

Control de d... x Audiências x Upload x WhatsApp x Acesso 1º Grau x Consulta proci... x 0801394-20.20... x Download file x +

Não seguro | tjpj.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=267742&ca=be4be17a6b4bb4545c41f93d6f697... |

Apps | Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

PJE ProceComCiv 0801394-20.2019.8.18.0049
REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

9742328 - CONTESTAÇÃO (2718497 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 18/05/2020 11:18:41

18 May 2020


JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 9742327 - CONTESTAÇÃO
 - 9742328 - CONTESTAÇÃO (2718497 CONTESTACAO 01)
 - 9742331 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2718497 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 9742856 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 9742857 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 9742858 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

11:18

26 Apr 2020

2718497- CS/ 2020-01784/ INVALIDEZ


JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ELESBAO VELOSO/PI

Processo: 08013942020198180049

PT 11:18 18/05/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ELESBAO VELOSO/PI

Processo: 08013942020198180049

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **20/05/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **20/06/2018**.

A parte autora OMITE o fato de ter ingressado com o pedido administrativo, tendo recebido o valor conforme a legislação vigente.

Ressalta-se que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, no importe de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)** sendo este valor correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada.

Repita-se que o pagamento administrativo realizado foi de acordo com percentual indenizável para as supostas lesões suportadas pela parte autora, segundo a graduação da repercussão sobre a importância máxima segurada, em total consonância com o parecer médico pericial.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3180429743 Cidade: Elesbão Veloso Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA Data do acidente: 20/05/2018 Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL GRAVE COM CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO, SINAL DO GUAXINIM, FRATURA COMPLEXA DE FACE LE FORT III. FRATURA DE MASTOIDE ESQUERDA
Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA (LIMITADA NO EIXO MÉDIO EM 2CM), DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. APRESENTA PERDA AUDITIVA LEVE-MODERADA À DIREITA E PROFUNDA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE BILATERAL. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM SETEMBRO DE 2018.

Sequelae permanentes: Perda parcial bilateral da acuidade auditiva, Dano cranio facial

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 29/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima possui sinistros anteriores referentes a outros acidentes ocorrido em 04/10/2012 e 28/06/2014. A vítima foi indenizada referente ao acidente de 2012 em R\$ 6.750,00 referente a um déficit de 50% das estruturas crânio-faciais. Refente ao acidente ocorrido em 2014 recebeu R\$ 5.906,25 referente a uma limitação funcional do tornozelo direito em 75% + déficit de 25% das estruturas torácicas. TOTAL JÁ RECEBIDO R\$ 12.656,25. Acidente atual ocorrido em 20/05/2018, a vítima sofreu um TCE grave com contusões hemorrágicas no lobo temporal direito, fratura complexa de face LE FORT III e fratura de mastoide esquerdo, de acordo com perícia médica realizada em 29/11/2018 apresenta um déficit de 25% crânio-faciais (duplicidade de sequelae - conduta mantida) e um déficit auditivo bilateral de leve-moderada à direita e profunda à esquerda de origem central sendo então devida uma indenização complementar até o teto indenizatório (complementar com R\$ 843,75) - duplicidade de sequelae.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: 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
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 12,5 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para

inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 20/05/2018. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00788-9

CONTA: 000010015666-5

Nr. da Autenticação 1533E310881CD46A

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

⁴RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 843,75 (OITOCENTOS E QUARENTA E TRÊS REAIS E SETENTA E CINCO CENTAVOS)**.

DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios⁶, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

⁶“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁷.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁸

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

⁷“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁸**art. 1º. (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ELESBAO VELOSO, 30 de abril de 2020.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.

TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Media (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais 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	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **ELESBAO VELOSO**, nos autos do Processo nº 08013942020198180049.

Rio de Janeiro, 30 de abril de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338488/18

Número do Sinistro: 3180429743

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

CPF: 143.667.358-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 09/11/2018
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338488/18

Número do Sinistro: 3180429743

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

CPF: 143.667.358-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

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: 21/09/2018
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338488/18

Número do Sinistro: 3180429743

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

CPF: 143.667.358-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 08/02/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/02/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338488/18

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

CPF: 143.667.358-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA : 143.667.358-57

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: 17/09/2018
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338488/18

Número do Sinistro: 3180429743

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

CPF: 143.667.358-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/05/2018

Titular do CPF: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 11/01/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

**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: **3180429743**

Nome do(a) Examinado(a): **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOHN KENNEDY, SN - B DE FATIMA - Elesbão Veloso - PI - CEP 64325-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3044023**

Data e local do acidente: [**20/05/2018**]

CONJUNTO EUFROSINO EUFRASINO MOURA ELESBÃO VELOSO PI

Data e local do exame: [**29/11/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIOFACIAL GRAVE COM CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO, SINAL DO GUAXINIM, FRATURA COMPLEXA DE FACE LE FORT III. FRATURA DE MASTOIDE ESQUERDA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA (LIMITADA NO EIXO MÉDIO EM 2CM), DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. APRESENTA PERDA AUDITIVA LEVE-MODERADA À DIREITA E PROFUNDA À ESQUERDA.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE BILATERAL. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM SETEMBRO DE 2018.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Perda parcial bilateral da acuidade auditiva, Dano cranio facial

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 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Estruturas cranio faciais

% 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):

Ambos os ouvidos

% 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 a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

**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: **3180429743**

Nome do(a) Examinado(a): **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOHN KENNEDY, SN - B DE FATIMA - Elesbão Veloso - PI - CEP 64325-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3044023**

Data e local do acidente: [**20/05/2018**]

CONJUNTO EUFROSINO EUFRASINO MOURA ELESBÃO VELOSO PI

Data e local do exame: [**29/11/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIOFACIAL GRAVE COM CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO, SINAL DO GUAXINIM, FRATURA COMPLEXA DE FACE LE FORT III. FRATURA DE MASTOIDE ESQUERDA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA (LIMITADA NO EIXO MÉDIO EM 2CM), DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. APRESENTA PERDA AUDITIVA LEVE-MODERADA À DIREITA E PROFUNDA À ESQUERDA.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE BILATERAL. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM SETEMBRO DE 2018.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Perda parcial bilateral da acuidade auditiva, Dano cranio facial

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 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Estruturas cranio 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):

Ambos os ouvidos

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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 a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180429743

Vitima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180429743**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13372462



Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180429743
Vitima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA
Data do Acidente: 20/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180429743**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13374829



Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180429743
Vitima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA
Data do Acidente: 20/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180429743**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Sinistro: 3180429743
Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA
Data do Acidente: 20/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180429743** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180429743

Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019

Aos Cuidados de: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180429743
REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 20/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180429743**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13955927



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A pessoa informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, não interditada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

1. **Representante Legal para:**

2. **Beneficiário entre 0 e 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

3. **Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade no campo 1 "Assinatura do Beneficiário"; e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Nome do Sinistro da ASL: CPF da Vítima: 443.667.358-57 Nome completo da vítima: Rivaldo Nogueira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome e sobrenome: Rivaldo Nogueira da Silva		CPF titular da conta: 443.667.358-57	Profissão: Vigilante
Rua: Rua Gonçalves Kennedy		Número: 611	Complemento: Hlê Gatima
Cidade: Ezequias Veloso		Estado: Piauí	CEP: 64325-000
Bairro: Recusa-se		Telefone (DDD):	

Para comprovar permissão de residência para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do documento de residência do endereço informado.

TAXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RENDIMENTO FIXO ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA CORRENTE** - Escolha para os bancos abaixo. Assinale uma opção:
☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (044)

AGÊNCIA: 0788 DIG: 9 CONTA: 15.666 DIV: 3
Informe o dígito se existir Informe o dígito se existir

CONTA CORRENTE (todas as bancas)
 BANCO: NOME: BR:
 AGÊNCIA: NOME: DIV: CONTA: NOME: DIV:
(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. E, após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Ezequias Veloso de 11 de Setembro de 2018
 Local e Data

PI CORRETORA DE SEGUROS

17 SET 2018

Rivaldo Nogueira da Silva
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DPVAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000237/2018-66

Complementar ac. BO Nº: 136588.000220/2015-11

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: **Robersino Pereira Da Silva**

Data/Hora: 20/06/2018 - 10:17

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE ELESBÃO VELOSO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ELESBÃO VELOSO

Endereço

CONJUNTO EUFRASINO. Nº:

Complemento

Data/Hora

20/06/2018 - 20:00

Bairro

EUFRASINO MOURA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA**

RG: 3044023 SSP PI

Mãe: TERESINHA NOGUEIRA DA SILVA

Endereço: RUA JOHN KENNEDY, Nº 353

Bairro: FÁTIMA

Cidade: ELESBÃO VELOSO

Telefone(s): 86-9493-8655 86-9901-4701

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano:

Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA. CG 150

OEC1677 9C2KC1670BR611749

Prata

Condutor: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA**

RG: 3044023 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA JOHN KENNEDY Número: 353 Complemento:

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro: FÁTIMA

Proprietário: **LUZINETE GOMES DA SILVA**

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

NOTICIANTE INFORMA QUE NA DATA E HORA CITADA TRANSITAVA POR ESSA RUA QUANDO COLIDIU EM UM ENTULHO DE MATERIAL DE CONSTRUÇÃO FICANDO DESACORDADO POR CONTA DO IMPACTO SOFRIDO, QUE O NOTICIANTE ACORDOU QUANDO ESTAVA ATENDIDO NO HOSPITAL DA CIDADE DE ELESBÃO VELOSO, QUE POR CONTA DA GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO PARA A CIDADE DE TERESINA FICANDO INTERNADO NO HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA-HUT PELO PERIODO DE 10 DIAS.
ERA O RELATO.


Robersino Pereira Da Silva - Mat. 3112705
AGENTE DE POLÍCIA


REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA - Notificante
Responsável pela Informação


Paulo Roberto F. da Silva
PROFESSOR



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000237/2018-66

Complementar ao BO Nº: 136588.000237/2018-11

Paulo Roberto da Silva
Delegado de Polícia

136588.000237/2018-66

PJ CORRETORES
DE SEGUROS

17 SET 2018

DPVAT

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja apto a velar sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Reinaldo Nogueira de Silva

CPF da Vítima

143.667.358-57

Data do Acidente

20.05.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica e não renuncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

8. setembro - 11 de setembro de 2018
Local e Data

Reinaldo Nogueira de Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SEGURO
CORRETORA
DE SEGUROS

17 SET 2018

DPVAT

20740

HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA
ELESBAO VELOSO - PIAUÍ



D/N 18/05/1971

PRONTO SOCCORRO

47ans

01/12/2011

NOME: Reivaldo Nogueira da Silva

ENDEREÇO: Rua Jonh Kennedy (Fatima)

DADOS CLÍNICOS: TCE grave. Paciente vítima de acidente motor-
elétrico; nota "sopro" de escape e trauma ingerido localmente.
Alcoolica. Ao exame: consciente, desorientado, taquicárdico,
dispnéico; sat_{o2} 94%; ECG em 14; guiso com 1 sinal de
quaxim.

DIAGNÓSTICO: TCE grave

20, 05, 18

DATA

MÉDICO

Dr. Márcio R. Cavalcante Gomes
MÉDICO
CRM-PI 8500

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

21 SET 2018

DPVAT

AL CONTRATO DE SEGUROS

17 SET 2019

CPM

CONFERE COM O ORIGINAL

CONFERE COM O ORIGINAL

Payanne A. Onias
18-06-18

At 20:55 Administrador / Camp de Desembarco -
 nous + 1 pomp. de 1^{er} niveau et + AD
 At 21:00h Administrador / Camp de Desembarco -
 1 pomp. de 1^{er} niveau + AD.
 sentes : 0008 052 0058 ± 93
 21/02/93

Senha HUT : 20052018007

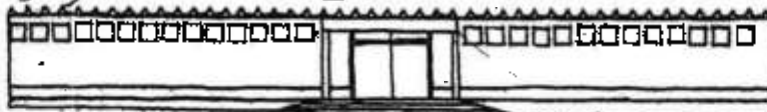
(Cortopédico)

Senha estadual :

20180520058793

ID : 26937 / Automação : 231451681

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO



HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA
ELESBÃO VELOSO - PIAUÍ



DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DA UNIDADE Hospital Estadual Norberto Moura (HENM) - Elesbão Veloso		PARA A UNIDADE Hospital de Urgência de Teresina - HUT (Teresina)
PACIENTE Reinaldo Nogueira da Silva		REGISTRO —
<p>#TCE grave #</p> <p>MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO As 21:20h</p> <p>Recebeu última de acidente motociclistico (queda de moto), não saiu do capacete e chave ingerida devido alcoolismo.</p> <p>ao exame: consciente, desorientado, frequência cardíaca (117 bpm), expirico, satur: 94%, Glasgow: 14; anisocoria (midríase à esquerda); lesão carto-contusa em lábio inferior e superfícies esquerda; sinal de guarnição com edema importante em face.</p>		
DATA 20 / 05 / 2018	<p>Dr. Marcos Carlos Costa</p> <p>MÉDICA</p> <p>CRM-PI 6600</p> <p>Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo</p>	

FICHA DE RETORNO

DA UNIDADE	PARA A UNIDADE
<p>17 SET 2018</p> <p>Dr. Marcos Carlos Costa</p> <p>MÉDICA</p> <p>CRM-PI 6600</p> <p>Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo</p>	
DATA ____ / ____ / ____	Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

OBSERVAÇÃO:

1. Este formulário deverá ser preenchido em duas vias.
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à unidade de origem

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00788-9

CONTA: 000010015666-5

Nr. da Autenticação 1533E310881CD46A



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 08.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Aprendizado ao Consumidor: 0800 86 8888

Fatura Mensal

MATRICULA 2319014-0		Hidrometro A04M245106		Referencia MAI/2018																																	
Nome/Razão Social/Endereço REIVALDO N DA SILVA RUA JOHN KENNEDY, S/N DE FÁTIMA ELESBAO VELOSO 64325000 A/C= 151																																					
Situação 3/1	Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.		Inscrição 26 1 05 0533 0182-00X																																	
Data de Vencimento 16/04/2018		Data de Pagamento 16/05/2018		Valor do Consumo 30																																	
Histórico de Consumo <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Consumo</th> <th>Valor</th> <th>Outro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>11/17</td><td>1396</td><td>11</td><td>0</td></tr> <tr><td>12/17</td><td>1408</td><td>12</td><td>0</td></tr> <tr><td>01/18</td><td>1418</td><td>11</td><td>0</td></tr> <tr><td>02/18</td><td>1431</td><td>12</td><td>0</td></tr> <tr><td>03/18</td><td>1441</td><td>10</td><td>0</td></tr> <tr><td>04/18</td><td>1451</td><td>10</td><td>0</td></tr> <tr><td>05/18</td><td>1461</td><td>10</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>		Mês/Ano	Consumo	Valor	Outro	11/17	1396	11	0	12/17	1408	12	0	01/18	1418	11	0	02/18	1431	12	0	03/18	1441	10	0	04/18	1451	10	0	05/18	1461	10	0	Forma de Instrumento FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO Cód. Responsável 023190140 Código de Tabela (1) Consumo Mínimo 11 Consumo Máximo 10 Consumo Faturado 10			
Mês/Ano	Consumo	Valor	Outro																																		
11/17	1396	11	0																																		
12/17	1408	12	0																																		
01/18	1418	11	0																																		
02/18	1431	12	0																																		
03/18	1441	10	0																																		
04/18	1451	10	0																																		
05/18	1461	10	0																																		
CD. Nome do Serviço AQUA MANUTENCAO HIDROMETRO Valor (R\$) 26,91 1,60																																					

VENCIMENTO 23/05/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 28,51
 AVISO DE DEBITO: CONTAS: 3 VALOR: R\$102,45
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE AGUA CONFORME PORT. 2014-2011-MS							
Parâmetros	Turbidez	Clor	Oxig	PH	Ferro	Cálculo	Espectroscópio
Valor Máximo Permitido	5,0	1,5	5,0	6,0-9,5	0,3	Atente	Atente
At Amostra de Amostragem Espécies							
At Amostra de Amostragem							
At Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0.37	0.19	0.77	7.80	0.00	0.00	4.00

PRESERVE A QUALIDADE DA AGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS REGULARMENTE.
 A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTAS
 ALTERNATIVA: RETIRE 2 VTA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR
 "DEBITOS QUITADOS NESSE CLIENTE ATÉ 02/2017 LEI 12007/03"
 EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA IGES

AGESPISA Agência Reguladora do Piauí S/A Aprendizado ao Consumidor: 0800 86 8888		Inscrição 36 1 05 0533 0182-000	A/C= 151
Res. 1	Categoria de Uso Com. Ind. Pub.	Matricula 2319014-0	Referencia MAI/2018

VENCIMENTO 23/05/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 28,51
 8266000000-2 2851000182-2 91941400520-5 1800000000-8



F-3 CORRETORA
DE SEGUROS

17 SET 2018

DEMAT

TIM Celular S.A.
Av. Frei Serafim, 1889 - sala 6
Centro - Teresina - PI
CNPJ: 04.206.050/0080-84 - IE: 19.455.632-0
CNPJ da Matriz: 04.206.050/0001-80

TIM
BLACK

Página 1 de 2

R\$ 142,90

VENCIMENTO

25/07/2018

EMIÇÃO: 07/07/2018

POSTAGEM: 16/07/2018

FATURA: 3450706950

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
RUA SETE DE SETEMBRO, 244
CENTRO
64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443753

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com a TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Quer tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/JUN A 06/JUL

SERVIÇOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
<input checked="" type="checkbox"/> CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 2,91

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (06/7/PÓS/IMP)

Desconto Oferta TIM Pós C Plus

Subtotal

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Vídeo

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

TIM Vídeo Premium

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	30	07/06 a 06/07	189,99
-	-	3/12	30	07/06 a 06/07	-45,32
10GB	-	1	30	07/06 a 06/07	144,67
Ilimitado	126m36s	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
Total de Mensalidades					139,99

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.dppmeuim.com.br ou seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPÓSTO TIM	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	PUNT: R\$ 0,40
ICMS	70%	R\$ 104,22	R\$ 72,95	PUNT: R\$ 0,35
PIS/COFINS - Serviços de telecom	3,65%			
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%			

Em conformidade com a Lei 12.741/2012
As contribuições de PIS e COFINS são devidas sobre o valor líquido da prestação de serviços.

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)
Incluído nos Planos:

Franquia	R\$ 137,49
SVA	R\$ 2,91
Desconto Franquia	R\$ -36,32
Desconto SVA	R\$ -13,82

TIM

Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado nesta boleto. Para mais informações, ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
JUL/2018

DATA DE EMISSÃO
07/07/2018

DATA DE VENCIMENTO
25/07/2018

VALOR
R\$ 142,90

84630000001-2 42900109011-8 00345070695-1 00121536776-2

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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**.

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

² Conselho 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 Adriana Paula de Sousa Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.294.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Reinaldo Nogueira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 143.667.358 / 57, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Reinaldo Nogueira da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 143.667.358 / 57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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 <u>Rua Jete de Setembro</u>		Número <u>244</u>	Complemento <u>Centro</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Elestão Zebora</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64.325.000</u>
Email <u>carladrianasousa@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(86)99402.2764</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86)9981.6008</u>

Elestão Pi. 13 de Setembro de 2018
Local e Data

Adriana Paula de Sousa Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luzinete Gomes da Silva,

RG nº 849.432, data de expedição 12/02/11,

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 342.937.953-31 com domicílio na cidade de Elesbão Veloso, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Quadra 62 lote 01 casa B, nº 810,

complemento conj. Kromer, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Reinaldo Nogueira da Silva cujo o condutor era Reinaldo Nogueira da Silva

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CG 150 Fan ES
Ano: 2011 / 2011
Placa: OEC-1677
Chassi: 9C2KC1G79BRG1743
Data do Acidente: 20.05.18
Local e Data: Elesbão Veloso - PI, 10/09/2018,

Luzinete Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

Reinaldo Nogueira da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima redamante do sinistro)

Cartório
Themistocles
Sampaio
www.themistocles.com.br

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA SINGALVES DE SAMPAIO PEREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 123 CENTRO - CEP. 64000-206 - TERESINA-PI
Fone: (3366) 3221-7886 - E-mail: atendimento@cartoriothemistocles.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: LUZINETE GOMES DA SILVA, DOU
FE. EM TEST. DA VERDADE, TERESINA-PI, 10/09/2018. Emol.: 3,71
TJ: 0,74 Selos: 0,28 Total: 4,71 Selos: AB1 55227 (F590P36)

JAKELANE RODRIGUES RIBEIRO DE ALMEIDA - Escrevente Autorizada

☐ Tabelião ☒ Escrevente autorizado

Cartório Themistocles Sampaio
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jakelane Rodrigues Ribeiro de Almeida
Escrevente Autorizada
Teresina - PI



JB
1º Ofício de Notas, Registro de Imóvel, Títulos e Documentos, Pessoa Jurídica
Rua Francisco Leão Pereira, N 25, Centro - Elesbão Veloso - PI - CEP 64325-000
e-mail: alebsaooficio@gmail.com

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: REINALDO
NOGUEIRA DA SILVA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE,
ELESBÃO VELOSO-PI, 11/09/2018. Emol.: 3,71
TJ: 0,28 Total: 4,71 Selos: AB1 55227 (F590P36)

Silvia de Moura Martins



20-40

HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA
ELESBAÔ VELOSO - PIAUÍ



0/N 18/05/1971

PRONTO SOCCORRO

47ant

NOME: Reivaldo Nogueira da Silva

ENDEREÇO: Rua Tonh Kennedy (Fatima)

DADOS CLÍNICOS: TCE grave, vítima de acidente motor-
ciclístico; não houve uso de capacete e lesões ingerido cabeça
abaxial, no dorso; consciente. Observações: fratura exposta,
deprêico; Setor 94; Elusque 14; entorpecimento; sinal de
meningeo.

DIAGNÓSTICO: TCE leve

Dr. Medina S. Gonzalez Corp
MEDICA
CRM-PI 3500

20 / 05 / 18
DATA

MÉDICO

CONFERE COM O ORIGINAL

CONFERE COM O ORIGINAL

Rayanne A. Onório
18.06.18

FU COMENTADO
DE SEGUROS

17 SET 2013

DEPT

But in order to produce

too good soon

44

Accession: 23445167

८६३०४

20th

Pseudo time $17 + 110$
 send: 0000 052 0058 ± 93

At 21:00h Adam numbers
Pyralidine 18 + 190.
0058 ± 93

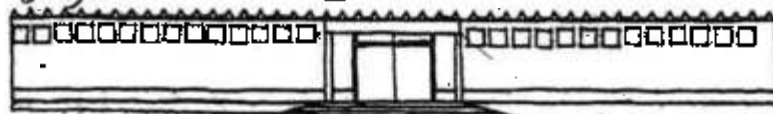
Vous + Amp. de la prière (r + AD)
A 21:00h. Dernière prière. A l'issue de

At 10:55 Preliminary Report of Investigation

Senha HUT: 20052018007
(Auto padrão)
ID: 26937 | Autoatendimento: 231451881

Senha estadual:
20180520058793

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO



HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA
ELESBÃO VELOSO • PIAUÍ



DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DA UNIDADE <u>Hospital Estadual</u> <u>Norberto Moura (HEMM) - Elesbão</u> <u>Veloso</u>		PARA A UNIDADE <u>Hospital de Urgência</u> <u>de Teresina - HUT (Teresina)</u>
PACIENTE <u>Reinaldo Nogueira da Silva</u>		REGISTRO —
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO <u>As 21:20h</u> <u>#TCE grave #</u> <u>Ante última de acidente motociclistico (queda de moto), não</u> <u>seguiu uso de capacete e chave ingerida bebida alcoólica.</u> <u>ao exame: consciente, desorientado, taquicárdico (117bpm), eupneico,</u> <u>satur: 94%, Glasgow: 14; anisocoria (midríase à esquerda); lesão</u> <u>orto-entorse em lábio inferior e superior esquerda; sinal de</u> <u>guaratinim com edema importante em face.</u>		
DATA <u>20 / 05 / 2018</u>	<div style="text-align: right;"> MÉDICA CRM-PI 6600</div> Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo	

FICHA DE RETORNO

17 SET 2018

DA UNIDADE	PARA A UNIDADE
<div style="text-align: right;"> MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ATENDIMENTO CRM-PI 6600</div>	
DATA ____ / ____ / ____	Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

OBSERVAÇÃO:

1. Este formulário deverá ser preenchido em duas vias.
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à unidade de origem



NOME DO PACIENTE: Reinaldo Nogueira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 219 940

RECEBIDA
DE SEGUROS

17 SET 2018

SEMA

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".

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 20/05/2018 23:32:25

(User: LINDEVAL)

(Estação: RECEPCAO PAD)

Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA		Prontuário: 219940
Mãe: TERESINHA NOGUEIRA DA SILVA	Pai:	
End. Resid.: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBÃO VELOSO - PI - CEP: 64325-000		
Nascimento: 18/05/1971	Idade: 47a:0m:2d	Sexo: Masculino
Responsável: MARIA DA CRUZ	Fone: 86- 9493-8655	
Profissão: VIRGILANTE	CNS: 898002997591505	
G. Instrução: Não informado	CPF: * RG: 3044022-8888-PI	
End. Local: - - -	E. Civil: Casado(a)	

17 SET 2018

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 665912	Data: 20/05/2018 23:27:13	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Sim	Trajetória?: Sim	Tipico: Não
CID Secundário: V299		

ADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de moto há 04 horas, sem uso de capacete, uso de óculos escuros.
A) Mucosas úmidas, sem coloração cianótica. B) MV + Bilateralmente, sem RA, SatO2 = 94%.
C) BNF em 2T, abdome inocente, pulso estável. D) Glasgow = 14, edema e equimose periorbital bilateral. E) Lesão purpuriforme em lábio inferior, edema facial, coxa enfaixada com presença de sangue.

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: RX OMÓFILA FACE + T + AB + S/C
DATA: 20/05/18 00:05/18

PA: ___ X ___ mmHg	Pulso: ___	FC: 121	DATA: 20/05/18 00:05/18
--------------------	------------	---------	-------------------------

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Analgesia - Tramal 100mg 01 ampola + 100 ml SF 0,9% IV AGORA
Solicitado TC de crânio, TC de face, TC de coluna cervical, TC de tórax e TC de abdome

ALTA: <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência:
DESTINO: <input type="checkbox"/> Até 24 hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 hs <input type="checkbox"/> Após 48 hs		<input checked="" type="checkbox"/> Internação na Unidade Proced. Solicitado: 0404020518 CID Compatível: 502.4

Maria do Amparo de S. F. Melo
Cirurgia Buco Maxilo Facial

PROF: 888-020518

Jó Ozer Castro Sousa
Clínica Médica
Pneumologia
CRM-DF 20705 / CRM-PI 4280

Maria da Cruz Almeida da Silva
Assinatura Paciente ou responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

**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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 20/05/2018 23:32:25

(LINDEVAL)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA		Prontuário: 219940	
Mãe: TERESINHA NOGUEIRA DA SILVA		Pai:	
End. Resid.: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESDAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000			
Nascimento: 18/05/1971	Idade: 47a:0m:2d	Sexo: Masculino	Fone: 86- 9493-8655
Responsável: MARIA DA CRUZ		CNS: 898002997591505	
Profissão: VIRGILANTE		Documento: RG: 3044023 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 665912	Data: 20/05/2018 23:27:13	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S - U - S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA: <i>NE</i>	17 SET 2018
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>TC: fratura completa + fraturas nasais + fratura maxilar + HST.</i> <i>CD: Intubar p/ SMF. Respirar NE em 24h</i>		

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__: *Epit. ec em 24h.*

*Seu colega amigável
de emergência
Marta Ribeiro p/ BUF*

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA: <i>92120</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>CIR Plástica</i> <i>Paciente alocado em UTI</i>	

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: *21/05/18 00:58*

Paciente vítima de acidente motociclístico; consciente; apresenta edema facial, equimose periorbital bilateral. TC de tórax indica fratura completa de maxila + fratura de osso nasal. Exat III. Cd: aguardar red. de edema para realização de cirurgia.

*Maria do Amparo de S. F. Med
Cirurgia Buco Maxilo Facial e*

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

CRC-PI 803 C.R. 228 2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
<u>Rivaldo Nozineira da Silva</u>	<u>21/99/40</u>				
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
<u>6º DIA: Febre com + Noxol</u>			<u>BUCOMAXILOFACIAL</u>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
DATA: <u>26/05/18</u> HORA: <u>14:11</u>					
1) Dieta líquida pastosa			<u>12h Realizado troca de curativo em F.O em supercílio usado SF 0,9%. Ouse</u>		
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h			<u>27/05/18</u>		
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h		<u>12</u>			
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h <u>Swp</u>					
5) Dipirona sódica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h		<u>12</u>			
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h		<u>14</u>			
7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h <u>Swp</u>					
7) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia					
8) SSVV					
<u>Obs: Paciente encaminhado ao Centro Cirúrgico às 11:00 horas para P.A. alta</u>					
21/30					
- Losartem cr. 50mg: 1x/dia					

MÉDICO/CRM:

Marco César Lopes
MÉDICO
CRM: 10109/DF-070.450.182.8

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Reivaldo Nogueira da Silva</u>	PRONTUÁRIO <u>219940</u>
DA CLÍNICA <u>Bucamaxila</u>	LEITO
A CLÍNICA <u>Nefrologia</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente com trauma facial (fratura do osso zigomá-
tico) necessita de procedimentos cirúrgicos. Apresenta
elevada taxa de ureia (84mg/dl). Solicito parecer
da nefrologia.

DATA: 23/05/18

Jr. José Carlos Gomes Filho
CIRURGIABUCO-MAXILO-FACIAL
IMPLANTODONTIA
CRO-DF 2200

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Reivaldo Nogueira, 47a, vítima de acidente
de motociclismo, c/c trauma facial (fratura
do osso zigomático).

Atualmente em uso de diálise.
Exames: Hb: 4,4 HTO: 13,3 Cr 1,3 ur 84
Sf Sínio de Ureia.
Antecedente de Hipertensão.

EM: TMA re-renal.

CV: ↑ hidratação EV

- Supino Tibial e Ropertave

- Copul dose aguda e crônica.

- Amido amido (1) analgésico + vasodilador
re-renal benigno

DATA: 23/05/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Reinaldo Nogueira da Silva</u>	PRONTUÁRIO <u>219946</u>
DA CLÍNICA <u>BMF</u>	LEITO
À CLÍNICA <u>Clínica Médica</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente hipertenso descontrolado em uso constante de losartana, mas não está usando este medicamento no hospital. Também apresenta crise de ansiedade constante.

DATA 16/05/18

Maria Cândida de Almeida Lope
Cirurgiã Buco-Maxilo-Facial
ASS. MÉDICO CONSULTANTE
CRM 1012 - CPF 0389 102

PARECER

Paciente evolui bem com edema de face; peso 70kg; PA: 130 x 90 mmHg; apresentando crise de ansiedade; no episódio; Cond: ajustado anti hipertensão

DATA 28/05/18

Dr. Clériston Silva Moura
Médico
CRM 21137 - CPF 0389 102
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Rivaldo Nogueira do Silva</u>	PRONTUÁRIO <u>219940</u>
DA CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	LEITO
À CLÍNICA <u>médica</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente motorístico, apresentando fratura com, em programação cirúrgica pelo ortopedista. Paciente apresentando Hematócrito 25,8% e hemoglobina 8,5 g/100ml baixos. O paciente já recebeu, dos labor de coagulantes de hemostasia, mas ainda permanece com níveis baixos. Solicito realizar a consulta.

DATA: 27/05/16

Laércio de Sousa Brito Junior
Cirurgião Geralista - Desempenho Profissional
ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

PACIENTE PREVIAMENTE HIPERTENSO, INICIANDO PARA TRANSFERÊNCIA DE FASE / ICE, EVOLUindo COM ANEMIA AGUDA E RISCO DE FELA ENEGECIA

CD:

SUSPENDER AINEI (AVALIAR)

INICIAR IBP EM DOSE PLENA

INVESTIGAR HEMORRAGIA DIGESTIVA

→ EDA / COLONOSCOPIA

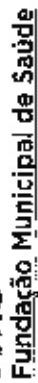
DR. DAVES PRADO
Clínica Médica - RQE: 2303
CARDIOLOGIA - RQE: 2951

OBS: Clínica Médica encerra a mudança do

medicamento na ficha do paciente.

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



HUT

[illegible]

MÉDICO/CRM:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

NOME DO PACIENTE <i>Reinaldo Aguiar de Silva</i>	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA 225	ENT. ou APT. EXT 1	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>P.O.3 Fistula C2 M + NASAL</i>	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE BUCOMAXILOFACIAL		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: <i>29/05/18</i> HORA: <i>07:02</i>	HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
1) Dieta líquida pastosa			SINAIS VITAIS		
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h			TEMP	P	PA
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h			12		
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h			18	83	13/9
5) Dipirona sódica 500mg, 1 amp+AD, EV de 6/6h			24	91	20/24
6) Ranitidina 30mg 1 amp+AD, EV de 8/8h			06	96	22/30
7) Ranitidina 20mg +AD EV de 12/12h			Obs sobre exames, autotó		
7) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia			Em 10 ME. medicab		
8) SSVV			Opr. Dr		
9) Lorantano 50mg comprimido, v.o. 12/12h					
10) Tramadol 1 amp + SF 0,9% 1000 ml EV 8/8h					
11) Omeprazol 1 amp + AD, EV 12/12h					
12) Antibiótico 10 mg, v.o. por AD 2110 e se PAS 2110					













MÉDICO/CRM: *Eduardo C.E. on 8200*

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Reinaldo Nogueira da Silva IDADE _____ anos DATA ____/____/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 12 h 40 min TIPO DE ANESTESIA: ☒ GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fucl. COTM + maxila CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>132/75</u>	<u>138/77</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>108</u>	<u>83</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>BORIBURO</u>	<u>BORIBURO</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KE KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	     	TOTAL	<u>09</u>
ESCALA DE DOR ALTA	     	ASS.	<u>hmc</u> <u>ME Aparecido Coutinho</u> <u>0000491 20057 - ENF</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() OSTOMIA	SONDA: () NASOG () NASOE
hrs mL	hrs mL	hrs mL	hrs mL		
hrs mL	hrs mL	hrs mL	hrs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
12:40 Admitido no SRPA em pós de JTA cirurgia em
COTM + maxila. Submetido a quel. Sono profundo, eufórico,
respiando a.a. Fu com anestesia limp.

RAIO-X REALIZADO
 DATA ____/____/____
 Técnico: _____
 ME Aparecido Coutinho
 0000491 20057 - ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA
 ALTA SRPA
 Felipe Barros Aguiar
 ANESTESIOLOGIA
 CRM 17134

ENCAMINHAMENTO: () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()
 POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Rivaldo Nazareno da Silva

Diagnóstico pré-operatório Fract COZM + Maxila

Operação - Tipo Osteossíntese de fratura de maxila

Cirurgião Matthias Araújo

1º Assistente Residente

2º Assistente Residente

3º Assistente

Instrumentador(a) Rose

Anestesista Dr. Fabiano

Anestesia geral

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Osteossíntese de fratura de Maxila

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

NEN

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Anestesia geral 2) antissepsia intra e extraoral 3) exposição dos campos 4) infiltração 5) acesso intraoral p/ maxila 6) síndrome de 7) redução da fratura 8) fixação de placa no pilar zigomático 9) sutura

Dr. Matthias Araújo da Silva
Cirurgião de Maxilo-Facial
CRM - PI 779

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29, 05, 18

NOME DO PACIENTE: <u>Rivaldo Nogueira da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>219940</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fígado cirrose maciça</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>geral</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Matias</u>	CPF Nº: <u>096.850.493-00</u>
AUXILIAR: <u>Residentes</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Fabiano</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Rose</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>70</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>04</u>		LUVA Nº <u>75</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>10</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>04</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO <u>Microspore</u>	CM			SERINGA 5CC	UNID.	<u>04</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO 500	FRASCO	<u>04</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL <u>aprox 20cm</u>	UNID.	<u>02</u>	
JELCO Nº	UNID.			<u>Eletródos</u>	<u>und</u>	<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>tubo</u>	<u>und</u>	<u>01</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Escura</u>	<u>und</u>	<u>04</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>4-0</u>	<u>und</u>	<u>01</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Klemys</u>			
VICRYL <u>4-0</u>	<u>und</u>	<u>01</u>		CIRCULANTE: <u>Brishan</u>			
PROLENE							



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUIT
 Rua Dr. Otto Vitor 1828 - Educação - Fone: 36 2116 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.517/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 248848)
 Endereço: **RUA JOAQUIM REYNOLDS S/N - BARRIO DE FÁTIMA - CLESONO VELOSO - PI CEP: 64325-000**
 Nascimento: **18/05/1971** Idade: **47a0m7d** Sexo: **MASCULINO** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **666912**
 Requisição: **939898** Solicitação: **20/05/2018** Solicitante: **JO OGER CASTRO SOUSA**
 Controle: **1038463** Convênio: **SUS**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010044

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 5MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:
 - * PAREDES LATERAL, MEDIAL E INFERIOR DA ÓRBITA ESQUERDA.
 - * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES, ETMOIDAIS E ESFENOIDAL ESQUERDA.
 - * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
 - * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
 - * PROCESSO PTERIGÓIDE ESQUERDO.
- HEMOSSINUS MAXILAR, ETMOIDAL BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.
- PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSSÍNTESE NAS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES.
- EDEMA E BOLHAS GASOSAS EM PARTES MOLES DA FACE.

(GRANDI BRYAN)

TERESINA - PI 25/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO

CPP: 696.956.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

[Assinatura manuscrita]
 João Soares de Carvalho
 CRM-PI 3090



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.503.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219840)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839895 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038460 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- FRATURA NA MASTÓIDE ESQUERDA.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVECTIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Gildo Tito 1828 - Redenção - Fone: 86 3219 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 - CDEU: 05.522.517/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839896 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038461 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOTDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- PEQUENAS ÁREAS COM ATENUAÇÃO EM VIDRO FOSCO ESPARSAS NAS REGIÕES POSTERIORES DOS PULMÕES, INESPECÍFICAS.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF 698.958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável

[Assinatura manuscrita]
Jorge Augusto Lima Dias
CRM-PI 3090



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Residência - Fone: 86 3210 5445

TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.523.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839897 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038462 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0206030010

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE ABDOME

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E PELVE DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. CÁLCULO NO TERÇO MÉDIO DO RIM ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 1,4 cm, COM DENSIDADE DE 480 UH.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- AUSÊNCIA DE LÍQUIDO NA CAVIDADE PERITONCAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

[Assinatura manuscrita]
Jorge Augusto
Cirurgião Geral



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1326 - Redenção - Fone: 66 3216 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
 Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
 Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
 Requisição: 839898 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
 Controle: 1038463 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE FACE

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

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- * PAREDES LATERAL, MEDIAL E INFERIOR DA ÓRBITA ESQUERDA.
- * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES, ETMOIDAI E ESFENOIDAL ESQUERDA.
- * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
- * PROCESSO PTERIGÓIDE ESQUERDO.

- HEMOSSÍNUS MAXILAR, ETMOIDAL BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.
- PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSSÍNTESE NAS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES.
- EDEMA E BOLHAS GASOSAS EM PARTES MOLES DA FACE.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64011-770 CNPJ: 08.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839899 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038464 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIS AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

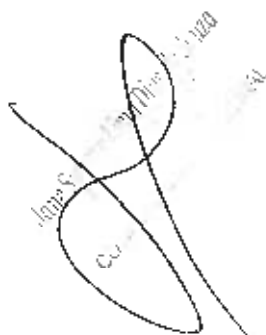
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Prof. Assistente Responsável


Assinatura do Médico Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tilo 1620 Redenção - Fone: 06 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64011-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a:0m:3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839895 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038460 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- FRATURA NA MASTÓIDE ESQUERDA.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 686.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Autenticado em
20/05/2018
Sistema de
Certificação Original

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)

Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000

Nascimento: 18/05/1974 Idade: 47a:0m:3d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG

Atendimento: 665912

Requisição: 839896

Solicitação 20/05/2018

Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA

Controle: 1038461

Convênio S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- PEQUENAS ÁREAS COM ATENUAÇÃO HM VIDRO FOSCO ESPARSAS NAS REGIÕES POSTERIORES DOS PULMÕES, INESPECÍFICAS.
 - TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
 - AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
 - NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
 - ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

JORGÉ AUGUSTO

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF 696 958.303-15 CRM-PI 3090

Professional Response:

Wc


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-00

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
 Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
 Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a:0m:3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
 Requisição: 839897 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
 Controle: 1038462 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE ABDÔME

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E PEIVE DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. CÁLCULO NO TERÇO MÉDIO DO RIM ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 1,4 cm, COM DENSIDADE DE 480 UH.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- AUSÊNCIA DE LÍQUIDO NA CAVIDADE PERITONEAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958 303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Original
 Arquivado
 20/05/2018
 14:00
 14:00



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade 47a:0m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 655912
Requisição: 839898 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038463 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE FACE

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

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- * PAREDES LATERAL, MEDIAL E INFERIOR DA ÓRBITA ESQUERDA.
- * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES, ETMOIDAIAS E ESFENOIDAL ESQUERDA.
- * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
- * PROCESSO PTERIGÓIDE ESQUERDO.

- HEMOSSÍNUS MAXILAR, ETMOIDAL BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.
- PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSSÍNTESE NAS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES.
- EDEMA E BOLHAS GASOSAS EM PARTES MOLES DA FACE.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

RUA Dr. Celso Tito 1928 Redenção - Fone: 86 3216 3443
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.521.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a:0m:3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839899 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038464 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 3mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIIS AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável

TERESINA, 21 de Maio de 2018.

Osvaldo Soares de Carvalho Junior
CRM-PI 3090
R. Celso Tito, 1928 - Redenção
Teresina - PI - CEP: 64017-770

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:

219940

Internação:

214787

Nome: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA**

End. Resid.: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FACIMA

Cidade: ELESBAO VELOSO - PI

CEP: 64325-000

Sexo:

Masculino

Nascimento:

18/05/1971

Idade:

47a:0m:3d

Estado Civil:

Casado(a)

Profissão:

VIGILANTE

Internação

Alta

Permanência

Data

Hora

20/05/2018

23:27

Data

30/05/17

Hora

07:00

Diagnósticos:

Cod. CID:

CID Principal:

fratura de maxila.

S 0 2 9

CID Secundário:

CID Causa Morte:

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

paciente, consciente, vital.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

sem dor

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA:

Data:

29/05/17

Tipo:

Ortomaxila e maxila.

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Bom alto por acompanhamento. HbV.

Tipo de Alta:

() Curado

(X) Melhorado

() Pedido

() Evasão

() Administrativa

() Óbito

() Transferência outro serviço

() Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Dr. Márcio Araújo da Silva
Cirurgião Bucal, Maxilo-Facial
CRO-PI 779

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

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:

219940

Internação:

214767

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA				
End. Resid.: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA				
Cidade: ELIASBAO VELOSO - PI			CEP: 64325-000	
Sexo: Masculino	Nascimento: 18/05/1971	Idade: 47a:0m:3d	Estado Civil: Casado(a):	Profissão: VENDIANTE
Admissão: 04/10/2012	G.Instrução: Não informado	Fone: 86- 9493-8655	Cartão SUS (CNS): 899002997591500	Procedência: ELIASBAO VELOSO
Pai:			Mãe: TERESINHA NOGUEIRA DA SILVA	
Responsável: MARIA DA CRUZ				
End.Responsável: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA ELIASBAO VELOSO - PI 64325-000				
Documento: RG: 3044923 - SSP PI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 20/05/2018	Hora: 23:27	Data: 30/05/18	Hora:	POSTO 1
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: J4C4023518 - OSTEOSSÍTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA				
CID 10: S024 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: <i>Chuma</i>				
CID 10: <i>Chuma</i>				
Tratamento Realizado: <i>Intermitente a noite</i>				
Exames Realizados:				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

30/05/18
Data

José Carlos O. Gomes Filho
RURGIABUCO-MAXILO-FACIAL
IMPLANTODONTIA
CRO-PI 2200

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável

Clínica Otorrinos
Cnpj : - 04732904000162

WinAudio (#WAUDI218096)

Avaliação Audiológica

Emissão: 04/09/2018

Funcionário/Paciente: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Idade: 47 anos e 4 mes(es)

Sexo: Masculino

Data do Exame: 04/09/2018

Convênio: SUS

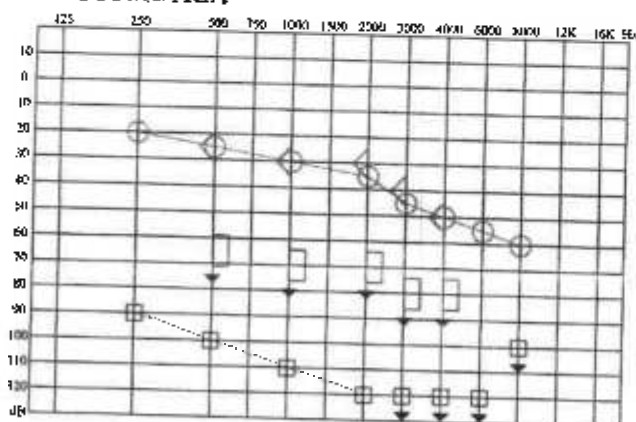
Tipo Consulta: Convênio

Audiômetro: AC33 (Última Aferição: 15/06/2018)

Documento:

Profissional que solicitou o exame:

AUDIOMETRIA



LRF-OD: 50 dB

LRF-OE:

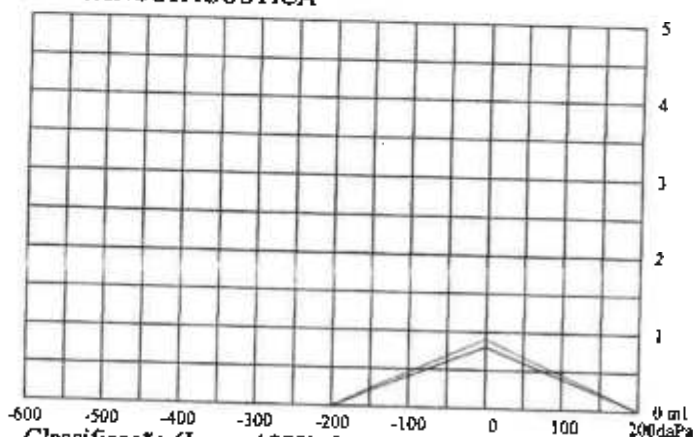
LAF-OD:

LAF-OE:

Índice Percentual de Reconhecimento de Fala

	Intensid	Monossil	Dissil
Pal. Faladas	— —	25	25
OD	70 dB	100 %	
OE	100 dB		

IMITÂNCIA ACÚSTICA



Classificação (Jerger, 1970)-OD: A

Classificação (Jerger, 1970)-OE: A

Mascaramento (em dB)

		Mastering (cm dr)				
		VA	VO		LOGO	
		Min	Max	Min	Max	Quant
OD		90		100		
OE						

Reflexo Acústico

Orelha Direita

Hz	Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI
500	25	90	65	
1000	30	100	70	
2000	35	100	65	
4000	50	110	60	

Orelha Esquerda

Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
100	AUS		
110	AUS		
120	AUS		
AUS	AUS		

Sonda no OE

Sonda no OD

PARECER AUDIOLÓGICO
PERDA AUDITIVA SENSORINEURAL GRAU LEVE A MODERADO COM SRT INCOMPATÍVEL À DIREITA;
PERDA AUDITIVA SENSORINEURAL GRAU PROFUNDO À ESQUERDA;
TIMPANOGRAMA "A" COM REFLEXOS PRESENTES EM OD;
PARA O CASO SUGERIMOS O BERA AFIM DE MELHORES ESCLARECIMENTOS.

Carla Carvalho Couto
Fonoaudióloga
Especialista em Audiologia
CRFa - PI 7408

CRFa: CRF 7406 - CARVALHO COSTA FONSECA

Rua Olavo Bilac, 2154 - Centro

Av. Itapua Rocha 1430 - Jaquei

NOME : REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA
MÉDICO : CARLOS EDUARDO MENDONÇA BATISTA
NÚMERO : 511305 DATA : 09/07/2018
FATURA: 4718109



RADIOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE

RELATÓRIO

O estudo radiológico dos seios da face, realizado em incidências hirtz, fronto/naso e mento/naso, demonstra:

- Seios maxilares: com radiotransparência conservada.
- Células etmoidais: pneumatizadas, íntegras.
- Seio Frontal: com transparência normal.
- Fossas nasais: sem alterações radiológicas. Septo nasal centrado.
- Placas de osteossintese cirurgicas em paredes dos seios maxilares.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Placas de osteossintese cirurgicas em paredes dos seios maxilares.

Obs: Exame impresso em filme termosensível a laser. Não podendo ser submetido a calor.

Dig1. JRENALDO



Segurança em Diagnósticos Médicos

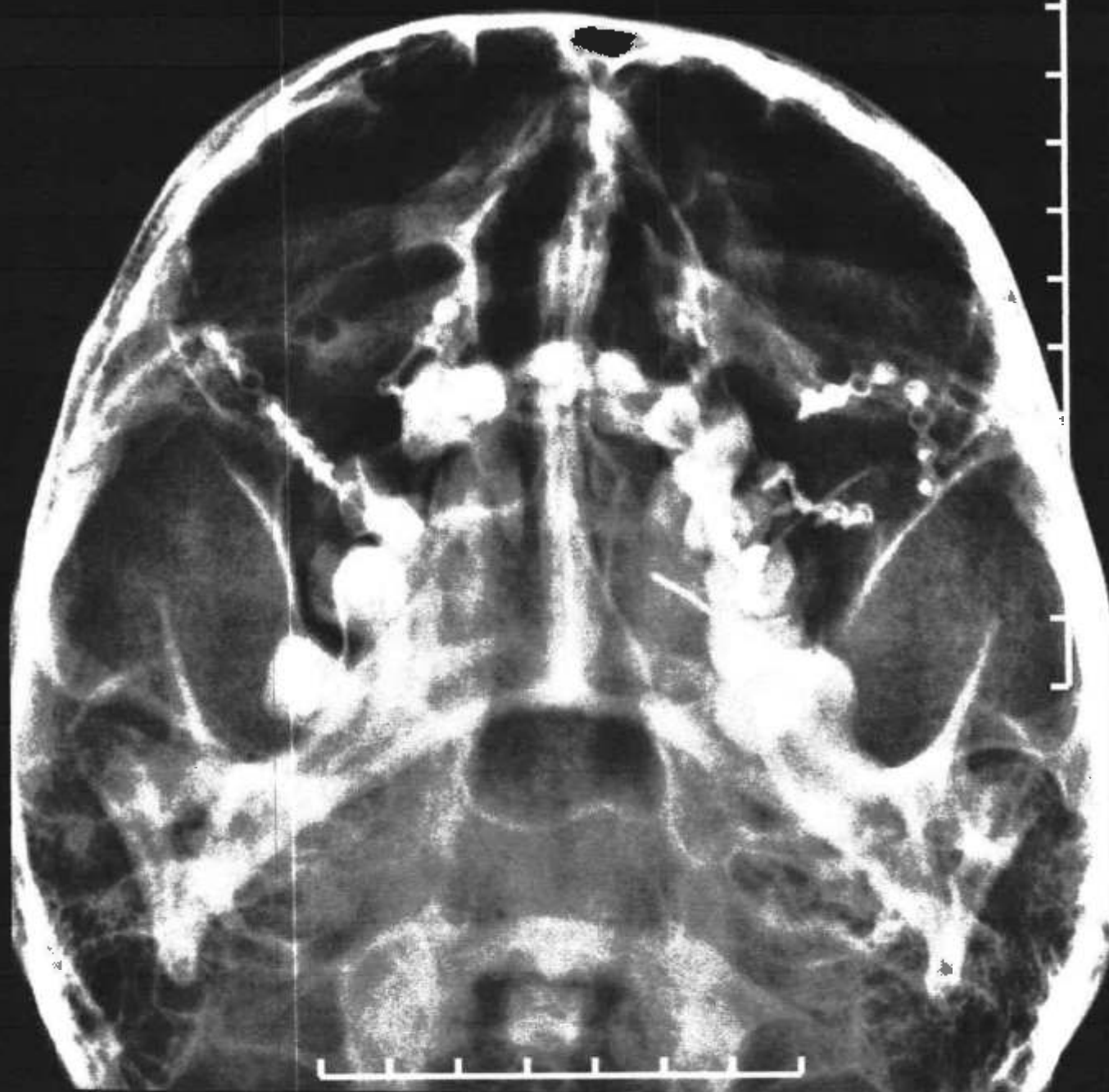
www.udl24horas.com.br

(86) 4009-1715
(86) 3214-8800



Pront 511305
Técnico 38Junior

DIREITO



Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA, Sex: M
Acesso: 4718109

UDI 24 HORAS
D/N: 18/5/1971 Ida
Data: 9/7/2018 Ho

DIREITO
EN



Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA, Sex: M
Acesso: 4718109

UDI 24 HORAS
D/N: 18/5/1971 Id
Data: 9/7/2018 H

UDI

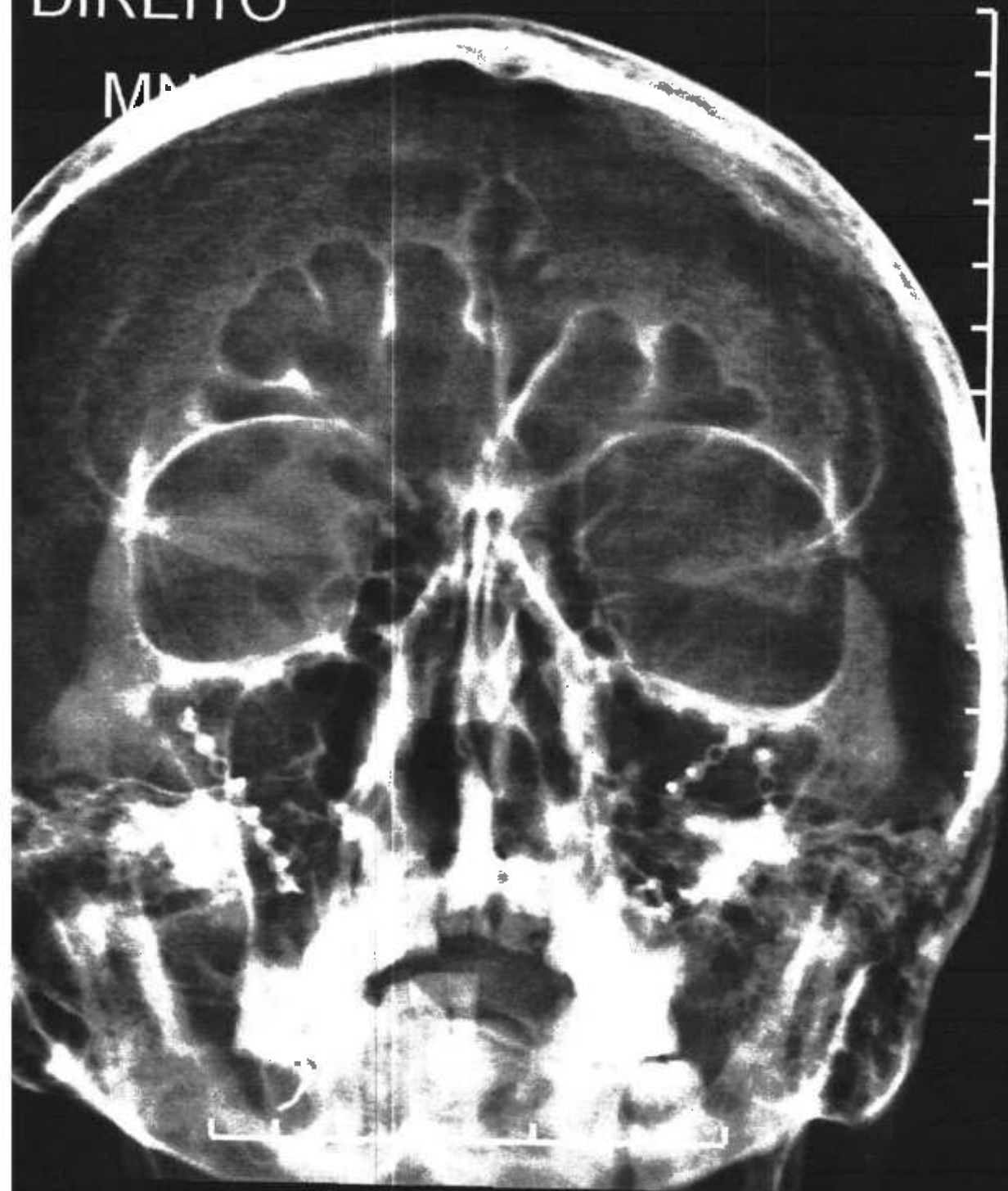
Segurança em Diagnósticos Médicos

www.udi24horas.com.br

(86) 4009-1715
(86) 3214-8800



DIREITO
MM



Pront: 511305
Técnico: 38Junior

8:50



20:40

HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA
ELESBAO VELOSO - PIAUÍ

D/N 18/05/1971

PRONTO SOCORRO

47 anos

NOME:

Reivaldo Nogueira da Silva

ENDEREÇO:

Rua Jonh Kennedy (Fatima)

DADOS CLÍNICOS:

TCE grave. Paciente vítima de acidente motor-
elétrico; não sabe descrever o acidente e não sabe informar
localização do acidente; consciente; orientado; não há
lesões; sem ferimentos; sem sinais de
traumatis-
mo.

DIAGNÓSTICO:

TCE grave

Dr. Márcio A. Cavalcante Costa
MÉDICO
CRM-PI 3500

20, 05, 18

DATA

MÉDICO

CONFERE COM O ORIGINAL

Rayanne A. Orlas
18.06.18PRONTO SOCORRO
DE SEGUROS

17 SET 2018

DEMAT

HUT 9 010 padre

2005 2018 007

HUT

Atendimento: 234451881

20.06.18

HUT

sentido: 2018 052 0058 193

Paciente: 18 + 19

At 21:00h Atendimento 1º turno de

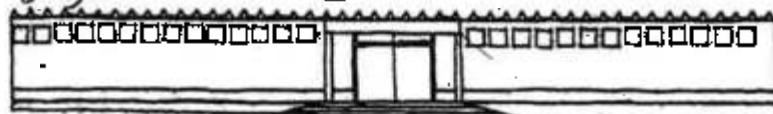
1º turno de 1º turno de 1º turno de

At 20:55 Atendimento 1º turno de 1º turno de

Senha HUT: 20052018007
(Auto padrão)
ID: 26937 | Autocódigo: 231451881

Senha estadual:
20180520058793

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO




HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA
ELESBÃO VELOSO • PIAUÍ




DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DA UNIDADE <u>Hospital Estadual</u> <u>Norberto Moura (HEMM) - Elesbão</u> <u>Veloso</u>		PARA A UNIDADE <u>Hospital de Urgência</u> <u>de Teresina - HUT (Teresina)</u>
PACIENTE <u>Reinaldo Nogueira da Silva</u>		REGISTRO —
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO <u>As 21:20h</u> <u>#TCE grave #</u> <u>Ante última de acidente motociclistico (queda de moto), não</u> <u>seguiu uso de capacete e chave ingerida bebida alcoólica.</u> <u>ao exame: consciente, desorientado, taquicárdico (117bpm), eupneico,</u> <u>sat: 94%, Glasgow: 14; anisocoria (midríase à esquerda); lesão</u> <u>arto-contusa em lábio inferior e superior esquerda; sinal de</u> <u>guarnim com edema importante em face.</u>		
DATA <u>20 / 05 / 2018</u>	<div style="text-align: right;"> MÉDICA CRM-PI 6600</div> Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo	

FICHA DE RETORNO

17 SET 2018

DA UNIDADE	PARA A UNIDADE
<div style="text-align: right;"> MÉDICA CRM-PI 6600</div>	
DATA ____ / ____ / ____	Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

OBSERVAÇÃO:

1. Este formulário deverá ser preenchido em duas vias.
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à unidade de origem



NOME DO PACIENTE: Reinaldo Nogueira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 219 940

RECEBIDA
DE SEGUROS

17 SET 2018

SEMA

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".

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 20/05/2018 23:32:25

(User: LINDOVAL)

(Estação: RECEPCAO PAD)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA		Prontuário: 219940
Mãe: TERESINHA NOGUEIRA DA SILVA	Pai:	
End. Resid.: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBÃO VELOSO - PI - CEP: 64325-000		
Nascimento: 18/05/1971	Idade: 47a:0m:2d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9493-8655
Responsável: MARIA DA CRUZ	CNS: 898002997591505	
Profissão: VIRGILANTE	CPF: * RG: 3044022-8888-88	
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Casado(a)	
End. Local: - - -		

17 SET 2018

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 665912	Data: 20/05/2018 23:27:13	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Acid. Trab.: Sim	Trajetória?: Sim	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

ADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de moto há 04 horas, sem uso de capacete, uso de óculos escuros

A) Mucos aeróleos purúlos, sem color cerúleol B) MV + Bilateralmente, sem RA, SatO2 = 94%

C) BNF em 2T, abdome inocente, pulso exteol D) Glasgow = 14, edema e equimose periorbital bilateral E) lesão purpurocentente em lábio inferior, edema facial, coxega enfiada com presença de sangue

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: AX, OM, PI, FACE + T + AB + S/C

PA: X mmHg	Pulso: 121	FC: 121	DATA: 20/05/18 23:05/18
------------	------------	---------	-------------------------

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Analgesia - Tramal 100mg 01 ampola + 100 ml SF 0,9% IV AGORA

Solicitado TC de crânio, TC de face, TC de coluna cervical, TC de tórax e TC de abdome

ALTA: () Melhorado () Administrativa () Retornar a Unid. Origem:
() Curado () Por Indisciplina () Transferência:
() Inalterado () Por Evasão
() A Pedido

DATA SAÍDA: / / HORA: :

ÓBITO: () Até 24 hs () Família
() De 24 a 48 hs () IML
() Após 48 hs () Anat. Patol.

DESTINO:

(X) Internação na Unidade
Proced. Solicitado: 0404020518

CID Compatível: 502.4

Maria do Amparo de S. F. Melo
Cirurgia Buco Maxilo Facial

PROF: 888-020-1234

João Carlos Sousa
Clínica Médica
Pneumologia
CRM-DF 20705 / CRM-PI 4280

Assinatura Paciente ou responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

**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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 20/05/2018 23:32:25

(LINDEVAL)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA		Prontuário: 219940
Mãe: TERESINHA NOGUEIRA DA SILVA	Pai:	
End. Resid.: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESDAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000		
Nascimento: 18/05/1971	Idade: 47a:0m:2d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9493-8655
Responsável: MARIA DA CRUZ		CNS: 898002997591505
Profissão: VIRGILANTE		Documento: RG: 3044023 - SSP PI
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 665912	Data: 20/05/2018 23:27:13	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S - U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA: <i>NE</i>	17 SET 2018
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>TC: fratura complexa + fraturas nasais + fratura pirâmide + HST.</i> <i>CD: Intubar p/ SMF. Bucal NE em 24h</i>		
Carimbo/Assinatura Solicitante		

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__: *Epit. ec em 24h.*

Seu consultório
de emergência
Maria Nogueira p/ BNF
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA: <i>92120</i>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>CIR Plástica</i> <i>Paciente alocado em UTI</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: *21/05/18 00:58*

*Paciente vítima de acidente motociclístico; consciente; apresenta edema facial,
equimose periorbital bilateral. TC de abd. indica fratura complexa de maxila
+ fratura de osso nasal. Le 301 III. Cd: aguardar red. de edema para
realização de cirurgia.*

Maria do Amparo de S. F. Med
Cirurgia Buco Maxilo Facial e
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
CRC-PI 803



214/81

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**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 executor:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT4-CNES
5828856**214787****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**5 Nome: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA**6 - Prontuário: **219940**7-CNS: **898002997591505**8-Nascimento: **18/05/1971**9-Sexo: **Masculino**RG: **3044023 - SSP PI**11-Mãe: **TERESINEA NOGUEIRA DA SILVA**12-Fone: **86- 9493-8655**13-Resp: **MARIA DA CRUZ**14-Cor: **Sem Informação**15-Ende: **RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - CEP: 64325-000**16-Munic: **ELERAO VELOSO**17-Cod.IBGE: **220350**18-UF: **PI**19-CEP: **64325-000****JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

- Principais sinais e sintomas clínicos:

*paciente vítima de acidente de trânsito
motocicleta e trauma de face.*

DE SEGURANÇA
17 SET 2018

21 - Condições que justificam a internação:

Fratura

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

T.C de Face

24-CID Prim: S024

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura dos ossos maxilares e maxilares25-CID Sec.: **S024** 26-CID C.Ass.: **S024****PROCEDIMENTO SOLICITADO**Cod.Proced.: **27- Procedimento Solicitado:****0404020518 OSTEOSÍNTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA**Tamanho: **2**29-Clinica: **30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 239.978.933-49**33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: **34-Data Solicitação:****MARIA DO AMPARO DE SOUSA FARIAS MELO****20/05/2018**

35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

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-CBOE:
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:	
48-Documento:	49-Num. Documento:		
() CNS () CPF		50-Ass. Carimbo (Rq. Conselho)	
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		Usuário: MANUE JUNIOR Consulta Local: 665912 Consulta SUS: Impressão: 21/05/2018 01:11:40	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
<u>Rivaldo Nozineira da Silva</u>	<u>21/99.40</u>				
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIAS	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
<u>6º DIA: Febre com + Noxol</u>			<u>BUCOMAXILOFACIAL</u>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		
DATA: <u>26/05/18</u> HORA: <u>14:11</u>					
1) Dieta líquida pastosa			<u>12h Realizado troca de curativo em F.O em supercílio usado SF 0,9%. Ouse</u>		
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h			<u>27/05/18</u>		
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h		<u>12</u>			
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h <u>Swp</u>					
5) Dipirona sódica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h		<u>12</u>			
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h		<u>14</u>			
7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h <u>Swp</u>					
7) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia					
8) SSVV					
<u>Obs: Paciente encaminhado ao Centro Cirúrgico às 11:00 horas para P.A. alta</u>					
21.30					
<u>Losartem 50mg: 1x/dia</u>					

Marco César Lopes
MÉDICO
CRM: 10109/DF-070.450.152

MÉDICO/CRM:

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Reivaldo Nogueira da Silva</u>	PRONTUÁRIO <u>219940</u>
DA CLÍNICA <u>Bucamaxila</u>	LEITO
A CLÍNICA <u>Nefrologia</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente com trauma facial (fratura do osso zigomá-
tico) necessita de procedimentos cirúrgicos. Apresenta
elevada taxa de ureia (84mg/dl). Solicito parecer
da nefrologia.

DATA: 23/05/18

Jr. José Carlos Gomes Filho
CIRURGIABUCO-MAXILO-FACIAL
IMPLANTODONTIA
CRO-DF 2200

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Reivaldo Nogueira, 47a, vítima de acidente
de motociclismo, c/ trauma facial (fratura do osso zigomá-
tico).

Exame físico: exame de ureia: 84 mg/dl
Creat. 4,4 HTA: 13,3 Glic. 113 mg/dl
S/ sinais de uremia.
Antecedente de Hipertensão.

Ex: TMA re-pul.

CV: ↑ hidratação EV

- Supino Tibial e Romboides

- Copul dose aguda e crônica.

- Amido amido (1) analg. e / + valsalva
re controle hemograma

DATA: 23/05/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Reinaldo Nogueira da Silva</u>	PRONTUÁRIO <u>219946</u>
DA CLÍNICA <u>BMF</u>	LEITO
À CLÍNICA <u>Clínica Médica</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente hipertenso descontrolado em uso constante de losartana, mas não está usando este medicamento no hospital. Também apresenta crise de ansiedade constante.

DATA 16/05/18

Maria Cândida de Almeida Lope
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
ASS. MÉDICO CONSULTANTE
CRM 1012 - CPF 000 102

PARECER

Paciente evolui bem com edema de face; peso 70kg; PA: 130 x 90 mmHg; apresentando crise de ansiedade; no episódio; Cond: ajustado anti hipertensão

DATA 28/05/18

Dr. Clériston Silva Moura
Médico
CRM 21137 - CPF 000 102
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>Rivaldo Nogueira do Silva</u>	PRONTUÁRIO <u>219940</u>
DA CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	LEITO
À CLÍNICA <u>médica</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente motorístico, apresentando fratura com, em programação cirúrgica pelo ortopedista. Paciente apresentando Hematócrito 25,8% e hemoglobina 8,5 g/100ml baixos. O paciente já recebeu, dos labor de coagulantes de hemostasia, mas ainda permanece com níveis baixos. Solicito realizar a consulta.

DATA: 27/05/16

Laércio de Sousa Brito Junior
Chefe de Clínica de Hematologia
ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

PACIENTE PREVIAMENTE HIPERTENSO, INICIANDO PARA TRANSFERÊNCIA DE FASE / ICE, EVOLUindo COM ANEMIA AGUDA E RISCO DE FELA ENEGECIA

CD:

SUSPENDER AINEI (AVALIAR)

INICIAR IBP EM DOSE PLENA

INVESTIGAR HEMORRAGIA DIGESTIVA

→ EDA / COLONOSCOPIA

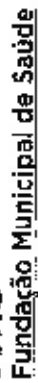
DR. DAVES PRADO
Clínica Médica - RQE: 2303
CARDIOLOGIA - RQE: 2951

OBS: Clínica Médica encerra a mudança do

medicamento na ficha do paciente.

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

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

MÉDICO/CRM: Enzo André C. C. nº 8200













MÉDICO/CRM:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Reinaldo Nogueira da Silva IDADE _____ anos DATA ____/____/2018
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 12 h 40 min TIPO DE ANESTESIA: ☒ GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Fucl. COTM + maxila CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>132/75</u>	<u>138/77</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>108</u>	<u>83</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	<u>BORIBURO</u>	<u>BORIBURO</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	     	TOTAL	<u>09</u>
ESCALA DE DOR ALTA	     	ASS.	<u>hmc</u> <u>ME Aparecido Coutinho</u> <u>0000491 20057 - ENF</u>

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() OSTOMIA	SONDA: () NASOG () NASOE
hrs mL	hrs mL	hrs mL	hrs mL		
hrs mL	hrs mL	hrs mL	hrs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
12:40 Admitido no SRPA em pós de JTA cirurgia em
COTM + maxila. Submetido a quel. Sono profundo, eufórico,
respiando a.a. Fu com anestesia limp.

RAIO-X REALIZADO
 DATA ____/____/____
 Técnico: _____
 ME Aparecido Coutinho
 0000491 20057 - ENF

PRESCRIÇÃO MÉDICA
 ALTA SRPA
 Felipe Barros Aguiar
 ANESTESIOLOGIA
 CRM 17134

ENCAMINHAMENTO: () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()
 POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MÉD



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente *Rivaldo Nazareno da Silva*

Diagnóstico pré-operatório *Fract COZM + Maxila*

Operação - Tipo *Osteossíntese de fratura de maxila*

Cirurgião *Matthias Araújo*

1º Assistente *Residente*

2º Assistente *Residente*

3º Assistente

Instrumentador(a) *Rose*

Anestesista *Dr. Fabiano*

Anestesia *geral*

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Osteossíntese de fratura de Maxila

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

NEN

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Anestesia geral 2) antissepsia intra e extraoral 3) exposição dos campos 4) infiltração 5) acesso intraoral p/ maxila 6) síndrome de 7) redução 8) fixação de placa no pilar zigomático 9) sutura

Dr. Matthias Araújo da Silva
Cirurgião de Mão-Face
CRM - RJ 779

**FMS****Fundação Municipal de Saúde****PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 29, 05, 18

NOME DO PACIENTE: <u>Rivaldo Nogueira da Silva</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>219940</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Fígado cirrose maciça</u>	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>geral</u>	Nº DA SALA: <u>09</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Matias</u>	CPF Nº: <u>096.850.493-00</u>
AUXILIAR: <u>Residentes</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Fabiano</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Rose</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI <u>24</u>	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>70</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>04</u>		LUVA Nº <u>75</u>	PAR	<u>04</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>10</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>100</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>100</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>04</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESPARADRAPO <u>Microspore</u>	CM			SERINGA 5CC	UNID.	<u>04</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO <u>500</u>	FRASCO	<u>04</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL <u>aprox 20cm</u>	UNID.	<u>02</u>	
JELCO Nº	UNID.			<u>eletródos</u>	und	<u>05</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>tubo</u>	und	<u>01</u>	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>escara</u>	und	<u>04</u>	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>4-0</u>	und	<u>01</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA: <u>Klemys</u>			
VICRYL <u>4-0</u>	und	<u>01</u>		CIRCULANTE: <u>Brasilian</u>			
PROLENE							



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUIT
 Rua Dr. Otto Vitor 1828 - Gamação - Fone: 36 2116 5445
 TERESINA-PI CEP: 64013-770 CNPJ: 05.322.517/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 248848)
 Endereço: **RUA JON REINVOY' SAU - BARRIO DE PATIMA - CLESDAO VELOSO - PI CEP: 64325-000**
 Nascimento: **18/05/1971** Idade: **47a0m7d** Sexo: **MASCULINO** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **666912**
 Requisição: **839888** Solicitação: **20/05/2018** Solicitante: **JO OGER CASTRO SOUSA**
 Controle: **1038463** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010044

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 5MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:
 - * PAREDES LATERAL, MEDIAL E INFERIOR DA ÓRBITA ESQUERDA.
 - * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES, ETMOIDAIS E ESFENOIDAL ESQUERDA.
 - * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
 - * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
 - * PROCESSO PTERIGÓIDE ESQUERDO.
- HEMOSSINUS MAXILAR, ETMOIDAL BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.
- PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSSÍNTESE NAS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES.
- EDEMA E BOLHAS GASOSAS EM PARTES MOLES DA FACE.

(GRANDI BUVA)

TERESINA - PI 25/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO

CPP: 696.956.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

[Assinatura manuscrita]
 João Soares de Carvalho
 CRM-PI 3090



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.503.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219840)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839895 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038460 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- FRATURA NA MASTÓIDE ESQUERDA.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVECTIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Gildo Tito 1828 - Redenção - Fone: 86 3219 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 - CDEU: 05.522.517/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839896 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038461 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOTDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- PEQUENAS ÁREAS COM ATENUAÇÃO EM VIDRO FOSCO ESPARSAS NAS REGIÕES POSTERIORES DOS PULMÕES, INESPECÍFICAS.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF 698.958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável

[Assinatura manuscrita]
Jorge Augusto Lima Dias
CRM-PI 3090



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Residência - Fone: 86 3210 5445

TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.523.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839897 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038462 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0206030010

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE ABDOME

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E Pelve DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. CÁLCULO NO TERÇO MÉDIO DO RIM ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 1,4 cm, COM DENSIDADE DE 480 UH.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- AUSÊNCIA DE LÍQUIDO NA CAVIDADE PERITONCAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

[Assinatura manuscrita]
Jorge Augusto
Cirurgião Geral



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1326 - Redenção - Fone: 86 3216 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
 Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
 Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
 Requisição: 839898 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
 Controle: 1038463 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE FACE

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

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- * PAREDES LATERAL, MEDIAL E INFERIOR DA ÓRBITA ESQUERDA.
- * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES, ETMOIDAI E ESFENOIDAL ESQUERDA.
- * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
- * PROCESSO PTERIGÓIDE ESQUERDO.

- HEMOSSÍNIUS MAXILAR, ETMOIDAL BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.
- PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSSÍNTESE NAS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES.
- EDEMA E BOLHAS GASOSAS EM PARTES MOLES DA FACE.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64011-770 CNPC: 05.522.917/0022-02

Página: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839899 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038464 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIS AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Prof. Assinada Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 06 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64011-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a:0m:3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839895 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038460 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- FRATURA NA MASTÓIDE ESQUERDA.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 686.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Autenticado em
20/05/2018
Sistema de
Certificação Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Pinto 1920 - Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.502.917/0002-00

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a:0m:3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839896 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038461 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- PEQUENAS ÁREAS COM ATENUAÇÃO EM VIDRO FOSCO ESPARSAS NAS REGIÕES POSTERIORES DOS PULMÕES, INESPECÍFICAS.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-PONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF 696 958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável


TERESINA - PI 21/05/2018


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-00

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
 Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
 Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a:0m:3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
 Requisição: 839897 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
 Controle: 1038462 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE ABDOME

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E PEIVE DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. CÁLCULO NO TERÇO MÉDIO DO RIM ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 1,4 cm, COM DENSIDADE DE 480 UH.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- AUSÊNCIA DE LÍQUIDO NA CAVIDADE PERITONEAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958 303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Original
 Arquivado em
 20/05/2018
 14:00:00
 1038462



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade 47a:0m:7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 655912
Requisição: 839898 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038463 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE FACE

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

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- * PAREDES LATERAL, MEDIAL E INFERIOR DA ÓRBITA ESQUERDA.
- * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES, ETMOIDAIAS E ESFENOIDAL ESQUERDA.
- * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
- * PROCESSO PTERIGÓIDE ESQUERDO.

- HEMOSSÍNUS MAXILAR, ETMOIDAL BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.
- PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSSÍNTESE NAS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES.
- EDEMA E BOLHAS GASOSAS EM PARTES MOLES DA FACE.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

RUA Dr. Celso Tito 1928 Redenção - Fone: 86 3216 3443
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.521.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a:0m:3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839899 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038464 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIIS AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável

TERESINA, 21 de Maio de 2018
O(s) Examinado(s)
O(s) Examinador(es)
O(s) Solicitante(s)
O(s) Encarregado(s)

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:

219940

Internação:

214787

Nome: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA**

End. Resid.: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FACIMA

Cidade: ELESBAO VELOSO - PI

CEP: 64325-000

Sexo:

Masculino

Nascimento:

18/05/1971

Idade:

47a:0m:3d

Estado Civil:

Casado(a)

Profissão:

VIGILANTE

Internação

Alta

Permanência

Data

20/05/2018

Hora

23:27

Data

30/05/17

Hora

09:00

Diagnósticos:

Cod. CID:

CID Principal:

fratura de maxila.

S029

CID Secundário:

CID Causa Morte:

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

paciente, consciente, vital.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

sem dor

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA:

Data:

29/05/17

Tipo:

Ortomaxila e maxila.

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Bom estado geral. Acompanhamento. HbV.

Tipo de Alta:

() Curado

(X) Melhorado

() Pedido

() Evasão

() Administrativa

() Óbito

() Transferência outro serviço

() Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Dr. Márcio Araújo da Silva
Cirurgião Bucal, Maxilo-Facial
CRO-PI 779

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

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:

219940

Internação:

214767

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA				
End. Resid.: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA				
Cidade: ELIASBAO VELOSO - PI			CEP: 64325-000	
Sexo: Masculino	Nascimento: 18/05/1971	Idade: 47a:0m:3d	Estado Civil: Casado(a):	Profissão: VENDIANTE
Admissão: 04/10/2012	G. Instrução: Não informado	Fone: 86- 9493-8655	Cartão SUS (CNS): 899002997591500	Procedência: ELIASBAO VELOSO
Pai:			Mãe: TERESINHA NOGUEIRA DA SILVA	
Responsável: MARIA DA CRUZ				
End. Responsável: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA ELIASBAO VELOSO - PI 64325-000				
Documento: RG: 3044923 - SSP PI				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 20/05/2018	Hora: 23:27	Data: 30/05/18	Hora:	POSTO 1
Diagnóstico de Admissão:				
Procedimento: J4C4023518 - OSTEOSSÍTESE DE FRATURA COMPLEXA DA MAXILA				
CID 10: S024 - Fratura dos ossos maxilares e maxilares				
Diagnóstico de Alta:				
Procedimento: <i>Chuma</i>				
CID 10: <i>Chuma</i>				
Tratamento Realizado: <i>Intermitente a 1ml</i>				
Exames Realizados:				

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

30/05/18
Data

José Carlos O. Gomes Filho
RURGIABUCO-MAXILO-FACIAL
IMPLANTODONTIA
CRO-PI 2200

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável

Clínica Otorrinos

Cnpj : - 04732904000162

WinAudio (#WAUDI218096)

Avaliação Audiológica

Emissão: 04/09/2018

Funcionário/Paciente: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Idade: 47 anos e 4 mes(es)

Sexo: Masculino

Data do Exame: 04/09/2018

Convênio: SUS

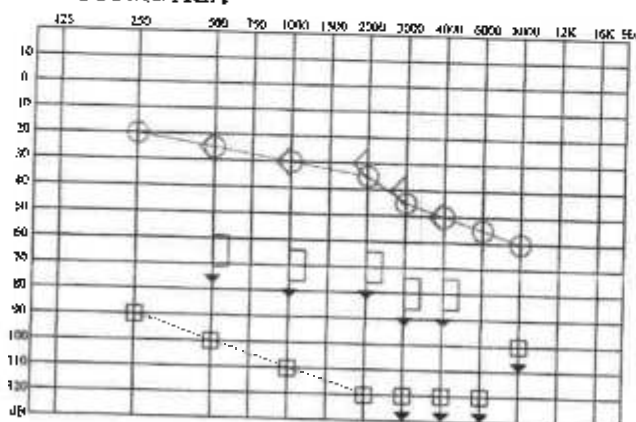
Tipo Consulta: Convênio

Audiômetro: AC33 (Última Aferição: 15/06/2018)

Documento:

Profissional que solicitou o exame:

AUDIOMETRIA



LRF-OD: 50 dB

LRF-OE:

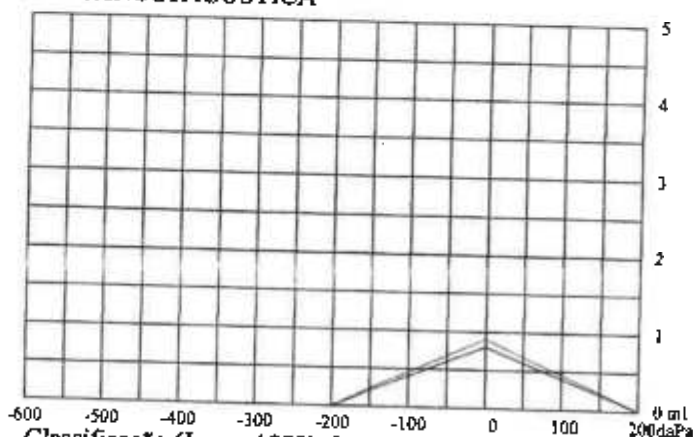
LAF-OD:

LAF-OE:

Índice Percentual de Reconhecimento de Fala

	Intensid	Monossil	Dissil
Pal. Faladas	— —	25	25
OD	70 dB	100 %	
OE	100 dB		

IMITÂNCIA ACÚSTICA



Classificação (Jerger, 1970)-OD: A

Classificação (Jerger, 1970)-OE: A

Mascaramento (em dB)

		Mascaramento (em dm)				
		VA		VO		LOGO
		Min	Max	Min	Max	Quant
OD		90		100		
OE						

Reflexo Acústico

Orelha Direita

Hz	Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI
500	25	90	65	
1000	30	100	70	
2000	35	100	65	
4000	50	110	60	

Orelha Esquerda

Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
100	AUS		
110	AUS		
120	AUS		
AUS	AUS		

PARECER AUDIOLÓGICO

PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL GRAU LEVE A MODERADO COM SRT INCOMPATÍVEL À DIREITA;
PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL GRAU PROFUNDO À ESQUERDA;
TIMPANOGRAMA "A" COM REFLEXOS PRESENTES EM OD;
PARA O CASO SUGERIMOS O BERA AFIM DE MELHORES ESCLARECIMENTOS.

Carla Carvalho Couto
Fonoaudióloga
Especialista em Audiologia
CRFa - PI 7408

CRFa: CRF 7406-8-12-2011-2501 CARVALHO COUTO FONSECA

Rua Olavo Bilac, 2154 - Centro

Av. Itapua Rocha 1430 - Jaquei

NOME : REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA
MÉDICO : CARLOS EDUARDO MENDONÇA BATISTA
NÚMERO : 511305 DATA : 09/07/2018
FATURA: 4718109



RADIOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE

RELATÓRIO

O estudo radiológico dos seios da face, realizado em incidências hirtz, fronto/naso e mento/naso, demonstra:

- Seios maxilares: com radiotransparência conservada.
- Células etmoidais: pneumatizadas, íntegras.
- Seio Frontal: com transparência normal.
- Fossas nasais: sem alterações radiológicas. Septo nasal centrado.
- Placas de osteossintese cirurgicas em paredes dos seios maxilares.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Placas de osteossintese cirurgicas em paredes dos seios maxilares.

Obs: Exame impresso em filme termosensível a laser. Não podendo ser submetido a calor.

Dr. J. RENALDO



Segurança em Diagnósticos Médicos

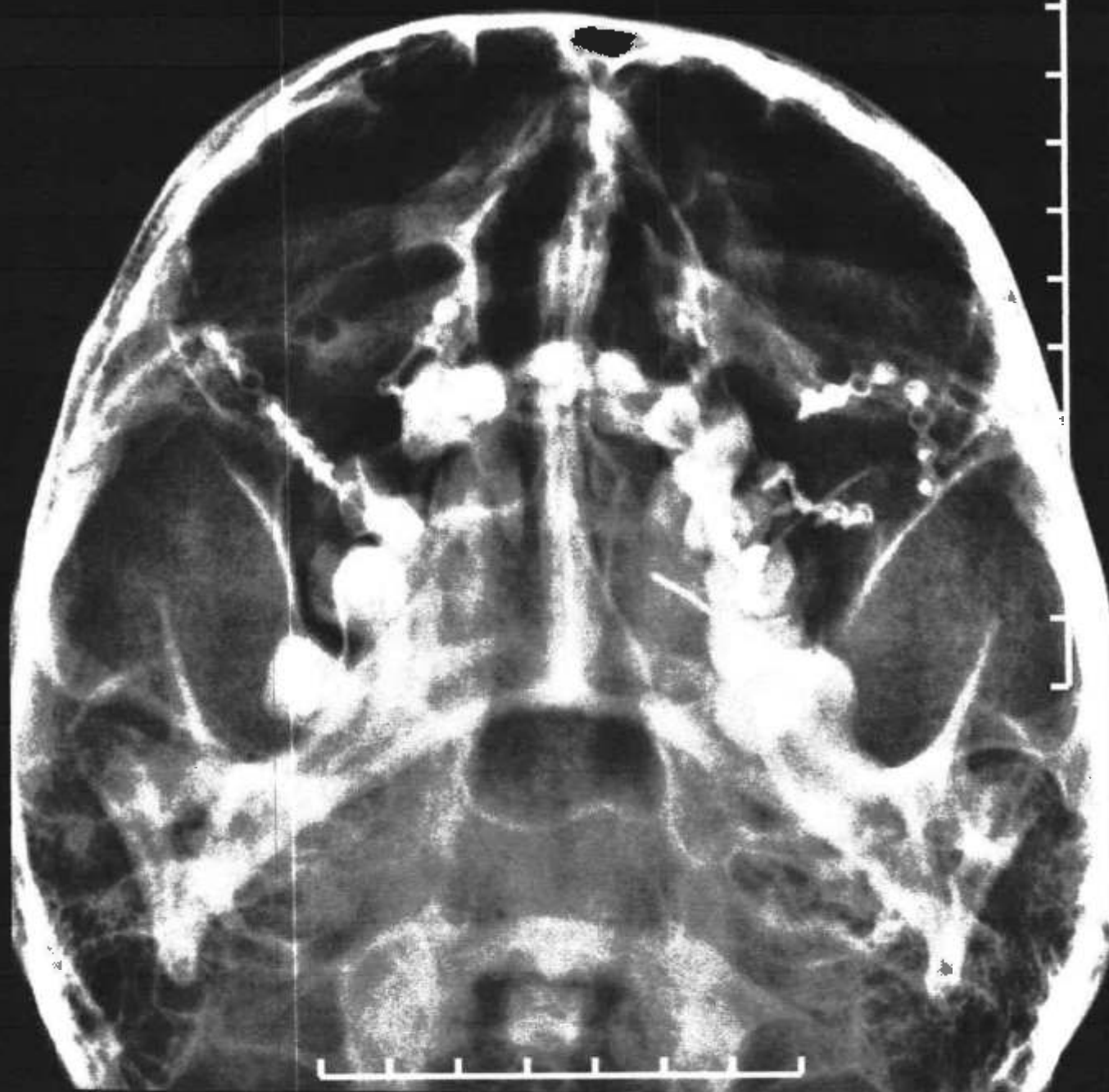
www.udl24horas.com.br

(86) 4009-1715
(86) 3214-8800



Pront 511305
Técnico 38Junior

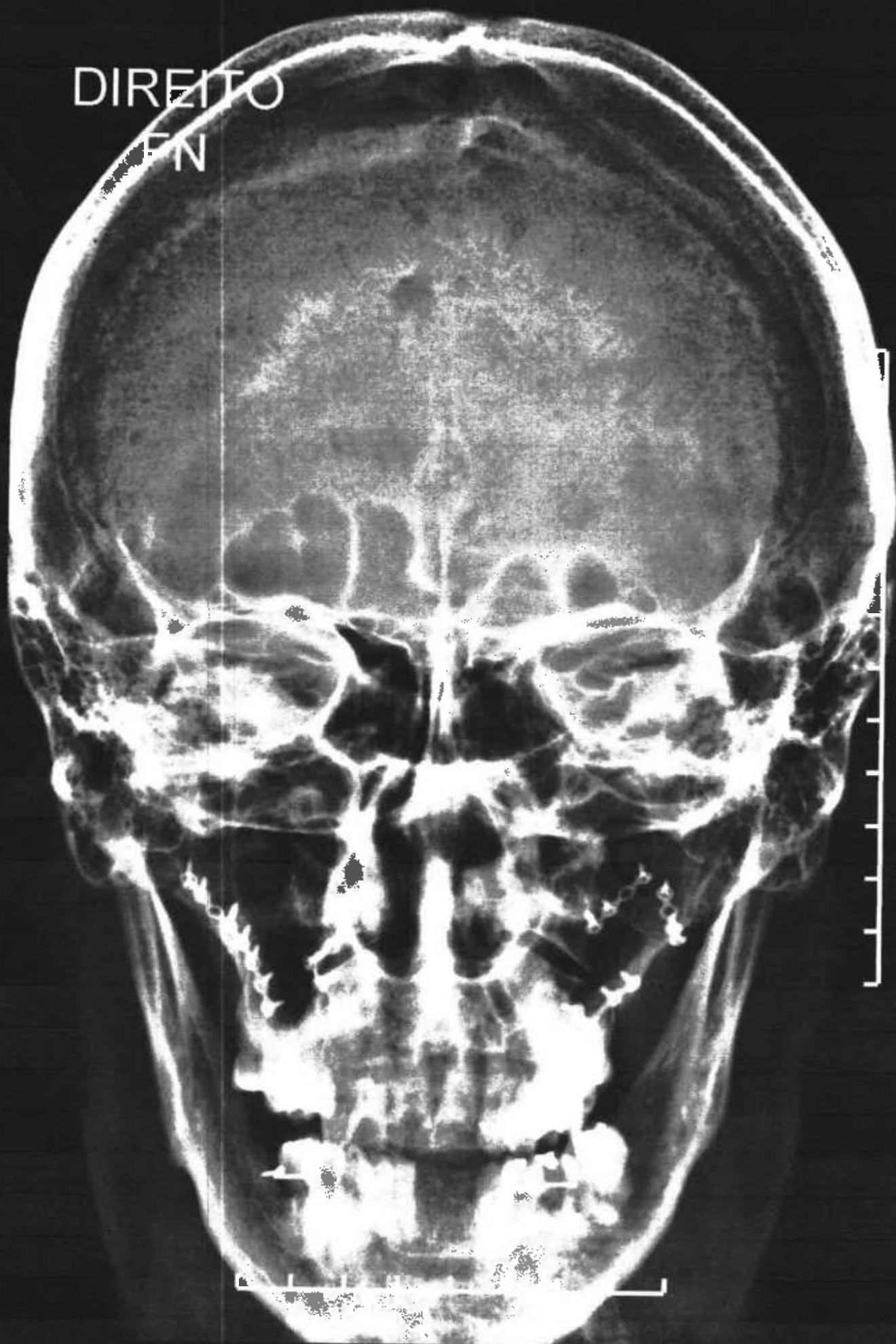
DIREITO



Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA, Sex: M
Acesso: 4718109

UDI 24 HORAS
D/N: 18/5/1971 Ida
Data: 9/7/2018 Ho

DIREITO
EN



Nome: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA, Sex: M
Acesso: 4718109

UDI 24 HORAS
D/N: 18/5/1971 Id
Data: 9/7/2018 H



Segurança em Diagnósticos Médicos

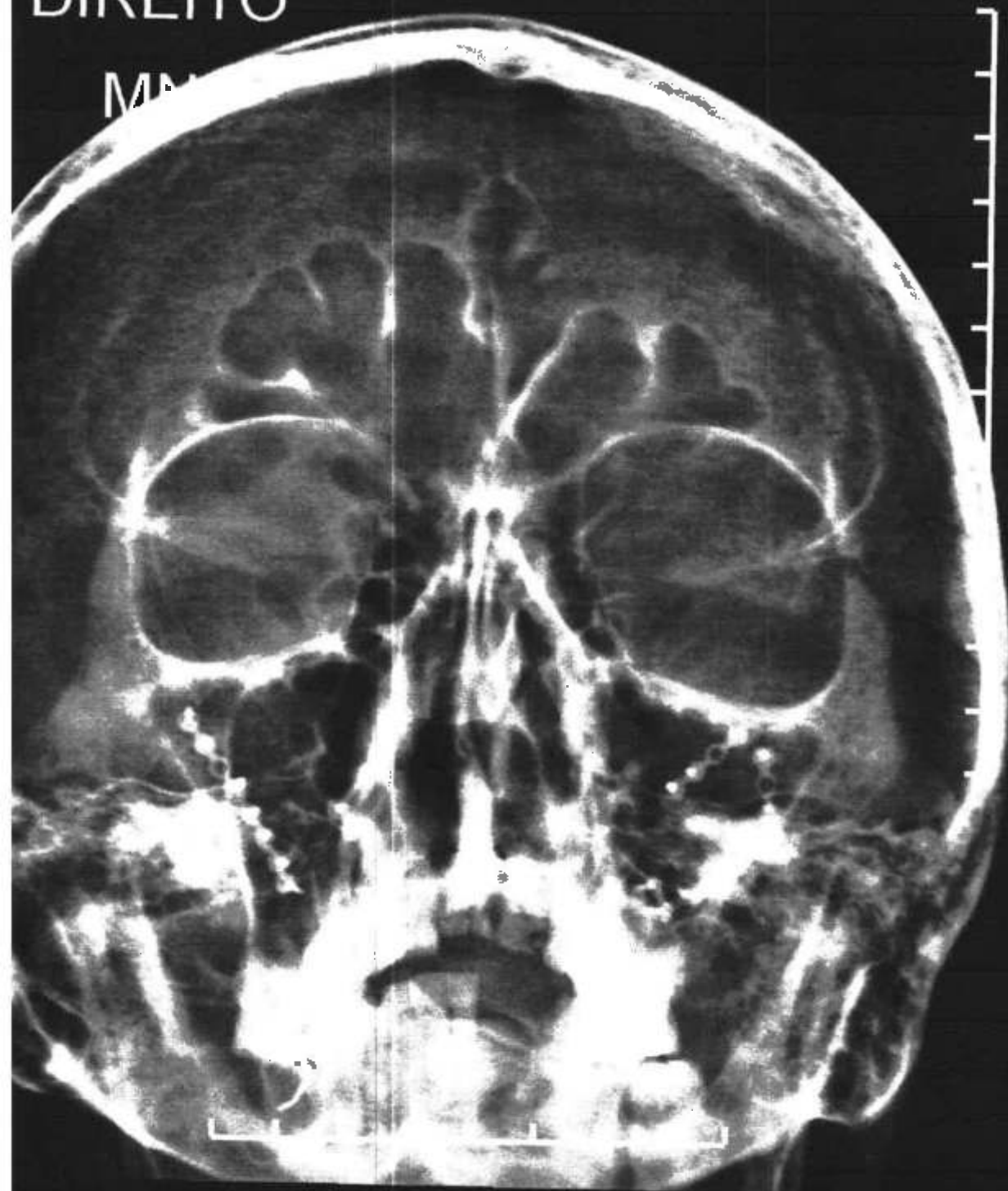
www.udi24horas.com.br

(86) 4009-1715
(86) 3214-8800



DIREITO

MM



Pront: 511305
Técnico: 38Junior

8:50



Estado do Piauí
Prefeitura de Teresina
 Fundação Municipal de Saúde



Centro da Unidade de Saúde

RECEITUÁRIO
 USO EXCLUSIVO NA
 REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Número de Série
Série D - N°
253764

