

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2017

Carta nº: 11930900

A/C: ANAPOAN RONEY DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170589937 ASL-0424527/17
Vítima: ANAPOAN RONEY DE SOUSA
Data Acidente: 26/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2017

Carta nº: 11945625

A/C: ANAPOAN RONEY DE SOUSA

Sinistro: 3170589937 ASL-0424527/17
Vítima: ANAPOAN RONEY DE SOUSA
Data Acidente: 26/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

Carta nº: 12006185

A/C: ANAPOAN RONEY DE SOUSA

Nº Sinistro: 3170589937
Vítima: ANAPOAN RONEY DE SOUSA
Data do Acidente: 26/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANAPOAN RONEY DE SOUSA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 341

Agência: 000000344

Conta: 0000025625-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 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").

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").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 054.447.323-00	Nome completo da vítima Anapóan Roney De Sousa
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Anapóan Roney De Sousa		CPF titular da conta 054.447.323-00	Profissão Estad.
Endereço Rua Anacai - A 37		Número 4860	Complemento caso
Barro Satélite	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 6406-000
E-mail	Telefone (DDD)		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

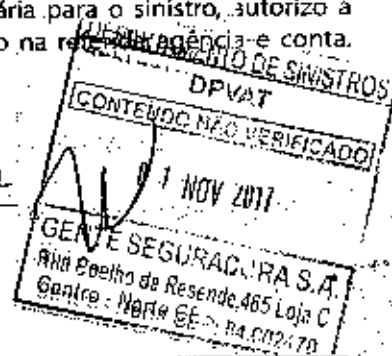
<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0344 D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRC <input type="text"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 25625 D/V 0 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	

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

Teresina, 24 de Outubro de 2017
Local e Data

ANAPÓAN RONEY DE SOUSA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ITAU UNIBANCO S/A

DEPOSITO EM DINHEIRO

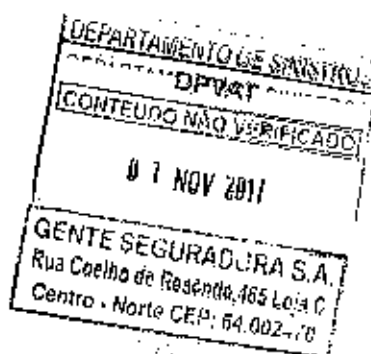
RECIBO DE DEPOSITO 8344.25625-0/500
FAVORECIDO:

DEPOSITO EM DINHEIRO:

CICLO : 03.10.2017 00:43:11 0034410000397
REALIZADO EM: 03/10/2017 as 14:25:51

AUTENTICACAO
16E5C76B4EE11159B09669D2E7C87F3B49C77FC7

ITAU 0050 034433221 031017



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


Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Anapoan Roney de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Aracai, 4860 Q A37
Satelite Teresina PI CEP: 64059-010
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 3.133.572
Data local do exame: [17/11/2017] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA E DA MAXILA, FRATURA DA SÍNFISE, CÔNDILO BILATERAL, PAREDES DOS SEIOS MAXILARES, PROCESSOS PTERIGÓIDES, REGIÃO MENTONIANA, E CÔNDILOS DA MANDÍBULA, E SEPTO NASAL. APRESENTA NO MOMENTO NO EXAME FÍSICO, ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM DESVIO DO NARIZ A ESQUERDA, COM ASSIMETRIA FACIAL COM RETRAÇÃO NA FACE ESQUERDA, COM DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA BOCA, COM MÁ OCLUSÃO, COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DE PROTRUSÃO E RETRUSÃO, COM PREJUÍZO DA MASTIGAÇÃO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- EVOLUIU COM ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM DESVIO DO NARIZ A ESQUERDA, COM ASSIMETRIA FACIAL COM RETRAÇÃO NA FACE ESQUERDA, COM DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA BOCA, COM MÁ OCLUSÃO, COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DE PROTRUSÃO E RETRUSÃO, COM PREJUÍZO DA MASTIGAÇÃO. Data da alta: REFERE QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO. FEZ TRATAMENTO COM REDUÇÃO, E CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO COM 04 MINI PLACAS E PARAFUSOS, REFERE QUE NÃO FEZ FISIOTERAPIA. Complicações: NÃO TEVE COMPLICAÇÕES.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- APRESENTA NO MOMENTO ALTERAÇÃO ANATÔMICA COM DESVIO DO NARIZ A ESQUERDA, COM ASSIMETRIA FACIAL COM RETRAÇÃO NA FACE ESQUERDA, COM DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA BOCA, COM MÁ OCLUSÃO, COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DE PROTRUSÃO E RETRUSÃO, COM PREJUÍZO DA MASTIGAÇÃO.**
- Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS | |
| % do dano: () 10% residual (<input checked="" type="checkbox"/>) 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

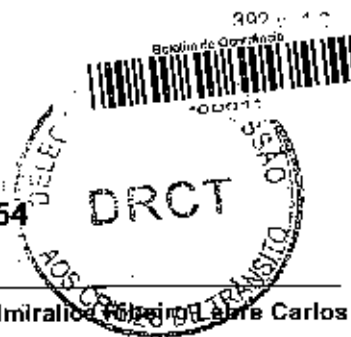

Mauro Ricardo R. Bilibic
Médico
CRM - PI 4606 / MA: 6373



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004546/2017-54

Complementar ao BO Nº: 100203.004453/2017-21



Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almirallice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 31/10/2017 - 15:16

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

26/06/2017 - 04:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. ZEQUINHA FREIRE, Nº:

Complemento

Bairro

VILA BANDEIRANTE

Ponto de Referência

EDIFÍCIO DOM BOSCO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANAPOAN RONEY DE SOUSA 26 ANOS

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 3133572

Mãe: MARIA DALVA DA CONCEIÇÃO

Endereço: RUA SANTA INES, Nº 7776

Bairro: VILA SANTA BARBARA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9527-9724

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

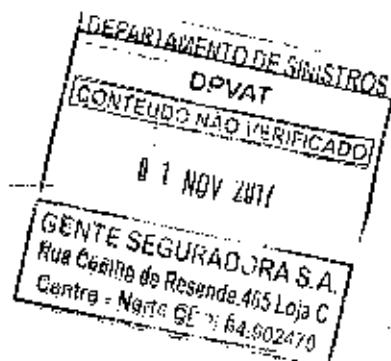
RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA NA CALÇADA DA AVENIDA ZEQUINHA FREIRE, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO SUBIU A CALÇADA E LHE ATROPELOU, LESIONADO FOI SOCORRIDO POR TERCEIRO E ENCAMINHADO PARA A UPA DO SATÉLITE, DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 437687, FATO TESTEMUNHADO POR RAYLANE DA SILVA VASQUES, CPF 069.917.943-25. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almirallice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
Almirallice Ribeiro Lebre Carlos
Escriva Especial
Mat.: 009761-6

ANAPOAN RONEY DE SOUSA 26 ANOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004453/2017-21

Unidade da Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almirallice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 24/10/2017 - 16:55

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. ZEQUINHA FREIRE, Nº:

Complemento

Data/Hora

26/06/1990 - 04:30

399138

Bairro

VILA BANDEIRANTE

Ponto de Referência

EDIFÍCIO DOM BOSCO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANAPOAN RONEY DE SOUSA 26 ANOS

RG: 3133572

Mãe: MARIA DALVA DA CONCEIÇÃO

Endereço: RUA SANTA INES, Nº 7776

Bairro: VILA SANTA BARBARA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9527-9724

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

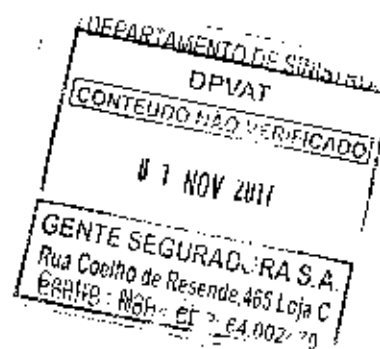
RELATA A VITIMA QUE ESTAVA NA CALÇADA DA AVENIDA ZEQUINHA FREIRE, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO SUBIU A CALÇADA E LHE ATROPELOU, LESIONADO FOI SOCORRIDO POR TERCEIRO E ENCAMINHADO PARA A UPA DO SATÉLITE, DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 437687, FATO TESTEMUNHADO POR RAYLANE DA SILVA VASQUES, CPF 069.917.943-25, ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almirallice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA
Almirallice R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

1 ANAPOAN RONEY DE SOUSA
ANAPOAN RONEY DE SOUSA 26 ANOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Anapleam Roney de Sousa, portador da carteira de identidade nº 3.133.572 e inscrito no CPF/MF sob o nº 054.447.323-00 residente e domiciliado na Rua Anacai Q-A37 B-Satélite Cidade Teresina Estado Piauí 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

ANAPLEAM RONEY DE SOUSA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Teresina - PI 24/10/2017

Local e data



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Ottonio Tito 1620 Redenção - Fone: 96 3229 4672
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.922.917/0022-02

- NEURO OK
- BUCO
- OR



BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	ANAPOLAN RONEY DE SOUSA	Prontuário:	437687
Mãe:	MARIA DA SILVA DA CONCEICAO	Pai:	JOSE DE RIBAMAR SOUSA
End. Resid.:	RUA SANTA INES N 7776 - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	15/12/1990	Idade:	26a:6m:11d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99409-4916
Responsável:	ANTONIA MARIA DA CONCEICAO	CNS:	708006789526120
Profissão:	ESTREICADOR DE GAS	Documento:	CPF: 044.447.323-00
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	Casado
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	613306	Entrada:	26/06/2017 05:06:39	Convênio:	S U S	Proced:	
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À FÉ (REDESTRE)						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:
Breve História Clin. Risco:	Presente vítima de acidente
A - Vias aéreas puras; sem sinais cervicais.	
B - Respiração em ambiente.	

SSVV:	(Hora: :)								
Tempo:	kg	Altura:	m	IMC:	kg/m ²	Pulso:	bpm	Pressão:	mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

C - Ausência de sinais de choque
D - Glasgow 15;
E - Escala de ferimento contuso - contuso no corno esquerdo
F - TC de crânio + face + cervical + Angiografia do Neuro/Buco
Rx tórax + Pelve

Exames Complementares:

LIBERADO ORTOPEDIA

Exames Complementares:

TC de crânio: sem lesões

Prescrição Médica:

CO: Sufamato Cloro

Novo exame do Neuro e Buco

Motivo da Alta/Encerramento:

DATA:		HORA:	
-------	--	-------	--

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Salomão Vitor Rêgo
Cirurgião e Traumatologista
Régua de 1847

040402500 - CID 10 S026

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 1165818

ALMIR AVELINO DA SILVA

R. ARACAI, Q-A37, 4860

SATELITE

64060000 TERESINA

PI

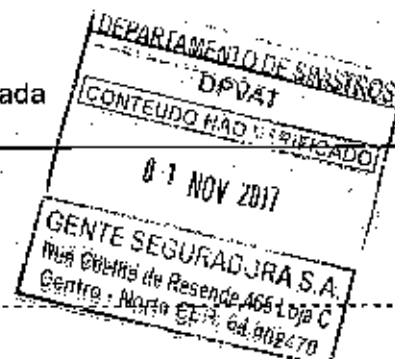
CÓDIGO ÚNICO 3940144	MÊS 08/2017	PERÍODO DE CONSUMO 22/07/2017 a 22/08/2017
CONSUMO (kWh) 58	VENCIMENTO 29/08/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 39,78

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 3940144	MÊS 08/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 39,78
---------------------------------------	------------------------------	--

836200000005.397800170003.000000003947.014408170158



Eletrobras
Distribuição Piauí

Para crédito com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.849.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal e Conta de Energia: Série E -
Regime especial de impressão autorizado pelo SEFAZ/PI 05/99

Nº da Nota Fiscal: 000964443

A Janta Societ. de Energia Elétrica - LTDA
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

PERÍODO	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2017	31/10/2017	385	319,69

NELLE ROZE SOARES MARQUES
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE
CPF: 00084017317391
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 16.001.29.62.127880

DADOS DA LEITURA		DATA DA LEITURA	
Atual:	16085	Atual:	24/10/2017
Anterior:	15700	Anterior:	25/09/2017
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	23/11/2017
Consumo Medido:	385	Emissão:	24/10/2017
Consumo Faturado:	385	Apresentação:	24/10/2017

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto
COMERCIAL	HOMO	33416740	

DESCRIÇÃO DA CONTA		DESCRIÇÃO DA CONTA	
CONSUMO	385 a R\$ 0,830366 = 319,69		
CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)			
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 1,31		
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	- 11,13		

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO FOM VERIFICADO
01 NOV 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Teresina - PI
CEP: 64.002-70

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO	
AVISO DE VENCIMENTO	31/10/2017
AVISO DE VENCIMENTO	31/10/2017
AVISO DE VENCIMENTO	31/10/2017

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Consumo	63,56	Base de Cálculo	319,69
Energia	120,88	Alíquota ICMS	25,00%
Desconto	19,01	Valor do ICMS	79,92
Imposto	19,26	Valor do PIS	3,03
Tot. Imposto	96,98	Valor do COFINS	14,03

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
4,83	9,67	19,34	3,11	6,22	12,45	2,69	
0,00			0,00			0,00	

ROT: 16.001.29.62.127880

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.849.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
000964443	319,69
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
OUT/2017	31/10/2017

Nº da Nota Fiscal: 000964443 FCAM

3-46410017000 8-00000000051-3-86971017008 3



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.773-1 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Anapáon Roney De Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.447.323/00 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Anapáon Roney De Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.447.323/00 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

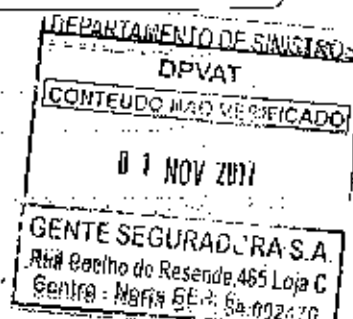
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Rua 24 De Janeiro</u>		Número <u>544</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

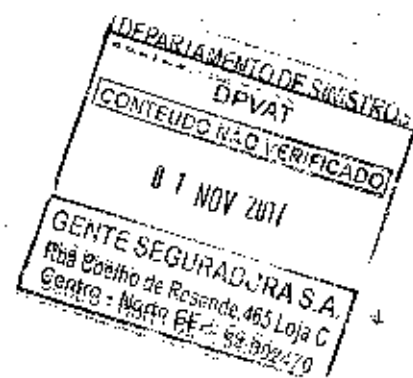
Teresina 24 de Outubro de 2017
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE:

Amapran Roney de Souza

NÚMERO DO PRONTUÁRIO:

437687

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".

Carimbo/Assinatura Prof. Parecem
Dra. Tânia Castro
Cirurgia e Dermatologia
Bucodentofacial
CRD-PI 3452

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade <u>Satélite</u>	Para Unidade <u>HUT</u>
Paciente <u>mapim Ronda de Sousa</u>	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<p>Pele politraumatizada, com exorizações por toda o corpo, digitada, com extenso trauma na língua</p> <p>HD. <u>Politrauma</u></p>	
Data <u>26/06/17</u>	<p><u>[Assinatura]</u> 3333</p> <p>Médico responsável pelo encaminhamento / carimbo</p>

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para
DIAGNÓSTICO	
<p>DEPARTAMENTO DE SAÚDE DPVAT CONFECCIONADO E EFICACIOSO 11 NOV 2011 GENTE SEGURO, S.A. Rua Coelho de Resende, 105 Centro - Nova Iguaçu - RJ</p>	
Data <u> / / </u>	<p><u>[Assinatura]</u></p> <p>Médico responsável pelo encaminhamento / carimbo</p>

OBSERVAÇÃO:

1. Deverá ser preenchido em duas vias;
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à Unidade de origem

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuario:

437687

Internação:

193031

Nome: **ANAPOL RONEY DE SOUSA**

End. Resid.: RUA SANTA INES N 7776 - VILA SANTA BARBARA

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-013

Sexo: Masculino	Nascimento: 13/12/1990	Idade: 26a:6m:11d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: ESTREGADOR DE GAS
Internação		Alta		Permanência
Data 26/06/2017	Hora 07:02	Data ___/___/___	Hora __:__	

Diagnósticos: *Fratura de mandíbula e Fract. Maxilar*

Cod. CID:

CID Principal:

5026

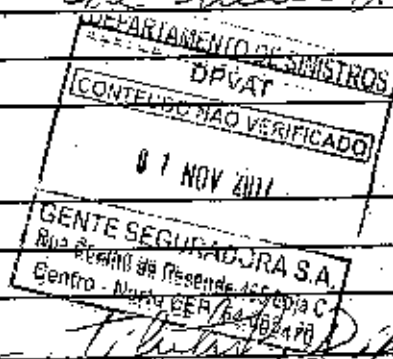
CID Secundário:

CID Causa Morte:

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

Paciente em tratamento de mandíbula e Maxilar

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:



MEDICAÇÕES:

Cefalotrim, cloridrato, Tetraciclina Dipirona

CIRURGIA:

Data: *03/07/17* Tipo: *Aspiração das fraturas de mandíbula e Maxilar*

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

*Rômulo Augusto Lima de Sousa
Médico - R-344
SAME-HUT
Confere com Origem*

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

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:

437687

Internação:

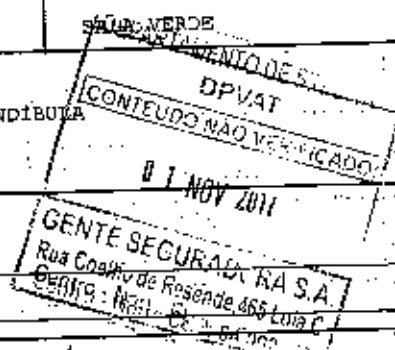
193031

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

Nome: ANAPOAN RONEY DE SOUSA				
End. Resid.: RUA SANTA INES N 7776 - VILA SANTA BARBARA				
Cidade: TERESINA - PI CEP: 64000-010				
Sexo: Masculino	Nascimento: 15/12/1990	Idade: 26a:6m:11d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: ESTREGADOR DE GAS
Admissão: 11/03/2017	G. Instrução: Não informado	Fone: 86-99409-4916	Cartão SUS (CNS): 708006889526120	Procedência: TERESINA
Pai: JOSE DE RIBAMAR SOUSA			Mãe: MARIA DALVA DA CONCEICAO	
Responsável: ANTONIA MARIA DA CONCEICAO				
End. Responsável: RUA SANTA INES N 7776 - VILA SANTA BARBARA				
TERESINA - PI CEP: 64000-010				
Documento: CPF: 054.447.323-00				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA À PE (PEDESTRE)				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 26/06/2017	Hora: 07:02	Data: ___/___/___	Hora:	
Diagnóstico de Admissão: Procedimento: 0404020500 - OSTEOSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA CID 10: S026 - Fratura de mandíbula				
Diagnóstico de Alta: Procedimento: CID 10:				
Tratamento Realizado: osteossíntese da fratura de mandíbula e maxila.				
Exames Realizados: T.E. de face.				



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

Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável

Miguelhe

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

MÉDICO ASSISTENTE

CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

Anapson Roney de Sousa

26/06/17

Fract. de sinuário + condilo bilateral

Visto Nutricionista
Erlon Pimentel CRM/PI 45510

1 Dieta líquida/pastosa

2 Soro Fisiológico 0,9% 1000 mL EV - 14 gts/ min correr em 24 hs

3 FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DE URGÊNCIA

4 Decadron 4mg + AD 8/8h EV

5 Dipirona 2ml + AD 6/6hs EV SOS //

6 Tilatil 20 mg EV 12/12h

7 Ranitidina 50 mg EV 08/08h

8 HIGIENE ORAL ESCOVAÇÃO + BOCHECHO COM CLOREXIDINA 0,12%

9 Cuidados Gerais da enfermagem e Sinais Vitais de 6/6hs

10 SSVV - CCGG

11 Traumatismo

12 18.24.06

13 18.24.06

14 18.24.06

15 18.24.06

16 18.24.06

17 18.24.06

18 18.24.06

19 18.24.06

20 18.24.06

21 18.24.06

22 18.24.06

23 18.24.06

24 18.24.06

25 18.24.06

26 18.24.06

27 18.24.06

28 18.24.06

29 18.24.06

30 18.24.06

31 18.24.06

32 18.24.06

33 18.24.06

34 18.24.06

35 18.24.06

36 18.24.06

37 18.24.06

38 18.24.06

39 18.24.06

40 18.24.06

41 18.24.06

42 18.24.06

43 18.24.06

44 18.24.06

45 18.24.06

46 18.24.06

47 18.24.06

48 18.24.06

49 18.24.06

50 18.24.06

51 18.24.06

52 18.24.06

53 18.24.06

54 18.24.06

55 18.24.06

56 18.24.06

57 18.24.06

58 18.24.06

59 18.24.06

60 18.24.06

61 18.24.06

62 18.24.06

63 18.24.06

64 18.24.06

65 18.24.06

66 18.24.06

67 18.24.06

68 18.24.06

69 18.24.06

70 18.24.06

71 18.24.06

72 18.24.06

73 18.24.06

74 18.24.06

75 18.24.06

76 18.24.06

77 18.24.06

78 18.24.06

79 18.24.06

80 18.24.06

81 18.24.06

82 18.24.06

83 18.24.06

84 18.24.06

85 18.24.06

86 18.24.06

87 18.24.06

88 18.24.06

89 18.24.06

90 18.24.06

91 18.24.06

92 18.24.06

93 18.24.06

94 18.24.06

95 18.24.06

96 18.24.06

97 18.24.06

98 18.24.06

99 18.24.06

100 18.24.06

101 18.24.06

102 18.24.06

103 18.24.06

104 18.24.06

105 18.24.06

106 18.24.06

107 18.24.06

108 18.24.06

109 18.24.06

110 18.24.06

111 18.24.06

112 18.24.06

113 18.24.06

114 18.24.06

115 18.24.06

116 18.24.06

117 18.24.06

118 18.24.06

119 18.24.06

120 18.24.06

121 18.24.06

122 18.24.06

123 18.24.06

124 18.24.06

125 18.24.06

126 18.24.06

127 18.24.06

128 18.24.06

129 18.24.06

130 18.24.06

131 18.24.06

132 18.24.06

133 18.24.06

134 18.24.06

135 18.24.06

136 18.24.06

137 18.24.06

138 18.24.06

139 18.24.06

140 18.24.06

141 18.24.06

142 18.24.06

143 18.24.06

144 18.24.06

145 18.24.06

146 18.24.06

147 18.24.06

148 18.24.06

149 18.24.06

150 18.24.06

151 18.24.06

152 18.24.06

153 18.24.06

154 18.24.06

155 18.24.06

156 18.24.06

157 18.24.06

158 18.24.06

159 18.24.06

160 18.24.06

161 18.24.06

162 18.24.06

163 18.24.06

164 18.24.06

165 18.24.06

166 18.24.06

167 18.24.06

168 18.24.06

169 18.24.06

170 18.24.06

171 18.24.06

172 18.24.06

173 18.24.06

174 18.24.06

175 18.24.06

176 18.24.06

177 18.24.06

178 18.24.06

179 18.24.06

180 18.24.06

181 18.24.06

182 18.24.06

183 18.24.06

184 18.24.06

185 18.24.06

186 18.24.06

187 18.24.06

188 18.24.06

189 18.24.06

190 18.24.06

191 18.24.06

192 18.24.06

193 18.24.06

194 18.24.06

195 18.24.06

196 18.24.06

197 18.24.06

198 18.24.06

199 18.24.06

200 18.24.06

201 18.24.06

202 18.24.06

203 18.24.06

204 18.24.06

205 18.24.06

206 18.24.06

207 18.24.06

208 18.24.06

209 18.24.06

210 18.24.06

211 18.24.06

212 18.24.06

213 18.24.06

214 18.24.06

215 18.24.06

216 18.24.06

217 18.24.06

218 18.24.06

219 18.24.06

220 18.24.06

221 18.24.06

222 18.24.06

223 18.24.06

224 18.24.06

225 18.24.06

226 18.24.06

227 18.24.06

228 18.24.06

229 18.24.06

230 18.24.06

231 18.24.06

232 18.24.06

233 18.24.06

234 18.24.06

235 18.24.06

236 18.24.06

237 18.24.06

238 18.24.06

239 18.24.06

240 18.24.06

241 18.24.06

242 18.24.06

243 18.24.06

244 18.24.06

245 18.24.06

246 18.24.06

247 18.24.06

248 18.24.06

249 18.24.06

250 18.24.06

251 18.24.06

252 18.24.06

253 18.24.06

254 18.24.06

255 18.24.06

256 18.24.06

257 18.24.06

258 18.24.06

259 18.24.06

260 18.24.06

261 18.24.06

262 18.24.06

263 18.24.06

264 18.24.06

265 18.24.06

266 18.24.06

267 18.24.06

268 18.24.06

269 18.24.06

270 18.24.06

271 18.24.06

272 18.24.06

273 18.24.06

274 18.24.06

275 18.24.06

276 18.24.06

277 18.24.06

278 18.24.06

279 18.24.06

280 18.24.06

281 18.24.06

282 18.24.06

283 18.24.06

284 18.24.06

285 18.24.06

286 18.24.06

287 18.24.06

288 18.24.06

289 18.24.06

290 18.24.06

291 18.24.06

292 18.24.06

293 18.24.06

294 18.24.06

295 18.24.06

296 18.24.06

297 18.24.06

298 18.24.06

299 18.24.06

300 18.24.06

301 18.24.06

302 18.24.06

303 18.24.06

304 18.24.06

305 18.24.06

306 18.24.06

307 18.24.06

308 18.24.06

309 18.24.06

310 18.24.06

311 18.24.06

312 18.24.06

313 18.24.06

314 18.24.06

315 18.24.06

316 18.24.06

317 18.24.06

318 18.24.06

319 18.24.06

320 18.24.06

321 18.24.06

322 18.24.06

323 18.24.06

324 18.24.06

325 18.24.06

326 18.24.06

327 18.24.06

328 18.24.06

329 18.24.06

330 18.24.06

331 18.24.06

332 18.24.06

333 18.24.06

334 18.24.06

335 18.24.06

336 18.24.06

337 18.24.06

338 18.24.06

339 18.24.06

340 18.24.06

341 18.24.06

342 18.24.06

343 18.24.06

344 18.24.06

345 18.24.06

346 18.24.06

347 18.24.06

348 18.24.06

349 18.24.06

350 18.24.06

351 18.24.06

352 18.24.06

353 18.24.06

354 18.24.06

355 18.24.06

356 18.24.06

357 18.24.06

358 18.24.06

359 18.24.06

360 18.24.06

361 18.24.06

362 18.24.06

363 18.24.06

364 18.24.06

365 18.24.06

366 18.24.06

367 18.24.06

368 18.24.06

369 18.24.06

370 18.24.06

371 18.24.06

372 18.24.06

373 18.24.06

374 18.24.06

375 18.24.06

376 18.24.06

377 18.24.06

378 18.24.06

379 18.24.06

380 18.24.06

381 18.24.06

382 18.24.06

383 18.24.06

384 18.24.06

385 18.24.06

386 18.24.06

387 18.24.06

388 18.24.06

389 18.24.06

390 18.24.06

391 18.24.06

392 18.24.06

393 18.24.06

394 18.24.06

395 18.24.06

396 18.24.06

397 18.24.06

398 18.24.06

399 18.24.06

400 18.24.06

401 18.24.06

402 18.24.06

403 18.24.06

404 18.24.06

405 18.24.06

406 18.24.06

407 18.24.06

408 18.24.06

409 18.24.06

410 18.24.06

411 18.24.06

412 18.24.06

413 18.24.06

414 18.24.06

415 18.24.06

416 18.24.06

417 18.24.06

418 18.24.06

419 18.24.06

420 18.24.06

421 18.24.06

422 18.24.06

423 18.24.06

424 18.24.06

425 18.24.06

426 18.24.06

427 18.24.06

428 18.24.06

429 18.24.06

430 18.24.06

431 18.24.06

432 18.24.06

433 18.24.06

434 18.24.06

435 18.24.06

436 18.24.06

437 18.24.06

438 18.24.06

439 18.24.06

440 18.24.06

441 18.24.06

442 18.24.06

443 18.24.06

444 18.24.06

445 18.24.06

446 18.24.06

447 18.24.06

448 18.24.06

449 18.24.06

450 18.24.06

451 18.24.06

452 18.24.06

453 18.24.06

454 18.24.06

455 18.24.06

456 18.24.06

457 18.24.06

458 18.24.06

459 18.24.06

460 18.24.06

461 18.24.06

462 18.24.06

463 18.24.06

464 18.24.06

465 18.24.06

466 18.24.06

467 18.24.06

468 18.24.06

469 18.24.06

470 18.24.06

471 18.24.06

472 18.24.06

473 18.24.06

474 18.24.06

475 18.24.06

476 18.24.06

477 18.24.06

478 18.24.06

479 18.24.06

480 18.24.06

481 18.24.06

482 18.24.06

483 18.24.06

484 18.24.06

485 18.24.06

486 18.24.06

487 18.24.06

488 18.24.06

489 18.24.06

490 18.24.06

491 18.24.06

492 18.24.06

493 18.24.06

494 18.24.06

495 18.24.06

496 18.24.06

497 18.24.06

498 18.24.06

499 18.24.06

500 18.24.06

501 18.24.06

502 18.24.06

503 18.24.06

504 18.24.06

505 18.24.06

506 18.24.06

507 18.24.06

508 18.24.06

509 18.24.06

510 18.24.06

511 18.24.06

512 18.24.06

513 18.24.06

514 18.24.06

515 18.24.06

516 18.24.06

517 18.24.06

518 18.24.06

519 18.24.06

520 18.24.06

521 18.24.06

522 18.24.06

523 18.24.06

524 18.24.06

525 18.24.06

526 18.24.06

527 18.24.06

528 18.24.06

529 18.24.06

530 18.24.06

531 18.24.06

532 18.24.06

533 18.24.06

534 18.24.06

535 18.24.06

536 18.24.06

537 18.24.06

538 18.24.06

539 18.24.06

540 18.24.06

541 18.24.06

542 18.24.06

543 18.24.06

544 18.24.06

545 18.24.06

546 18.24.06

547 18.24.06

548 18.24.06



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIR)

193031
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
81 NOV 2017

GENTE SEGURO

4-CNES 5828856

193031

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3- Nome: ANAPOAN RONEY DE SOUSA

6 - Prontuário: 437697

4-CNS: 708006889526120

8-Nascimento: 15/12/1990

9-Sexo: Masculino

CPF: 054.447.323-00

11-Mãe: MARIA DALVA DA CONCEIÇÃO

12-Fone: 86-99409-4916

13-Resp: ANTONIA MARIA DA CONCEIÇÃO

14-Cor: Sem Informação

14-End: RUA SANTA INES N 7776 - VILA SANTA BARBARA - CEP: 64000-010

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1- Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima de atropelamento com fraturas múltiplas de face, apresentando sinais de fraturas de mandíbula + fratura de maxila.

2- Condições que justificam a internação:

Fraturas múltiplas de face

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

T.C. de face

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de mandíbula

24-CID Prim:

S026

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25-Cod. Proced.: 0404020500

27-Procedimento Solicitado: OSTEOSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA

29-Clinica:

30-Caráter:

Ident.: 01

CPF

32-Doc. Méd. Solic.: 889.714.493-49

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

SALOMAO CURY RAD ORA

34-Data Solicitação:

26/06/2017

35-Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

39- Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador

40-ENPJ Seguradora:

41-No. Bônus:

42-Série:

43-CNPJ Empresa:

44-CBOE:

() Autônomo () Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46- Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

() CNS () CPF

Usuário: (MIZA V&Z)

Consulta Local: 613396

Consulta SUS:

Impressão: 26/06/2017 08:24:12

51- Assinatura Paciente ou Responsável:



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

Planilha

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICO ASSISTENTE

CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

ENF. OU AP. LEITO

PRONTUÁRIO

CLÍNICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

HORÁRIOS

05/07/17

ALTA HOSPITALAR

CVBj

- 1 Dieta líquida/pastosa
- 2 Soro Fisiológico 0,9% 1000 mL EV - 14 gts/ mln correr em 24 hs
- 3 Cefalotina 1g + AD 6/6 hs EV
- 4 Dacatron 4mg + AD 8/8h EV
- 5 Dipirona 2ml + AD 6/6hs EV SDS
- 6 Tilatil 20 mg EV 12/12h
- 7 Ranitidina 50 mg EV 08/06h
- 8 HIGIENE ORAL ESCOVAÇÃO + BOCHECHO COM CLOREXIDINA 0,12%
- 9 Cuidados Gerais da enfermagem e Sinais Vitais de 6/6hs
- 10 SSVV - CCGG

LEVANTAMENTO DE SINTOMAS
OPVAT
CENTE 100.000 EFICACIA
07 NOV 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Esdras de Resende, 455 Loja C
Gentio - Niterói - RJ - 24.092-002

8:30 Alta hospitalar
com orientações

Suelen dos Santos Silva
ENFERMEIRA
COREN-PI 166094

Dr. Emerson Daniel
Cirurgia e Traumatologia
Bucamaxilofacial
Residente HU-UFPI/ CRO-PI 3263

OME <u>Aracapan Robey de Sousa</u>	IDADE <u>26</u> anos	DATA <u>03/07/2017</u>
ORÁRIO DE ADMISSÃO <u>18 h 45 min</u>	TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDACÃO	
IRURGIA REALIZADA <u>Fratura de mandíbula e maxila</u>	CIRURGIÃO	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DUPVAT
CONTENIDO HA VERIFICADO
11 NOV 2017
CENTE SEGURADORA S.A.
Rua Ennio de Almeida, 180 - JARDIM
CENTRO - NITÓpolis - RJ 24.600-000
COMISSÃO

TOTAL	09	
ASS.	11/11/11	12/11/11

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

18/05 Admitido na SRPA em PO2 de 100% em oxigênio e
sem febre em mandibular e maxilar. Sem efeito de
medicamento. Sem efeito de analgésico, respiração espontânea
sem necessidade de O2. FC em constante tempo na
SRPA.

ALTA SRPA

HORÁRIO

ENCAMINHAMENTO: [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

Dr. Hercílio Cortez D. Neto
Anestesiologista
CPF: 096.111.892-91 / CRM-PI: 593

ANESTESIOLOGISTA

008 - 224 / 1178



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente: Arnapoan Roney de Sousa

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DE MANDIBULA + FRATURA DE MAXILA

Operação - Tipo: OS. GOSSTIERE DAS FRATURAS DE MANDIBULA + MAXILA

Cirurgião: Wesley Brito 1º Assinante: EVERTON (Pereira)

2º Assinante: TATIANA (Rendente) 3º Assinante: MARCOSS (Rendente)

Instrumentador(a): Raquel Anestesiologista: DIA. Denise Anestesia: geral

Anestésico(a):

Data da Operação: 03/07/2017 Início: Fim:

Diagnóstico Pós-operatório: FRATURA DE MANDIBULA + FRATURA DE MAXILA

Relatório Imediato do Patologista:

Acidente Durante a Operação:

PARA O CENTRO DE CIRURGIA
CONTENDO NADA DE ENVIADO
11 NOV 2017
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende 465 Loja 6
Bomito - Maricá - PA 66120-120
Mantendo Exato
SOMEHUT 100%
Contato: 0800 100 000

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) ANTÍSSER A INTRA-EXTRA ORAL
- 2) APOSEIO/COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTERES
- 3) INJEÇÃO COM ASSOCIAÇÃO 2% COM BASSO
- 4) SELEÇÃO/COITE/COLOCAÇÃO DE SANG DE ENLIX 21 3mm
- 5) INCISÃO INTRA E EXTRA ORAL INTRA CIRCUM-VESTIB
- 6) INCISÃO NA MAXILA E INCISÃO SUBMENTO-MIANA EXTRA-ORAL
- 7) REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM SISTEMAS 2.0 G
- 8) DRENAGEM E FECHAMENTO DA FERIDA CIRÚRGICA POR
- 9) REMOÇÃO DO TAMPÃO
- 10) LIMPEZA DA SUTURA E DO PACIENTE
- 11) RETORNO DOS CAMPOS
- 12) APOS ASSP. INJEÇÃO ORO-MAXILAR

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Anaíson Roriz de Souza</i>						Nº DE REGISTRO	
DATA <i>23/07/17</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATÓCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		ATARÁXICOS OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>ASA I / Nega alergia</i>				FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES	
LIQUIDOS		SO-LITO 500				Etiópico 20	
TEMPERATURA T		SANGUE 300				Buxomita 100	
P. ARTERIAL V O PULSO		OUTROS 100				Sedativo 20	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		200				Ternaxicon 100mg	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		180				Monobromo 100mg	
RESPIRAÇÃO O		160				SEQUÊNCIA	
SÍMBOLOS		140				1 Anestesia	
TÉCNICAS		120				2 Anest.	
OPERÇÕES		100				3 Anest. Exigência	
CIRURGIÕES		80				4 Anest.	
ANESTESISTAS		60				5 Anest.	
		40				6 Anest.	
		20				7 Anest.	
		10				8 Anest.	
						9 Anest.	
						10 Anest.	
						11 Anest.	
						12 Anest.	
						13 Anest.	
						14 Anest.	
						15 Anest.	
						DURAÇÃO	
						INCIDENTE - ACIDENTE	
						CONDICÕES POS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
						PARTICULARIDADES	



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

FMS
Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03/07/17

NOME DO PACIENTE: Anapora Roney de Sousa PRONTUÁRIO Nº 2137687
DIAGNÓSTICO: Fratura de Mandíbula e Maxila CIRURGIA: Osteossíntese das fraturas de Mandíbula e Maxila
ANESTESIA: GGAL Nº DA SALA: 08
CIRURGIÃO: Lauro de Brito CPF Nº: 065559773-58
AUXILIAR: Peridantes CPF Nº: _____
ANESTESIA: DRA. DENISE CPF Nº: _____
INSTRUMENTADORA: Raquel CPF Nº: _____

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		AGULHA 30X8	UNID.	03	
AGULHA 40X12	UNID.	04		AGULHA RAQUE	UNID.	-	
ALCOOL 70%	ML	05		ALGODÃO	BOLA	02	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		COMPRESSA	PAC.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	-		ESPARADRAPO	CM	30	
ESCALPE Nº	UNID.	-		FORMOL	ML	-	
GASES	PAC.	05		JELCO Nº	UNID.	-	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	CAT. GUT. SIMPLES C/AG			
				CAT. GUT. SIMPLES S/AG			
				CAT. GUT. CROMADO C/AG			
				CAT. GUT. CROMADO S/AG			
				ALCOFIL			
				MONONYLON 20:50			02:02
				FITA UMBILICAL			
				VICRYL 3-0			02
				PROLENE			
				OCORRÊNCIA			
				Exercício para descompressão			04
				Eletródos			05
				lidocaina com vaso			20ml
				Acidex nº 2			02
				Fita micropore			20cm
				ENFERMARIA: <u>E. Lurupico</u>			
				CIRCULANTE: <u>Cláudio</u>			



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 96 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANAPOAN RONEY DE SOUSA** (Prontuário: 437687)

Endereço: RUA SANTA INES N 7776 - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 15/12/1990 Idade: 26a.6m.11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 613306

Requisição: 753210 Solicitação: 26/06/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 936934 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 26/06/2017

T.C. DE FACE

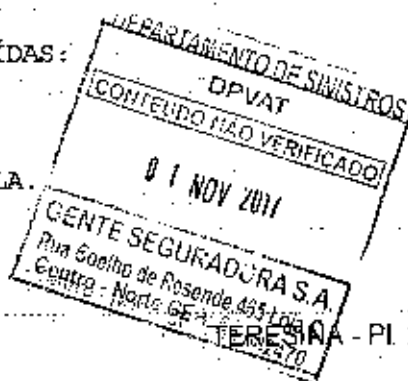
EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- * PAREDES DOS SEIOS MAXILARES.
- * PROCESSOS PTERIGÓIDES.
- * REGIÃO MENTONIANA E CÔNDILO DA MANDÍBULA.
- * SEPTO NASAL.

- HEMOSSÍNUS MAXILAR BILATERAL.

(CORGE AUGUSTO)



TERESINA - PI 26/06/2017

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3096

Profissional Responsável

Kassia Joana Pinheiro
Médica: 88004
SAMS-HUT
Conte com Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Fita 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANAPOAN RONEY DE SOUSA** (Prontuário: 437687)

Endereço: RUA SANTA INES N 7776 - VILA SANTA BARBARA - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 15/12/1990 Idade: 26a.6m.11d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 613306

Requisição: 753210 Solicitação: 26/06/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 936934 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 26/06/2017

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 DOS SEIOS MAXILARES.
- * PROCESSOS PTERIGÓIDES.
- * REGIÃO MENTONIANA E CÔNDILOS DA MANDÍBULA.
- * SEPTO NASAL.

- HEMOSSÍNUS MAXILAR BILATERAL.

(JORGE AUGUSTO)



TERESINA - PI 26/06/2017

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Rosane de Aguiar Pereira
Médica - ORL
SIME-4487
Contato com 061



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: R: 3229 4972
TERESINA - PI CEP: 64010-770 CNPJ: 09.522.917/0001-02

Prontuário:

437687

Internação:

193517

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANAPOAN RONEY DE SOUSA				
End. Resid.: RUA SANTA INES N 7776 - VILA SANTA BARBARA				
Cidade: TERESINA - PI CEP: 64000-010				
Sexo: Masculino	Nascimento: 15/12/1990	Idade: 26 anos	Estado Civil: Casado	Profissão: ESTRECADOR DE GAS
Admissão: 11/03/2017	G. Instrução: Não informado	Fone: 88-99409-4916	Cartão SUS (CNS): 706206859526123	Procedência: TERESINA
Pai: JOSE DE BEZERRA SOUSA			Mãe: MARIA DALVA DA CONCEICAO	
Responsável: ANTONIA MARTA DA CONCEICAO				
End. Responsável: RUA SANTA INES N 7776 - VILA SANTA BARBARA TERESINA - PI CEP: 64000-010				
Documento: CPF: 054.449.323-00				
Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA A PÉ (PNEUMOTIRE)				

