Hermógenes Simplicio <small>Assunto: Segurança Pública - Minas Gerais - Estado - Documentos</small>	TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS Teresina-PI, 02/12/2019 www.tjpi.jus.br/portalexterno.
<p>RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMADO: <u>EDINALDO MACHADO SANTOS</u></p> <p>DOU /FZ: <u>EM</u> TEST: <u>DA VERDADE</u></p> <p>Seção: <u>AAN67408-5PJX</u></p> <p>JESSICA ALIM de Menezes SILVA ESCREVENTE AUTORIZADA Emai:3_85_07:0_77_FMP/PI:0_10_Selo:0_26_Total:4_98 - OP:293 PROCURAÇÃO PARTICULAR</p>	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473092/19

Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS

CPF: 786.607.003-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2019

Titular do CPF: EDINALDO MACHADO SANTOS

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

EDINALDO MACHADO SANTOS : 786.607.003-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 31/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa