



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 | CNPJ: 06.843.747/0001-27
Internet: www.agespia.com.br
Atendimento ao Consumidor: 0800 06 8888

Fatura Mensal

307587-7

407N261981

JUL 2019

Nome/Razão Social/Endereço
RAIMUNDA MARTA DA SILVA
RUA SAG PEDR: 43
CAPITAO MUNIZ
ELESBAO VELOSO 64325000

AG- 162

Situação		Categorias de Uso			Inscrição
Atualização	Rel.	Cars.	Vol.	Pub.	
5/1	1				36 1 01 0129 0140-000
Data de Validade Control					Rel. de Validade Control
7/06/2019		18/07/2019			31

Histórico de Consumo			Ocorr.
Mês/Ano	Valor	Garantia	
01/19	1697	23	0
02/19	1707	10	0
03/19	1740	30	0
04/19	1757	11	0
05/19	1772	15	0
06/19	1785	13	0
07/19	1799	14	0

FATURADO P/ CONSUMO NORMAL

Cód. Responsável	Código de Tarefa
000000000	01

Consumo Médio	Corta. Fluo Água	Corta. Fluo Eng 600
18		

Consumo	Consumo Felusado
14	14

Cód.	Nome do Serviço
------	-----------------

AGDA
Multa Infomtualidade 001/001
Juros de Mora 001/001
Manutencao Hidrometro

2,01
3,17
1,90

VERIFICATION

25/07/2019

GENERAL
PAGE 14 (15)

61.85

AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 1 VALOR: R\$ 48,70
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetros	Unidade	Cor	Cloro	PH	Ferro	Coliformes	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	SP	TC	CLP	6,0 a 8,5	0,5	Atenção	Atenção
Na Máximo de Amostras Válidas							
Na Amostras Rejeitadas							
Na Amostras que Atenda Legislação	0.53	2.14	1.45	8.44		0.00	0.00
Valor Médio							

MANEJE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS CONJUNTAMENTE.

Condições:
 1. A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2-VI SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETOADO PELA AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº9.613/98.

Pela exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.433 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antonio Elson Pereira da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.737.543 / 96

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Antonio Elson Pereira da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.737.543 / 96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recusa 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 Sete de Setembro</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>E. Weloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>carladrianasousa@gmail.com</u>	CEP: <u>64.325.000</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99981.6008</u>

Local e Data: E. Weloso - Piauí - Pi 12.12.2019

Adriana Carla de Sousa Silva

Assinatura do Declarante

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: U58 DATA: 09/09/19
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Av. São Yvê
NOME DO PACIENTE: Antonio Eben Pereira da Silva
SEXO: (☒) MASCULINO (☐) FEMININO IDADE: 29

SAÍDA DO P.A.	CHEGADA AO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	CHEGADA AO HOSPITAL	SAÍDA DO HOSPITAL	CHEGADA NOP.A.
15:53	15:57	16:03	16:11	16:32	16:37

<input checked="" type="checkbox"/> 01. ACIDENTE DE TRANSPORTE	05. CHOQUE ELÉTRICO	09. MAL SÚBITO	13. URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
02. AGRESSÃO FÍSICA	06. ENVENENAMENTO	10. QUEDA	14. URGÊNCIA CLÍNICA
03. AFOGAMENTO	06. FALSO CHAMADO	11. QUEIMADURA	15. OUTROS
04. AGRESSÃO ARMA BRANCA	08. JÁ REMOVIDO	12. URGÊNCIA OBSTÉTRICA	

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	RESPOSTA VERBAL	PUPILAS
<input checked="" type="checkbox"/> 01. ALERTA	<input checked="" type="checkbox"/> 01. NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> 01. IGUAIS
02. RESPONDE A COMANDO	02. CONFUSA	02. DESIGUAIS
03. RESPONDE A DOR	03. NENHUMA	
04. SEM RESPOSTA		

PULSO RADIAL	SANGRAMENTO	SINAIS VITAIS
FORTE (<input checked="" type="checkbox"/>)	AUSENTE (<input type="checkbox"/>)	PRESSÃO ARTERIAL <u>130 X 80</u>
FRACO (<input type="checkbox"/>)	MÍNIMO (<input type="checkbox"/>)	PULSO <u>73</u> GLICEMIA <u>118</u>
AUSENTE (<input type="checkbox"/>)	MODERADO (<input checked="" type="checkbox"/>)	RESPIRAÇÃO <u>20</u>
	INTENSO (<input type="checkbox"/>)	TEMPERATURA
		Sat.O ₂ <u>96</u> FC <u>73</u>

OBSERVAÇÕES: Paciente vítima de acidente de moto (colisão) apresentando corte na face com perda de consciência

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
01. ASPIRAÇÃO	05. PRANCHA LONGA	09. IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES
02. OXIGÊNIO	06. PRANCHA CURTA	10. ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
03. RCP	07. KED	11. OUTROS: _____
04. CURATIVO	08. COLAR CERVICAL	

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL	ÓBITO	HOSPITAL DE DESTINO
01. MELHORADO	01. ANTES DO SOCORRO	HENM
02. PIORADO	02. ANTES DO TRANSPORTE	OUTROS: _____
03. INALTERADO	03. NO TRANSPORTE	ASSINATURA: 


SOCORRISTAS: Waltermá + Renata



Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro
Fone: (86) 3285-1133 - Elesbão Veloso - PI
CNPJ: 06.553.564/0012-90



FICHA DE ATENDIMENTO DO PRONTO SOCORRO

Paciente:		Idade	Data Nasc.	Cartão SUS
Antonio Elton Pereira da Silva		29	13-09-1990	
Endereço:		Bairro	Cidade	
Rua São Pedro, 5/N		capitão mundacu	E. Veloso	
Data do Atendimento		Hora	Tipo	
09-09-19		16:10	<input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Outros	
Exame físico: Sinais Vitais		Telefone do Paciente: 9539.8213		
PA: 130/80 mmHg FC: R:		GLASGOW:		
Glicemia Capilar 113 Saturação O: 97				
Histórico Clínico:				
Paciente vítima de acidente automobilístico, apresentando lesões e sem consciência, é admitido com múltiplas escoriações com risco de infecção em membros superiores.				
Diagnóstico Inicial:				
Prescrição Médica na Urgência:		Anotações de Enfermagem		
				
Destino Paciente: Data: / / Hora:				
<input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Transferência				
<input type="checkbox"/> Sala de Observação <input type="checkbox"/> Óbito / / Hora:				
<input type="checkbox"/> Liberado após medicação/ tratamento ambulatorial				

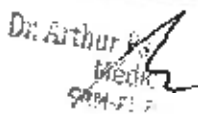
CONFERE COM O ORIGINAL

Rafaelle A. Onias
13/11/19.

GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA (HENM)

Avenida Benício Alves da Silva, 577/ Centro
Fone/Fax: (86) 3285-1133 Cep.: 64.825-000 - Elesbão Veloso-PI
CNPJ.: 06.563.564/0012-60 E-MAIL: hospitalnorbertomoura@hotmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
PRONTO SOCORRO

NOME DO PACIENTE:		IDADE
Colônio Elson Pereira da Silva		29a
ENDEREÇO:	CIDADE	UF
Rua São Pedro, 5/N / Copião Mundoço / E. Veloso	PI	
CPF:	RG:	
	3.435.838	
NOME DO PAI:		
Colônio Pereira da Silva		
NOME DA MÃE:		
Alzenildes Maria dos Santos Silva		
DADOS CLÍNICOS		
DIAGNÓSTICO		
DATA	ASS. CARIMBO DO MÉDICO	
09/09/19	 ASS. CARIMBO DO MÉDICO	

CONFERE COM O V. 101/19

Rayanne A. Olias
13/11/19



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Antonio Elson Perreira da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 522390

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

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: (66) 3443-5443

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.574.937/0002-02

BUCCAL NEUROLOGIA
Plástica OK
Geral.**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

Imp: 09/09/2019 20:55:45

(User: BRUNO CALAÇA)

(Estação: CONSUPLA03)

NH60
10/03/19

Nome: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA		Prontuário: 522340
Mãe: ALZENILDES MARIA DOS SANTOS SILVA	Pai: ANTONIO PEREIRA DA SILVA	
End.Resid.: RUA SAO PEDRO, S/N - CAPITAO MUNDOCO - ELESBAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000		
Nascimento: 13/09/1990	Idade: 28a11m26d	Sexo: Masculino Fone: 86-99473-2046
Responsável: O MESMO	CNS: 700602414649762	
Profissão: LAVRADOR	Documento: RG: 3.415.818 -	
Instrução: Não informado	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 740544	Entrada: 09/09/2019 20:28:36	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM FASE	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, ENCONTRAVA-SE SEM USO DE CAPACETE E SOB EFEITO DE ALCOOL. NEGA HISTÓRIA DE RNC OU VÔMITOS. REFERE DOR EM MIE E CEFALÉIA. EM USO DE TAMPÃO NASAL DEVIDO EPITAXE INTENSA. ECG- 15, EUFÊMICO.		GISELDE BARBOSA LIMA COREM 288113 PI Em: 09/09/2019 20:43:40

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 3 HORAS, SEM USO DE CAPACETE. APRESENTA LESÕES EM FASE (NARIZ, LÁBIOS E FRONTE) E TORNOZELO ESQUERDO. A) VIAS AERIAS PERVIAS, FASICO SEM COLAR CERVICAL E SEM FRANCHA RÍGIDA B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE; SRA C) BNF, RR, 2T, ENCHIMENTO CAPILAR < 2S; ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO; PELVE ESTÁVEL; D) PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW 15. E) LESÃO CORTOCOTUSA EM TORNOZELO ESQUERDO	TOMOGRAFIA REALIZADA DATA 09/09/19 HORA 21:15h. EXAME CMMIO + FACE TECNOLOGO: [assinatura]
--	--

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

Exames Complementares: (1305591) - T.C. DE CRÂNIO (1305592) - T.C. DE FASE (1305594) - TORNOZELO ESQUERDO

Prescrição Médica: TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML, EV, AGORA	502-2 Dr. Antonio Henrique Figueira Esp. Cirurgia e Traumatologia Bucco Maxilo Facial PRO-PI: 4244
--	--

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

Assinatura Paciente ou Responsável: Maria Laisane Pereira da Silva	BRUNO CALAÇA RIBEIRO CRM PI 3543 Em: 09/09/2019 20:55:44
501 - Solicita a telefonista, contatos com Cirurgia Bucal e Cirurgia Maxilo Facial	
Enfermeira COREN - PI 177.884	



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

Planilha 1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Beu

P.2

PACIENTE		PROTÓTIPO	CLÍNICA	ENF. Q. AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Antonio Elson Pereira da Silva		522340		Unidade	esquerda	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM						
Anamnese: Injúria nasal e frontal (foto de órbita)				HORÁRIOS		OBSERVAÇÕES
						11:40 Realizado curativo no ferimento nasal. Para exames, realizado em SF 0,9% e observação com monitorização. Sinais vitais estáveis. 24 horas de observação.
1 Dieta Oral Pastosa						
2 SF 0,9% 1000ml EV 14 gts/mln - correr em 24 horas						
3 Ceftriaxona 1g - 1g + AD 12/12hs EV						
4 Decadron 4mg - 4 mg + AD, 8/8h, EV						
5 Tilatil 20 mg - 20 mg, 12/12h, EV						
6 Dipirona 2ml - 2 ml + AD, 6/6hs, EV						
7 Ranitidina 50 mg - 50 ml +AD, 8/8hs, EV						
8 Cabeceira elevada a 30 graus						
9 HIGIENE ORAL ESCOVAÇÃO + BOCHÊCHO COM CLOREXIDINA 0,12%						
10 Cuidados Gerais da enfermagem e observação 6/6hs						

Monitoreado por S. Coelho
NUTRICIONISTA GINECOLÓGICA
CRN 4322

Dra. Leila Pereira da Silva
Esp. Cirurgia e Traumatismo Bucal
CRO-PI: 4244

Atencamente,
Márcia Lúcia de Souza
NOME: Márcia Lúcia de Souza
Nº: 41467
CONFERE COM O ORIGINAL

09/09/18

10

jet - Acidente de moto

Ét mur - 6-15

91 Urôm -

- sem lacerações internas no nariz
em sem contusão no nariz

Antonio Carlos Sousa
Neurocirurgião
Cirurgia da Cabeça
CRM - PI 3720

ETBMF 09/09/18 → 22:23

Paciente vítima de acidente motociclístico sem uso de capacete, consciente, orientado. Ao exame clínico apresenta lacerações em regiões frontal, nasal (com perda de substância), e labial superior. Relata obstrução nasal. Observou-se a avaliação dos elementos dentários 41, 31 e 32. Não apresenta sangramento ativo. Abertura bucal satisfatória e oclusão sem alteração. Ao exame tomográfico, paciente apresenta fratura nasal e asso frontal (teto de órbita).

CD: Procedimento cirúrgico após liberação das demais especialidades. Dra. Telicoff Franklin Silva
Esp. Cirurgia Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
CRM-PI: 4244

Avaliação da cirurgia plástica.

Paciente vítima de acidente com motocicleta apresenta lesões na face (lábio superior, nariz e fronte). Conduta: encaminhar para sala de sutura. Limpeza extensiva das lesões na face com anestesia local, sutura e curativo das lesões. Obs: paciente apresenta perda de substância no nariz necessitará de novo procedimento de reconstrução nasal.



FHTFundação Hospitalar
de Teresina**CCIH**

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Hosp. de Urgência de Teresina

**SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS DE USO RESTRITO****IDENTIFICAÇÃO**DATA: 10/09/19NOME: Antônio Elson Pereira da Silva IDADE: 28 PESO: 70CLÍNICA: Urologia LEITO: 28 PRONTUÁRIO: 28SITUAÇÃO DO PACIENTE: (☒) TRAUMA (☐) NÃO TRAUMAINDICAÇÃO DO ANTIBIÓTICO: (☒) TERAPÊUTICO (☐) PROFILÁTICOINFECÇÃO: (☐) COMUNITÁRIA (☐) HOSPITALARFOCO DA INFECÇÃO: (☐) PNEUMONIA (☐) TRATO RESPIRATÓRIO SUPERIOR(☐) OSSOS E ARTICULAÇÕES (☐) CIRÚRGICO (☐) URINÁRIO (☐) ABDOMINAL(☐) SIST. NERVOSO CENTRAL (☐) SANGUÍNEO (☐) PELE E PARTES MOLES(☐) CHOQUE SÉPTICO (DESCONHECIDO) (☐) OUTROS _____ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS E PERÍODO DE
USO: _____

DROGA SOLICITADA	VIA	POSOLOGIA	PREVISÃO (dias)
<u>Cefalotina 1g</u>	<u>EV</u>	<u>6/6 hrs</u>	<u>7 dias</u>

JUSTIFICATIVA: fratura nasal e frontal (teto de órbita)FUNÇÃO RENAL: (☐) NORMAL (☐) ALTERADAFUNÇÃO HEPÁTICA: (☐) NORMAL (☐) ALTERADAREALIZOU CULTUR: (☐) NÃO (☐) SIM

DATA DA COLETA: ____/____/____

Resultado

Dra. Leticia Franklin Silva
 Esp. Cirurgia Traumatologia
 Buro Maxilo-Facial
 CRO-PI: 4244

MÉDICO-CARIMBO

PARECER DA CCIH: _____

NOME: Antonio Elson Pereira da Silva PRONTUÁRIO: _____ IDADE: 28 ENFERMARIA/LEITO: _____

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS ENFERMAGEM (FUGULIN): ☒ MÍNIMOS ☐ INTERMEDIÁRIOS ☐ ALTA DEPENDÊNCIA ☐ SEMI-INTENSIVOS ☐ INTENSIVOS DATA: 10/09/2019

SINAIS VITAIS							ENTRADAS			SAÍDAS	
HORA	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURESE	DRENO
10	36,9	69	16	100x60							
12	36,4	63		116x64							
18	36,6	71		110x64							
24											
06											

ESCALA DE BRADEN:	PONTOS:	CONTROLE:	MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"
PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação): 1-Totalmente 2-Muito 3-Levemente 4-Nenhuma	4	ALTO RISCO AR: <12	
UMIDADE (Molhado): 1-Completamente 2-Muito 3-ocasionalmente 4-Raramente	4		
ATIVIDADE: 1-Azulado 2-Cadeira rodada 3-Anda Ocasionalmente 4-Anda Frequentemente	2	MEDIO RISCO MR: 12 a 14	
MOBILIDADE (Limitação): 1-Totalmente 2-Muito 3-Levemente 4-Nenhuma	3	BAIXO RISCO BR: 15 a 18	
NUTRIÇÃO: 1-Muito pobre 2-Insuficiente 3-Adequada 4-Excelente	3		
FRICÇÃO E CISCALHAMENTO: 1-Problema 2-Problema Potencial 3-Nenhum Problema	3	CLASSIFICAÇÃO BR: 19	
TOTAL:	19		

ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA):	PONTOS:	CONTROLE:
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0	0	SEM RISCO SR: 0-24
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: SIM - 15 / NÃO - 0	0	
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Móvel (Paralela - 30 / Muletas / Bengala / Andador - 15 / Nenhum / Acamado / Alvo Profissional Saúde - 0)	30	BAIXO RISCO SR: 25-50
4. TERAPIA ENDOVENOSA: SIM - 20 NÃO - 0	15	
5. MARCHA: Comprometida / cambaleante - 30 / Fraca - 15 / Normal / Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas - 0	0	ALTO RISCO AR: > 51
6. ESTADO MENTAL: Superestimacacidade / Esquecimento - 15 / Orientado / Capacidade a suscetibilidade / Limitação - 0	0	
TOTAL:	35	CLASSIFICAÇÃO:

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
1. Estado Mental: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Torporoso Glasgow: AO/RV/RM =
2. Locomoção: <input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Restrito ao leito por orientação <input type="checkbox"/> Parestesia <input type="checkbox"/> Plegia <input type="checkbox"/> Hemiparesia <input type="checkbox"/> Déficit Motor
3. Respiração: <input checked="" type="checkbox"/> Eupnéico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Taquipnéico <input type="checkbox"/> TQT <input type="checkbox"/> Sem O ₂ <input type="checkbox"/> Com O ₂ :
4. Sistema Cardiovascular: <input type="checkbox"/> BNR <input checked="" type="checkbox"/> BNF <input type="checkbox"/> 2T <input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Outros:
5. Dieta: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE/SNG <input type="checkbox"/> SOE/SOG <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> Dieta zero <input checked="" type="checkbox"/> Boa aceitação <input type="checkbox"/> Aceita Parcialmente <input type="checkbox"/> Não aceita <input type="checkbox"/>
6. Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Plano <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Flácido <input type="checkbox"/> Rígido/Tenso <input type="checkbox"/> Timpânico <input type="checkbox"/> Doloroso <input checked="" type="checkbox"/> Indolor <input type="checkbox"/> Outros:
7. Pele e mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Edema/Anasarca <input type="checkbox"/> Hidratado <input type="checkbox"/> Lesões Bolhosas <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> LPPs
8. Hidratação: <input checked="" type="checkbox"/> AVPM (MS) <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Outros:
9. Drenos: <input type="checkbox"/> Suctor <input type="checkbox"/> Torácico <input type="checkbox"/> DVE <input type="checkbox"/> Kher <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Outros:
10. Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Dispositivo Urinário <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Reduzida <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Outros:
11. Evacuações: <input checked="" type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Constipado dias <input type="checkbox"/> Diarréias <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Colostomia <input type="checkbox"/> Ileostomia <input type="checkbox"/> Outros:
12. Admissão: 12.1: Alergias <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Quais? <u>PC 68</u> 12.2: Cirurgia Anterior: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Quais? <u>Data?</u> 12.3: Comorbidades: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Outros, Quais? 12.4: Medicamentos de uso contínuo:
<p><i>Ab 10:00h paciente admitido neste setor por encaminhamento da sala verde, paciente consciente, receptivo ao diálogo, respiração espontânea sem aporte de O₂, SSVU estáveis, Dieta VO com boa aceitação, HV em MSU, abdômen plano e inchado a palpação, encaminhado ao banho, refere diurese e evacuações presentes, sono e repouso satisfatório, segue sem queixas no momento. Atcd. Enf. Valdeylson Souza.</i></p>



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	247102

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA	6 - Prontuário: 522340			
7-CNS: 700602414649762	8-Nascimento: 13/09/1990	9-Sexo: Masculino	?	
11-Mãe: ALZENILDES MARIA DOS SANTOS SILVA	12-Fone: 86-99473-2046			
13-Resp: (O MESMO)	14-Fone:			
15-Ender: RUA SAO PEDRO, S/N - CAPITAO MUNDOCO - CEP: 64325-000	16-Munic: ELESBÃO VELOSO	17-Cod.IBGE: 220350	18-UF: PI	19-CEP: 64325-000

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd.Anterior 0404020542	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ
21-Cod. Mudança Procd. 0308010019	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NÃO ESPECIFICADA
27-CID Prim: 26-Diagnóstico: S018 Ferimento na cabeça, de outras localizações	28-CID Sec.: 29-CID C.Ass.:
38-Profissional Responsável: UNIO HENRIQUE BORGES FERRO	40-Tp. Documento: CPF
39-Data Solicitação: 09/09/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 762.415.643-15

*Dr. Manoel A. F. ...
Médico Assistente em Medicina
CRM-PI 10381 - CPF 123.456.789
Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)*

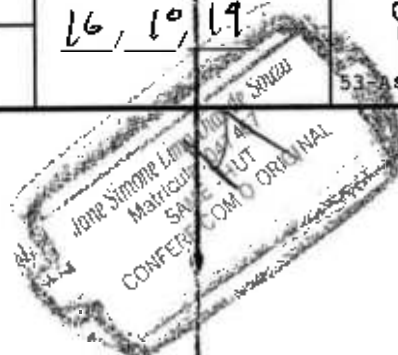
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

fratura nasal e frontal (teto da órbita) E, não foi operado, teve alta.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 16/10/19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria - FMS CRM-PI 10381 - CPF 123.456.789 CNS 20190000000000000000
	53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	

(AMPARO LEAL)



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 241057
	AIH: 2219101885562

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
CENTRAL ESTADUAL DE REGULACAO DE INTERNACAO HOSPITALAR	7569963
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
	ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA	13/09/1990	522340	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		AZENILDES MARIA DOS SANTOS SILVA	O MESMO	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE		
	RUA SAO PEDRO	SN		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
CAPITAO MUNDOCO		ELESBAO VELOSO	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA	0308010019

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
REDUCCAO CIRURGICA DE FRATURA DOS OSSOS PROPRIOS DO NARIZ	0404020342		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA NAO ESPECIFICADA	0308010019		
DIAGNOSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
FERIMENTO NA CABECA DE OUTRAS LOCALIZACOES	S018		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

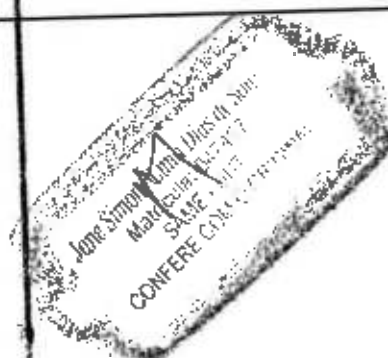
fratura nasal e frontal (teto de orbita) E, não foi operado , teve alba.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
MARCOS AURELIO PEREIRA DE ARAUJO VARANDA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
201560410270004	09/09/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA		
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO
170263951200001		17/09/2019 16:17:49





P2

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

241067

MP
03/08/2018

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	247102

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

7-Nome: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA			6 - Prontuário: 522340
7-CNS: 700602414649762	8-Nascimento: 13/09/1990	9-Sexo: Masculino	RG: 3.415.810 -
11-Mãe: ALZENILDES MARIA DOS SANTOS SILVA	12-Fone: 86-99473-2046		
13-Resp: (O MESMO)	14-Cor: Parda		
15-End: RUA SAO PEDRO, S/N - CAPITAO MUNDOCO - CEP: 64325-000			
16-Munic: ELESBAO VELOSO	17-Cod.IBGE: 220350	18-UF: PI	19-CEP: 64325-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: FRATURA NASAL E FRONTAL (TETO DE ORBITA) E.
21 - Condições que justificam a internação: AS ACIMA
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): TC DE FACE
23-Diagnóstico Inicial: Fratura dos ossos nasais

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24-Cod.Proced.: 0404020542		27-Procedimento Solicitado: REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ		tempo SUS 3	
29-Clinica: 02		30-Caráter: Ident.: 01		31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: CPT 762.415.643-15	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANTONIO HENRIQUE BORGES FERRO		34-Data Solicitação: 09/09/2019		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-Serie:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 14/10/19	48-Documento: () CNS () CPT	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rq. Conselho): Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Apoio CRM - PI 15014 CBO 301501
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: Maria Baione pereira da silva		Usuário: (YULLE)	Consulta Local: 740544	Consulta SUS:
		Impressão: 10/09/2019 00:45:28		

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 241067
	AIH: 2219101886562
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE CENTRAL ESTADUAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	CNES 7569963
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TEREZINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA	NASCIMENTO 13/08/1990	SEXO M	PRONTUÁRIO 522340
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE AZENILDES MARIA DOS SANTOS SILVA	RESPONSÁVEL O MESMO	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO RUA SAO PEDRO			NUMERO / LOTE SN
BAIRRO CAPITAO MUNDOCO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO ELESBAO VELOSO	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA NASAL E FRONTAL (TETO DE ORBITA) E.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TC DE FACE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S022 - FRATURA DOS OSSOS NASAIS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

040420542 - REDUÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DOS OSSOS PROPRIOS DO NARIZ

LEITO/CLÍNICA CIRURGIA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ANTONIO HENRIQUE BORGES FERRO CPF: 76241564315
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 09/09/2019
DATA ADMISSÃO 09/09/2019 20:28	DATA ALTA 11/09/2019 18:00
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) CARLOS ALVES DE ARAUJO FILHO CPF: 22799379353	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA Jorge Simeone da Silva Matrícula: 171767 SABME - 171767 CONFERE COM O ORIGINAL
CRM:	DATA ANÁLISE: 10/09/2019 01:00:23
CPF:	DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

PLÁSTICA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU AP	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Antonio Elson Pereira da Silva		522340	B	Posto 02	Concedor	CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM						
				HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
					Cita da Bica, no cuida-	
					dos da PLÁSTICA.	
1 Dieta líquida/pastosa ✓					 Dr. José Carlos de O. G. Filho Cirurgia Bucomaxilofacial CRO-PI 4206	
2 Soro Fisiológico 0,9% 1000 mL EV - 14 gts/ min correr em 24 hs						
3 Ceftriaxona 1g + AD 12/12hs EV						
4 Decadron 4mg + AD 8/8h EV						
5 Dipirona 2ml + AD 6/6hs EV SOS						
6 Ranitidina 50mg +AD 8/8hs EV						
7 Cabeceira elevada a 30 graus						
8 HIGIENE ORAL ESCOVAÇÃO + BOCHECHO COM CLOREXIDINA 0,12%						
9 Cuidados Gerais da enfermagem e Sinais Vitais de 6/6hs						
10 Tilatil 20 mg EV 12/12h						
 Dr. Euler Marcos				24 12 06 24 22 06 24 18 24 06	9:55h - Feito contato com telefonia sobre parecer c- plástica	


 Dr. Euler Marcos
 Médico
 CRM - 2981

 Paciente pequeno hospitalar
 13:50h - Paciente pequeno hospitalar
 CD: 02/12/14 + 02/12/14
 Página 1

 Dr. Gledyane R. Guimarães
 Enfermeira / Enf. Cirúrgica
 COREN - 98896

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3213 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: **522340**)
 Endereço: **RUA SAO PEDRO, S/N - CAPITAO MUNDOGO - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000**
 Nascimento: **13/09/1990** Idade: **28a11m26d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **740544**
 Requisição: **998268** Solicitação: **09/09/2019** Solicitante: **BRUNO CALAÇA RIBEIRO**
 Controle: **1305592** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- MÚLTIPLAS FRATURAS ENVOLVENDO AS PAREDES ANTERIOR E POSTERIOR DO SEIO FRONTAL/TETO ORBITÁRIO ESQUERDOS E OS OSSOS NASAIS.
- HEMOSSINUS FRONTO-MAXILAR ESQUERDO E ETMOIDAL BILATERAL.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDALIS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

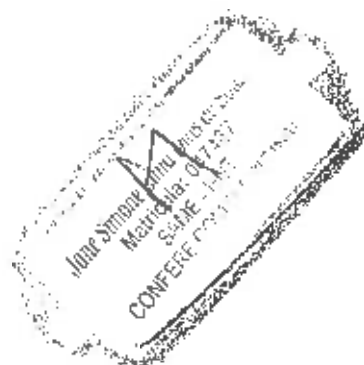
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/09/2019

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA** (Prontuário: 522340)
 Endereço: RUA SAO PEDRO, S/N - CAPITAO MUNDOCO - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
 Nascimento: 13/09/1990 Idade: 28a11m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 740544
 Requisição: 998268 Solicitação: 09/09/2019 Solicitante: BRUNO CALAÇA RIBEIRO
 Controle: 1305592 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 09/09/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- MÚLTIPLAS FRATURAS ENVOLVENDO AS PAREDES ANTERIOR E POSTERIOR DO SEIO FRONTAL/TETO ORBITÁRIO ESQUERDOS E OS OSSOS NASAIS.
- HEMÓSSINUS FRONTO-MAXILAR ESQUERDO E ETMOIDAL BILATERAL.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIIS LIVRES.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 09/09/2019

LUCIANA MARINHO VIANA BORGES

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591



Profissional Responsável




MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receita Federal
CPF
 CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
 Número de Inscrição
056.737.543-96
 Nome
 ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA
 Nascimento
 13/09/1990

Emissão
JAN/2010
 Cartão de uso pessoal e intransferível
 Deve ser apresentado junto com o documento no qual data

BANCO DO BRASIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"


 Assinatura do titular
Antonio Elson Pereira da Silva
 CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 REGISTRO GERAL
 3.415.818
 DATA DE EXPIRAÇÃO
 28/01/10
 NOME
 ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA
 FILIAÇÃO
 ALZENILDES MARIA DOS SANTOS SILVA
 NATURALIDADE
 ANTONIO PEREIRA DA SILVA
 DATA DE NASCIMENTO
 13/09/1990
 DOC. ORDEM
 CERT. NASC. 19612 L 38A F 245V
 EXP. ELESBAO VELOSO-PI 12/11/90
 CPF
 TERESINA - PI
 Assinatura do titular
Antonio Elson Pereira da Silva
 Assinatura do Diretor
 Assinatura do Diretor
 LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PI Nº 5683424220

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DATA DE REGISTRO 000149101 EXERCÍCIO 2007

1 929405293

ALDO BARBOSA SOARES

RUA RAIMUNDO R SOARES

VERMELHA

00000

PI

72792604387

NHV-7547

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

CONSORCIO DE SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI Nº 5683424220

ALDO BARBOSA SOARES

RUA RAIMUNDO R SOARES

VERMELHA

00000

PI

72792604387

NHV-7547

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

CONSORCIO DE SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PI Nº 5683424220

ALDO BARBOSA SOARES

RUA RAIMUNDO R SOARES

VERMELHA

00000

PI

72792604387

NHV-7547

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

9C2KD03307R014926

**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: **3190700503**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA SAO PEDRO , 49 - Elesbão Veloso - PI - CEP 64325-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3415818**

Data e local do acidente: [**09/09/2019**] **AVENIDA JOÃO XXIII, TERESINA/PI**

Data e local do exame: [**28/01/2020**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO TETO DA ÓRBITA ESQUERDA FRATURA DO NARIZ

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

PACIENTE APRESENTA PARESTESIAS EM TERRITÓRIO DO NERVO FACIAL À ESQUERDA; HIPOSMIA COM SECREÇÕES RECORRENTES DE SECREÇÃO HIALINA POR CAVIDADE NASAL; SEM SINAIS DE CICATRIZES EM FACE

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.

PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSOS DA FACE E EVOLUIU COM SEQUELAS EM FACE APÓS REABILITAÇÃO

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:

SEQUELAS DA FACE

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):

FACE

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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.



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI

SOLICITAÇÃO DE REABENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, Antônio Elton Pereira da Silva
RG 3.415.818 / CPF 056.737.543-96
Residente a Rua Rua São Pedro 49 Cidade de
Eliseão Veloso / Bairro: Capitão Mundaço
UF Piauí CEP 64.325-000

Telefone para contato: (86) 99981-6008 (86) _____

Informo que não compareci anteriormente à perícia médica, pelo motivo a seguir:

Declaro que não compareci a perícia
médica DEUAT, porque eu estava trabalhando
de mais agora estou disponível para
comparecer.

Local: E. Veloso Piauí - Pi UF Pi DATA 14/03/20

Antônio Elton Pereira da Silva

ASSINATURA

OBS:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700503 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TETO DA ÓRBITA ESQUERDA
FRATURA DO NARIZ

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA PARESTESIAS EM TERRITÓRIO DO NERVO FACIAL À ESQUERDA; HIPOSMIA COM SECREÇÕES RECORRENTES DE SECREÇÃO HIALINA POR CAVIDADE NASAL; SEM SINAIS DE CICATRIZES EM FACE

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSOS DA FACE E EVOLUIU COM SEQUELAS EM FACE APÓS REABILITAÇÃO

Sequelae permanentes: Cranio-facial

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 28/01/2020

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700503 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TETO DA ÓRBITA ESQUERDA
FRATURA DO NARIZ

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA PARESTESIAS EM TERRITÓRIO DO NERVO FACIAL À ESQUERDA; HIPOSMIA COM SECREÇÕES RECORRENTES DE SECREÇÃO HIALINA POR CAVIDADE NASAL; SEM SINAIS DE CICATRIZES EM FACE

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE OSSOS DA FACE E EVOLUIU COM SEQUELAS EM FACE APÓS REABILITAÇÃO

Sequelae permanentes: Cranio-facial

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 28/01/2020

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700503 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (PAG.05.15)
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. (PAG.05.08)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA (PAG.12)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190700503 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (PAG.05.15)
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. (PAG.05.08)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA (PAG.12)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

OUTORGANTE:

OUTORGADO:

3:

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452067/19

Vítima: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

CPF: 056.737.543-96

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
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

ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA : 056.737.543-96

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452067/19

Número do Sinistro: 3190700503

Vítima: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

CPF: 056.737.543-96

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA : 056.737.543-96

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700503

Vítima: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700503

Vítima: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

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

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

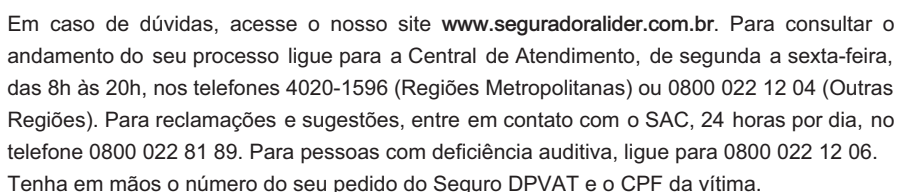
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190700503

Vítima: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000001607

Conta: 0000071013-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 056.737.543-96 4 - Nome completo da vítima: Antonio Elson Pereira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 446/2013

5 - Nome completo: Antonio Elson Pereira da Silva 6 - CPF: 056.737.543-96
7 - Profissão: Lavador 8 - Endereço: Rua São Pedro 9 - Número: 49 10 - Complemento: Capão Mundeco
11 - Bairro: Capão Mundeco 12 - Cidade: Elsbão Veloso 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 84.325-000
15 - E-mail: Recusou-se 16 - Tel. (DDD): (86) 99981.6008

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)
AGÊNCIA: 1607 CONTA: 71013 4 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (velhascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 -
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Elsbão Veloso - PI 12.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

2 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000439/2019-99

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Aécio Antonio Coimbra De Castro

Data/Hora: 19/11/2019 - 12:26

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE ELESBÃO VELOSO

09/09/2019 - 15:35

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ELESBÃO VELOSO

Bairro

CENTRO

Endereço

AVENIDA JOÃO XXIII, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3415818 SSP PI

Mãe: ALZENIOES MARIA DOS SANTOS SILVA

Fil: ANTONIO PEREIRA DA SILVA

Endereço: RUA SÃO PEDRO, Nº 49

Bairro: CAPITÃO MUNDOCO

Cidade: ELESBÃO VELOSO

Telefone(s): 86-9417-6179

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	NXR150 BROS ES	2007	NHV7547	9C2KD03307R014926	929405293	Verde/branco

Condutor: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro: CAPITÃO MUNDOCO

Proprietário: ALDO BARBOSA SOARES

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

Na tarde (19) 09 de setembro de 2019, noticiante trafegava pela Avenida João XXIII, Centro de Elesbão Veloso-PI, conduzindo sua moto, quando ao passar por uma vala, perdeu o controle de seu veículo e caiu na pista. O SAMU da cidade foi acionado para os primeiros socorros, levando-o ao Hospital Norberto Moura, em Elesbão Veloso-PI. Ainda na mesma data do acidente, o paciente foi transferido ao Hospital de Urgências de Teresina (HUT) onde ficou internado. Era o que tinha a informar.

Aécio Antonio Coimbra De Castro - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Aécio Antonio Coimbra De Castro
Delegado Geral de Polícia Civil
19/11/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 056.737.543-96 4 - Nome completo da vítima: Antonio Elson Pereira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 446/2013

5 - Nome completo: Antonio Elson Pereira da Silva 6 - CPF: 056.737.543-96
7 - Profissão: Lavador 8 - Endereço: Rua São Pedro 9 - Número: 49 10 - Complemento: Capitão Mundeco
11 - Bairro: Capitão Mundeco 12 - Cidade: Elisbão Veloso 13 - Estado: Piauí 14 - CEP: 84.325-000
15 - E-mail: Recusou-se 16 - Tel. (DDD): (86) 99981.6008

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: 1607 CONTA: 71013 (4)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (velhascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Elisbão Veloso - PI 12.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO ELSON PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000071013-4

Nr. da Autenticação E21816957FEC153E

TIM S.A.
Rua Lisuandro Nogueira, 1914
CENTRO - TERESINA - PI
CNPJ: 02.421.421/0004-08 - I.E.: 154445885
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

TIM
BLACK

Página 1 de 4

R\$ 146,19

VENCIMENTO

25/11/2019

EMIÇÃO: 07/11/2019

POSTAGEM: 13/11/2019

FATURA: 4053567568

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

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que 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/OUT A 06/NOV

Serviços TIM S.A.	VALOR
 Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
 CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 5,68
 COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS	R\$ 0,52

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

MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

Oferta TIM Pós C Plus (067/PÓS/SMP)

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
Desconto Oferta TIM Pós C Plus	-	-	1	31	07/10 a 06/11	199,99
Subtotal	-	-	5/12	31	07/10 a 06/11	-60,00
10 GB de Internet	10GB	-	1	31	07/10 a 06/11	Incluído
Minutos locais e DDD com 41	ilimitado	227m30s	1	31	07/10 a 06/11	Incluído
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	31	07/10 a 06/11	Incluído
TIM Music	-	-	1	31	07/10 a 06/11	Incluído
TIM Banca Virtual	-	-	1	31	07/10 a 06/11	Incluído
TIM Backup 30GB	-	-	1	31	07/10 a 06/11	Incluído

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, na App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.aprmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

BAPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST:	R\$ 0,72	Informações Complementares - Planos(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)
ICMS	30%	R\$ 107,52	R\$ 32,26	FUNTEL:	R\$ 0,56	Incluído no(s) Plano(s)
PSICOFINS - Serviços Telecom	3,65%					Franchise(s)
PSICOFINS - Serviços Não Telecom	3,25%					SVA
Em atendimento à Lei 12.741/2012						Desconto(s) Franchise(s)
As contribuições do FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas às tarifas						Desconto(s) SVA

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganhar um bônus de internet toda mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA
NOV/2019

DATA DE EMISSÃO
07/11/2019

DATA DE VENCIMENTO
25/11/2019

VALOR
R\$ 146,19

VIA BANCO

84650000001 - 9

46190109011 - 2

00405356756 - 8

80121536776 - 5

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