05.522.917/0036-0
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINCOL ARAÚJO
 Rua Magalhães Filho, 152 Centro
 Número 64-04001-350

Nome do paciente
ALVARO ROBERTO

Endereço

Bairro

ALVARO ROBERTO

*Atesto que o paciente
 apresenta o teste de fixação
 sorológica negativa em
 relação a malária
 e Dengue.*

Lio: 490-3

Date
30/01/10

Dr. Jean José Guimarães de Araújo
 Otorrinolaringologista
 CPF: 619.547.893-49
 CRM 2385

Carimbo e assinatura do(a) profissional

**PJ CORRETORA
 DE SEGUROS**

09 NOV 2010

OPVAT

Clínica Otorrinos

Cnpj: - 04732904000162

Audito (#WAUD1218096)

Avaliação Audiológica

Emissão: 04/09/2018

Nome do Paciente: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Data do Exame: 04/09/2018

Idade: 47 anos e 4 mes(es)

Sexo: Masculino

Tipo Consulta: Convênio

Plano: SUS

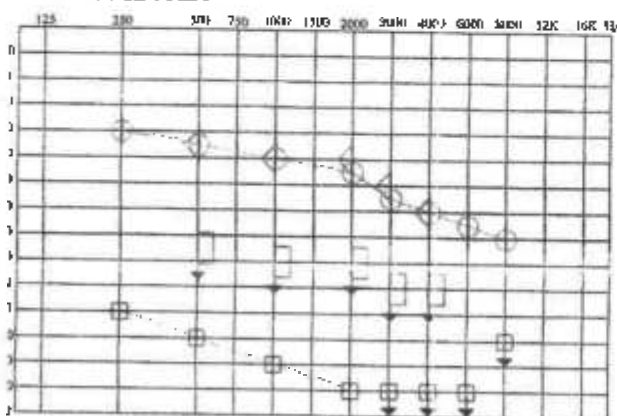
Imeto: AC33 (Última Aferição: 15/06/2018)

Documento:

Profissional que solicitou o exame:

AUDIOMETRIA

IMPEDÂNCIA ACÚSTICA



LRF-OD: 50 dB

LRF-OE:

LAF-OD:

LAF-OE:

Índice Percentual de Reconhecimento de Fala

	Intensid	Monossil	Dissil
Pal. Faladas		25	25
OD	70 dB	100 %	
OE	100 dB		

Classificação (Jerger, 1970)-OD: A

Classificação (Jerger, 1970)-OE: A

Mascaramento (em dB)

	VA		VO		LOGO
	Min	Max	Min	Max	Quant
OD		90		100	
OE					

Reflexo Acústico

Orelha Direita

Hz	Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI	Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
500	25	90	65		100	AUS		
1000	30	100	70		110	AUS		
2000	35	100	65		120	AUS		
4000	50	110	60		AUS	AUS		

Orelha Esquerda

Sonda no OE

Sonda no OD

PARECER AUDIOLOGICO

PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL GRAU LEVE A MODERADO COM SRT INCOMPATÍVEL A DIREITA;
PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL GRAU PROFUNDO A ESQUERDA;
TIMPANOGRAMA "A" COM REFLEXOS PRESENTES EM OD;
PARA O CASO SUGERIMOS O BERA AFIM DE MELHORES ESCLARECIMENTOS.

Carla Carvalho Couto
Fonodaudióloga
Especialista em Audiologia
CRF3 - PI 7408

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

11 JAN 2019

DPVAT

CRF3: CRF 7408 - PI 7408 - CARVALHO COUTO FONSECA

Rua Olavo Bilac, 2154 - Centro

Av. Irapuã Rocha 1430 - Jaquei



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELISBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 665912
Requisição: 839898 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038463 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE FACE

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

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- * PAREDES LATERAL, MEDIAL E INFERIOR DA ÓRBITA ESQUERDA.
- * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES, ETMOIDAIS E ESFENOIDAL ESQUERDA.
- * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
- * PROCESSO PTERIGÓIDE ESQUERDO.

- HEMOSSÍNUS MAXILAR, ETMOIDAL BILATERAL E ESFENOIDAL À ESQUERDA.
- PLACAS E PARAFUSOS METÁLICOS DE OSTEOSSÍNTESE NAS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES.
- EDEMA E BOLHAS GASOSAS EM PARTES MOLES DA FACE.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

[Handwritten signature]
Data: 20/05/2018
Hora: 14h30min





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Lillo 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 0440

TERESINA - PI CEP: 64011-770 CNPJ: 05.502.917/0002 02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA** (Prontuário: 219940)
Endereço: RUA JON KENNEDY S/N - BAIRRO DE FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
Nascimento: 18/05/1971 Idade: 47a0m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 685912
Requisição: 839895 Solicitação: 20/05/2018 Solicitante: JO OGER CASTRO SOUSA
Controle: 1038460 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 20/05/2018

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- FRATURA NA MASTÓIDE ESQUERDA.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

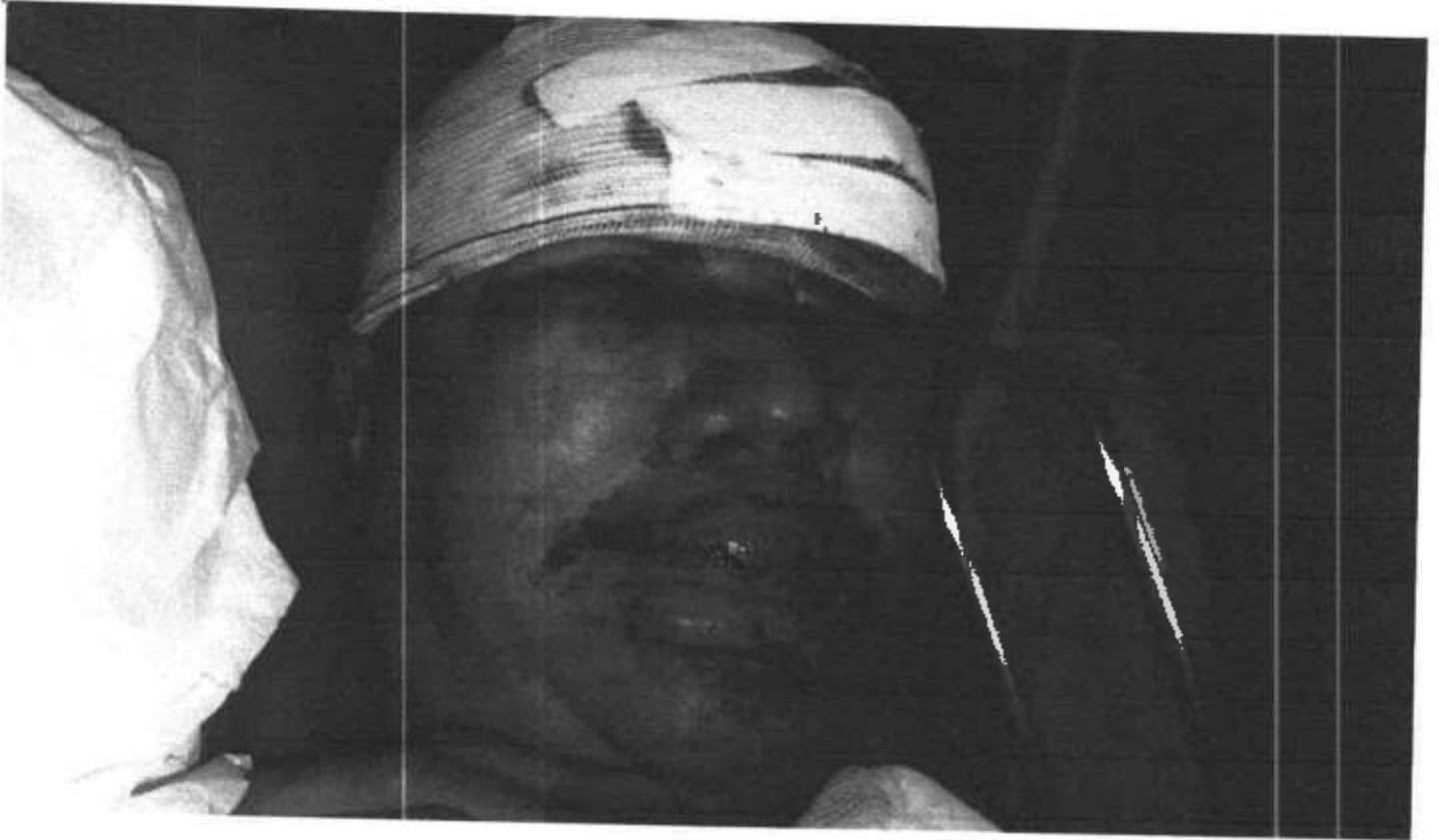
(JORGE AUGUSTO)

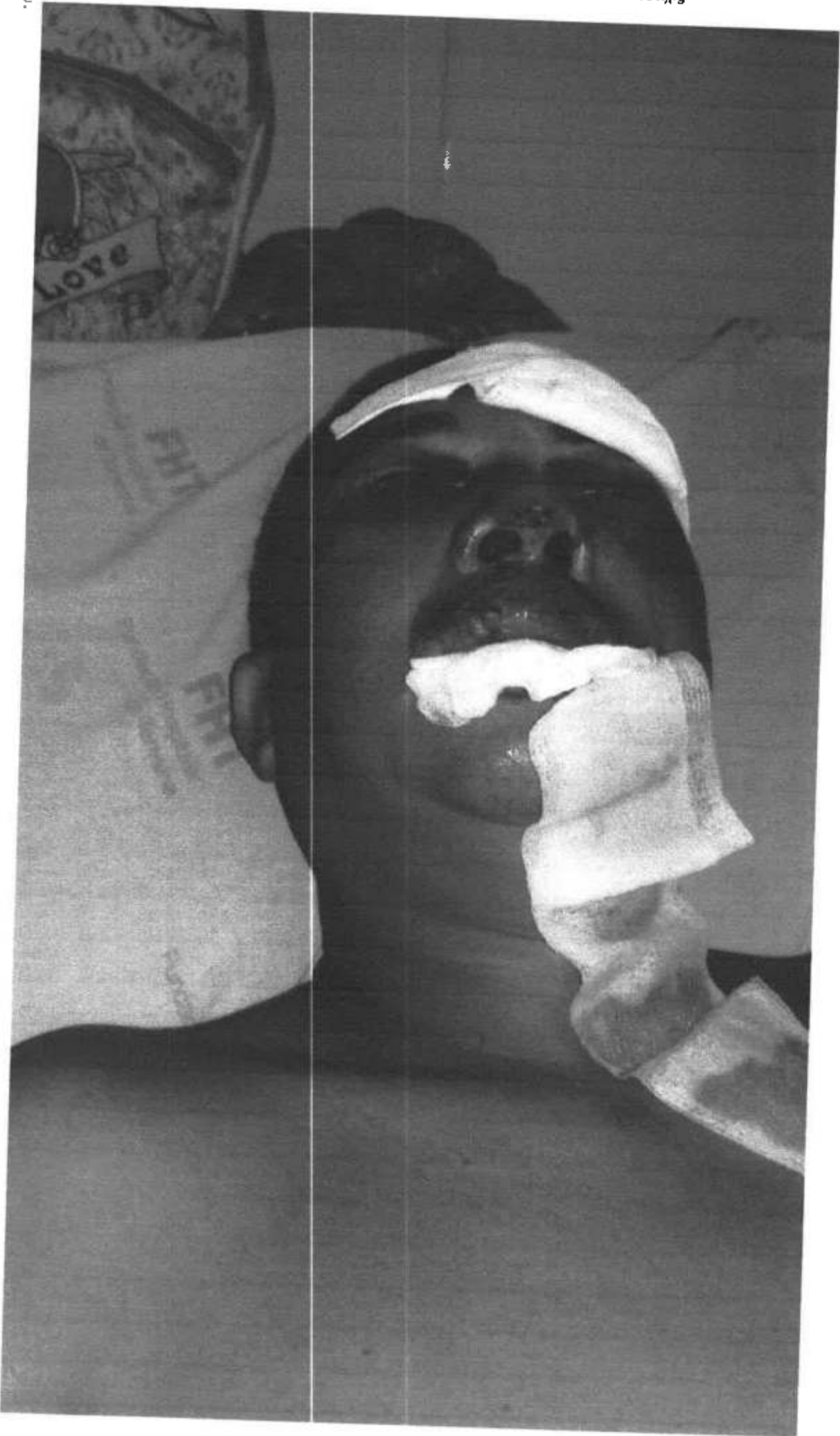
TERESINA - PI 21/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável





REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

LAUDO MÉDICO

PACIENTE COM QUADRO DE HIPOACUSIA, ZUMBIDO E INCOMODO PIOR EM ORELHA ESQUERDA, HÁ MAIS OU MENOS OITO MESES, APOS ACIDENTE DE GRANDE GRAVIDADE COM TRAUMATISMO CRANIANO. COMO SEQUELA, FOI DETECTADA ALTERAÇÃO AUDITIVA, NA QUAL FOI REALIZADA AUDIOMETRIA HÁ 4 MESES, CONSTATANDO PERDA AUDITIVA SENSORIONEURAL LEVE A MODERADA À DIREITA E GRAU PROFUNDO À ESQUERDA, DE CARATER IRREVERSÍVEL.

CID: H90.3

Teresina, 01/02/2019

Dra. Waléria Eulálio M. Santos
OTORRINO - CRM 4622

Dra. WALÉRIA EULÁLIO M. SANTOS
OTORRINO - CRM 4622

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

08 FEV 2019

DPVAT



Teresina

LAUDO MÉDICO

PACIENTE: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

Atesto para os devidos fins, que o(a) paciente REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA entrou neste hospital no dia 20/05/2018 vítima de acidente de trânsito apresentando trauma facial cuja tomografia em anexo mostrou múltiplas fraturas de face sendo submetida a cirurgia bucomaxilofacial.

Teresina, 05 de fevereiro de 2018

Dr. Matias Araújo da Silva
Cirurgião Buco-Maxilo Facial
Matias Araújo da Silva

AG CORRETORA
DE SEGUROS

08 FEV 2019

DPVAT



Rua Ode Tiro, 1220, Bairro Redenção,
Teresina-PI, CEP 64017-775
LNP 1 22 377.305/0000-03



88 3216-5199



diretoria@huterestina.com.br

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.044.023 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/08/08

NOME REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

FILIAÇÃO TERESINHA NOGUEIRA DA SILVA

NATURALIDADE ELESBÃO VELOSO-PI DATA DE NASCIMENTO 18/05/1971

DOC. ORDEM CERT. CASAM. 2903 L 14B F 288

EXP ELESBÃO VELOSO-PI 26/09/90

TERESINA - PI 143.667.358-57

LEI Nº 7.116 DE 28-06-93 / DECRETO Nº 89.200/93

CARTÃO DE IDENTIDADE

REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS

17 SET 2018

DEMAT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 010044897879
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 343027682 EXERCÍCIO 2012
COD. RENAVAM R.N.T.C.

LUZINETE GOMES DA SILVA
NOME

34293795391 PLACA CEC-1677
OFF / CNPJ CHASSI

34293795391 PLACA CEC-1677
PLACA ANT / UF CHASSI

34293795391 PLACA CEC-1677
PLACA ANT / UF CHASSI

34293795391 PLACA CEC-1677
PLACA ANT / UF CHASSI

34293795391 PLACA CEC-1677
PLACA ANT / UF CHASSI

34293795391 PLACA CEC-1677
PLACA ANT / UF CHASSI

34293795391 PLACA CEC-1677
PLACA ANT / UF CHASSI

34293795391 PLACA CEC-1677
PLACA ANT / UF CHASSI

34293795391 PLACA CEC-1677
PLACA ANT / UF CHASSI

34293795391 PLACA CEC-1677
PLACA ANT / UF CHASSI

34293795391 PLACA CEC-1677
PLACA ANT / UF CHASSI

34293795391 PLACA CEC-1677
PLACA ANT / UF CHASSI

34293795391 PLACA CEC-1677
PLACA ANT / UF CHASSI

34293795391 PLACA CEC-1677
PLACA ANT / UF CHASSI

34293795391 PLACA CEC-1677
PLACA ANT / UF CHASSI

34293795391 PLACA CEC-1677
PLACA ANT / UF CHASSI

DETRAN

CONTRAN

DE SEGUROS

17 SET 2012

DPVAT

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

PI Nº 010044897879 BILHETE DE SEGURO DPVAT

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

34293795391 EXERCÍCIO 2012
OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PINº 010044897879 EXERCÍCIO 2012 DATA EMISSÃO 10/04/2013

VIA 1 34293795391 OFF / CNPJ PLACA CEC-1677

343027682 RENAVAM MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI

2011 ANO FAB. COT. UNIC. 09 Nº CHASSI 9C2KC1670BR611749

PRÊMIO TARIFÁRIO

123,32 PREM. (R\$) DESVATAM (R\$) 013,70

004,15 CUSTO DO BILHETE (R\$) 001,05

004,15 CUSTO DO BILHETE (R\$) 001,05

004,15 CUSTO DO BILHETE (R\$) 001,05

004,15 CUSTO DO BILHETE (R\$) 001,05

004,15 CUSTO DO BILHETE (R\$) 001,05

004,15 CUSTO DO BILHETE (R\$) 001,05

004,15 CUSTO DO BILHETE (R\$) 001,05

004,15 CUSTO DO BILHETE (R\$) 001,05

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

2102 / 1001

10/04/2013

ELESBAO VELOSO

10/04/2013

**CARTA REANÁLISE
DE PROCESSO DE INVALIDEZ**



EU Reivaldo no gins da Silva

PORTADOR(A) DO

RG 3.044.023 E CPF 143.667.358.57 RESIDENTE NA

RUA/AV: JONH KENFORDY

Nº 511

BAIRRO DE FATIMA CIDADE ELESBÃO VELOSO UF: PIAUÍ

DE CLARO QUE FUI VITÍMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO
DIA 20/05/2018 ONDE HÁ LESÕES CUA ESTOLOGIA (OTÍGEM
CAUSAL) FOI EXCLUSIVAMENTE DECORRENTE DO ACIDENTE DE TRÂNSITO
COM TCE APRESENTADO NA TOMOGRAFIA FRATURA NA —
MASTOIDE ESQUERDA, CONTUSÕES HEMORRÁGIAS NO
LADO TEM PERAL DE REÍTO. TRAUMA EM FACE APRESENTADO
A TOMOGRAFIA FRATURAS EM OSSOS DA FACE ASSIM DISTRIBUÍDAS:

Cidade Endenópolis 09/01/2019

Reivaldo no gins da Silva
(Assinatura)

- PAREDES LATERAL MEDIAL INFERIOR DA ORBITA ESQUERDA.
- PAREDES DOS SEIOS MAXILARES ETMOIDAISE ESFENOIDAL
- ESQUERDA → ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO → OSSOS PROPRIOS
- DO MORIZ E SEPTO NASAL.

PROCESSO 87TERE-001DE ESQUERDO.

- HEMOSSINOS MAXILAR ETMOIDAL BILATERAL E ESFINADAL A ESQUERDA
- PLACAS E PARAFUSOS METALICOS DE OSTESSINTESE NOS PAREDES ANTERIORES DOS SEIOS MAXILARES.
- A VALIAÇÃO AUDIOLOGICA FOI CONSTATADA PERDA AUDITIVA SENSORIENEURAL GRAU LEVE A MODERADO COM SRT INCOMPATIVEL A DIREITA.
- PERDA AUDITIVA SENSORIENEURAL GRAU PROFUNDO-A ESQUERDA.

TIMPANOGRAMA "A" COM REFLEXOS PRESENTES EM OD.

SOLICITO NOVO REANALISE NO MEU PROCESSO DPVT ONDE RECEBI R\$ 843.75 POIS NAO CONCORDO COM O VALOR POIS MINHAS SEQUELAS SAO DEFINITIVAS.

SEGUNDO O PREVISTO NO INCISO II § 1º DO ART 3º DA LEI 6.194/74 MODIFICADO PELO ART 31º DA LEI 11.945/2009

PODEMOS CORRELACIONAR AS GRADUAÇÕES PORCENTUAIS ENTÃO COMPATIVELIS AOS DANOS APURADOS -

RESPECTIVAMENTE A CADA SEGMENTO -

CORPORAL ACOMETIDO, APURADO DE MODO GLOBAL -

OU SETORIAL.

SEGUIM EM ANEXOS OS LAUDOS QUE COMPROVAM AS MINHAS SEQUELAS.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180429743 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA DE OSSOS DA FACE (COMPLEXO ZIGOMÁTICO ORBITÁRIO, MAXILAR E OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *& SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS EM GRAU MODERADO (50%); LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS EM GRAU LEVE (25%); E TORNOZELO DIREITO EM GRAU INTENSO (75%).

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
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180429743 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL, CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO, SINAL DO GUAXINIM, FRATURA COMPLEXA DA FACE (LEFORT III). FRATURA DE MASTOIDE À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: RATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE BILATERAL E ALTA.

Sequelas permanentes: PERDA PARCIAL BILATERAL DA ACUIDADE AUDITIVA, CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 29/11/2018.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL POR LESÃO EM ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS, CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 29/11/2018.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 29/11/2018:

Vítima possui sinistros anteriores referentes a outros acidentes ocorrido em 04/10/2012 e 28/06/2014. A vítima foi indenizada referente ao acidente de 2012 em R\$ 6.750,00 referente a um déficit de 50% das estruturas crâniofaciais. Refente ao acidente ocorrido em 2014 recebeu R\$ 5.906,25 referente a uma limitação funcional do tornozelo direito em 75% + déficit de 25% das estruturas torácicas. TOTAL JÁ RECEBIDO R\$ 12.656,25. Acidente atual ocorrido em 20/05/2018, a vítima sofreu um TCE grave com contusões hemorrágicas no lobo temporal direito, fratura complexa de face LE FORT III e fratura de mastoide esquerdo, de acordo com perícia médica realizada em 29/11/2018 apresenta um déficit de 25% crânio-faciais (duplicidade de sequelas - conduta mantida) e um déficit auditivo bilateral de leve-moderada à direita e profunda à esquerda de origem central sendo então devida uma indenização complementar até o teto indenizatório (complementar com R\$ 843,75) - duplicidade de sequelas. APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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: 3180429743 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA MÚLTIPLAS DOS OSSOS DA FACE.

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

Sequelas permanentes: LESÃO DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIORES EM GRAU MODERADO (50%) DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180429743 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL, CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO, SINAL DO GUAXINIM, FRATURA COMPLEXA DA FACE (LEFORT III). FRATURA DE MASTOIDE À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: RATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE BILATERAL E ALTA.

Sequelas permanentes: PERDA PARCIAL BILATERAL DA ACUIDADE AUDITIVA, CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 29/11/2018.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL POR LESÃO EM ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS, CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 29/11/2018.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 29/11/2018:

Vítima possui sinistros anteriores referentes a outros acidentes ocorrido em 04/10/2012 e 28/06/2014. A vítima foi indenizada referente ao acidente de 2012 em R\$ 6.750,00 referente a um déficit de 50% das estruturas crâniofaciais. Refente ao acidente ocorrido em 2014 recebeu R\$ 5.906,25 referente a uma limitação funcional do tornozelo direito em 75% + déficit de 25% das estruturas torácicas. TOTAL JÁ RECEBIDO R\$ 12.656,25. Acidente atual ocorrido em 20/05/2018, a vítima sofreu um TCE grave com contusões hemorrágicas no lobo temporal direito, fratura complexa de face LE FORT III e fratura de mastoide esquerdo, de acordo com perícia médica realizada em 29/11/2018 apresenta um déficit de 25% crânio-faciais (duplicidade de sequelas - conduta mantida) e um déficit auditivo bilateral de leve-moderada à direita e profunda à esquerda de origem central sendo então devida uma indenização complementar até o teto indenizatório (complementar com R\$ 843,75) - duplicidade de sequelas. APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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: 3180429743 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO.
FRATURA DE OSSOS DA FACE.
FRATURA NA MASTOIDE ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS EM GRAU MODERADO (50%); LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS EM GRAU LEVE (25%); E TORNOZELO DIREITO EM GRAU INTENSO (75%).
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180429743 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NOS OSSOS DA FACE(COMPLEXO DO MAXILAR).

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ANGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL POR LESÃO EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.

Documentos complementares:

Observações: VITIMA JÁ EM INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIORES EM 50% DE ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS, 25% DE ESTRUTURAS TORÁCICAS E 75 DE TORNOZELO DIREITO, SINISTRO ATUAL 0%.

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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180429743 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL GRAVE COM CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO, SINAL DO GUAXINIM, FRATURA COMPLEXA DE FACE LE FORT III. FRATURA DE MASTOIDE ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA (LIMITADA NO EIXO MÉDIO EM 2CM), DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. APRESENTA PERDA AUDITIVA LEVE-MODERADA À DIREITA E PROFUNDA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE BILATERAL. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM SETEMBRO DE 2018.

Sequelas permanentes: Perda parcial bilateral da acuidade auditiva, Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/11/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: 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
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PRESTADOR

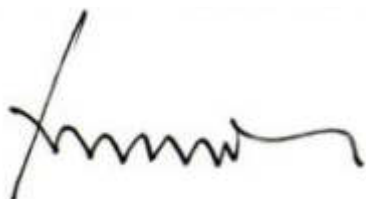
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180429743 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL GRAVE COM CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO, SINAL DO GUAXINIM, FRATURA COMPLEXA DE FACE LE FORT III. FRATURA DE MASTOIDE ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA (LIMITADA NO EIXO MÉDIO EM 2CM), DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. APRESENTA PERDA AUDITIVA LEVE-MODERADA À DIREITA E PROFUNDA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE BILATERAL. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM SETEMBRO DE 2018.

Sequelas permanentes: Perda parcial bilateral da acuidade auditiva, Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima possui sinistros anteriores referentes a outros acidentes ocorrido em 04/10/2012 e 28/06/2014. A vítima foi indenizada referente ao acidente de 2012 em R\$ 6.750,00 referente a um déficit de 50% das estruturas crânio-faciais. Refente ao acidente ocorrido em 2014 recebeu R\$ 5.906,25 referente a uma limitação funcional do tornozelo direito em 75% + déficit de 25% das estruturas torácicas. TOTAL JÁ RECEBIDO R\$ 12.656,25. Acidente atual ocorrido em 20/05/2018, a vítima sofreu um TCE grave com contusões hemorrágicas no lobo temporal direito, fratura complexa de face LE FORT III e fratura de mastoide esquerdo, de acordo com perícia médica realizada em 29/11/2018 apresenta um déficit de 25% crânio-faciais (duplicidade de sequelas - conduta mantida) e um déficit auditivo bilateral de leve-moderada à direita e profunda à esquerda de origem central sendo então devida uma indenização complementar até o teto indenizatório (complementar com R\$ 843,75) - duplicidade de sequelas.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: 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
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 12,5 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

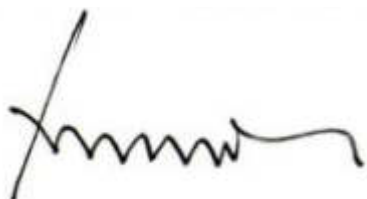
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180429743 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REIVALDO NOGUEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL GRAVE COM CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO, SINAL DO GUAXINIM, FRATURA COMPLEXA DE FACE LE FORT III. FRATURA DE MASTOIDE ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DA ABERTURA DA BOCA (LIMITADA NO EIXO MÉDIO EM 2CM), DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. APRESENTA PERDA AUDITIVA LEVE-MODERADA À DIREITA E PROFUNDA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE BILATERAL. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM SETEMBRO DE 2018.

Sequelas permanentes: Perda parcial bilateral da acuidade auditiva, Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima possui sinistros anteriores referentes a outros acidentes ocorrido em 04/10/2012 e 28/06/2014. A vítima foi indenizada referente ao acidente de 2012 em R\$ 6.750,00 referente a um déficit de 50% das estruturas crânio-faciais. Refente ao acidente ocorrido em 2014 recebeu R\$ 5.906,25 referente a uma limitação funcional do tornozelo direito em 75% + déficit de 25% das estruturas torácicas. TOTAL JÁ RECEBIDO R\$ 12.656,25. Acidente atual ocorrido em 20/05/2018, a vítima sofreu um TCE grave com contusões hemorrágicas no lobo temporal direito, fratura complexa de face LE FORT III e fratura de mastoide esquerdo, de acordo com perícia médica realizada em 29/11/2018 apresenta um déficit de 25% crânio-faciais (duplicidade de sequelas - conduta mantida) e um déficit auditivo bilateral de leve-moderada à direita e profunda à esquerda de origem central sendo então devida uma indenização complementar até o teto indenizatório (complementar com R\$ 843,75) - duplicidade de sequelas.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: 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
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 12,5 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

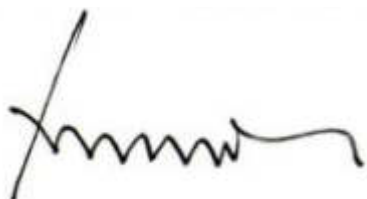
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Reinaldo Nogueira da Silva BRASILEIRO (a) ESTADO
CIVIL casado PROFISSÃO vigilante CI RGN. nº 3.044.023 CPF/ ME
Nº 43.667.358-57 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A
RUA Rua Jonh Kennedy S/nº B. N. de Fatima
CIDADE DE Elesbão Veloso - Piauí
ESTADO Piauí CEP 64.325.000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 849.394.433-53 E RG SOB
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº 244 BAIRRO
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto
a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Elesbão Veloso, Piauí, PI de Julho de 20 18



Reinaldo Nogueira da Silva

OUTORGANTE

COMPANHIA
DE SEGUROS

17 SET 2018

DEMAT