INFORMAÇÕES MÉDICAS

Internação		Alta		Clinica:
Data: 03/07/2017	Hora: 17:27	Data:	Hora:	
Diagnóstico de Admissão: Procedimento: 0415030013 - TRATAMENTO CIRURGICO DE POLITRAUMATIZADO CID 10:				
Diagnóstico de Alta: Procedimento: CID 10:				
Tratamento Realizado: OSTEOSINTESE DE FRACTURA COMPLEXA DE MANDIBULA E MAXILA				
Exames Realizados: - HEMOGRAMA - COEFICIENTES - Glicemia em jejum - UREA E CREATININA - TC DE FACE				

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

Dr. Leandro de Sousa Brito
Cirurgião Bucal, Maxilo-Facial
Especialista
CRM 460

Data:

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI

SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO JOAO DE DEUS MARTINS

Anapoan Roney de Sousa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

EXAMENHO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

8 1 NOV 2011

SENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coringa de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte DER 64.00478

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.133.572 DATA DE EXPEDICAO 29/01/08

NOME ANAPOAN RONEY DE SOUSA

FILIAÇÃO MARIA DALVA DA CONCEICAO

JOSE DE RIBAMAR SOUSA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 15/12/1990

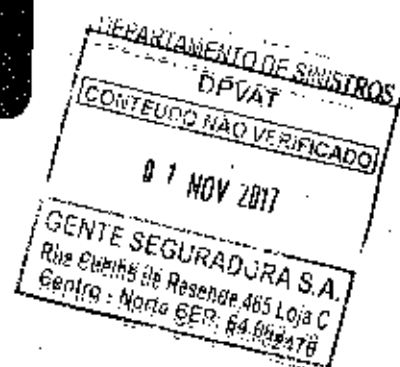
DOC. ORIGEM CERT. NASC. 203882 L A244 F 321

EXP. TERESINA-PI 25/08/92

TERESINA-PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 69.250/83





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0476263

NELLE ROZE SOARES MARQUES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 NOV 2011

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Espírito de Deus, 465 Loja C

Centro - Natal - CEP: 54.000-70

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4 119 262	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/14
NOME	NELLE ROZE SOARES MARQUES		
FILIAÇÃO	CIGERA MARQUES JUCUNDE		
NATURALIDADE	ANTONIO SOARES JUCUNDE		
DATA DE NASCIMENTO	22/05/1971		
DOC. ORIGEM	CRATEUS-CE		
CERT. NASC.	529 L 41/F 141		
EXP. CRATEUS-CE	25/09/78		
TÉRESINA, PI	840-173-173-91		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170589937 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANAPOAN RONEY DE SOUSA **Data do acidente:** 26/06/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170589937

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANAPOAN RONEY DE SOUSA

Data do acidente: 26/06/2017

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura complexa da mandíbula e da maxila, fratura da sínfise, côndilo bilateral, paredes dos seios maxilares, processos pterigóides, região mentoniana, e côndilos da mandíbula, e septo nasal.

Descrição do exame médico pericial: Apresenta no momento no exame físico, alteração anatômica com desvio do nariz a esquerda, com assimetria facial com retração na face esquerda, com diminuição da abertura da boca, com má oclusão, com perda de força e diminuição dos movimentos articulares de protrusão e retrusão, com prejuízo da mastigação.

Resultados terapêuticos: Fez tratamento com redução, e cirúrgico com osteossíntese com fixação com 04 mini placas e parafusos, refere que não fez fisioterapia.
Não teve complicações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional leve de estruturas crânio faciais.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/11/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Mauro Ricardo Ramos Bilibio

CRM do médico: 4606

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
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

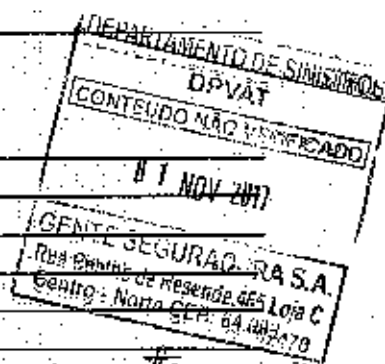
(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Ana poan honey de souza
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: casado
Identidade: 3.133.572
CPF: 054.447.323-00
Profissão: Estagi
Endereço: A - A 37 4860 Rua Aracati Satellite.
CEP: 64.000.000
Telefone: (11) 86994012688

OUTORGADO:

Nome: Nelle Roze Soares Moniques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 84017317391
Profissão: Revisor - ml
Endereço: Rua 24 de janeiro 544 Centro norte
CEP: 64.000.235
Telefone: (186) 99401-2688



Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Ana poan honey de souza

3º OFÍCIO

Teresina PE - 03/10/2017

Local e data

ANAPUAN RONEY DE SOUSA

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

Cartório
Tribunal
Escritório

TERESINA CARTÓRIO DE OFÍCIO DE NOTAS
1711 AF - BUA A. A. COLONIA DE BOMFIM - TERESINA
RUA LEONOR NOGUEIRA, 1295 CENTRO - CEP. 64000-000 - TERESINA-PI
Fone: (0800) 9221-7330 - E-mail: atendimento@cartoriosangui.com.br

RECONHECER POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANAPUAN RONEY DE SOUSA, DOU
FE - 03/10/2017 DA VERDADE - TERESINA-PI - 03/10/2017, 18h01:23:50
Tribunal de Justiça do Estado do Piauí - 1ª Vara de Família e Sucessões
Juiz de Direito CASTRO LUIZ VIEIRA ESCREVENTE RAYDSONDA

Tabella

Escritório autuado



Cartório Translatores Sangui
Tribunal de Justiça do Estado do Piauí
Escritório Competência
Tribunal de Justiça

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANAPOAN RONEY DE SOUSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00344

CONTA: 000000025625-0

Autenticação:

76BE54C1527DCCD03BF0BA7A6C4D268921A93B5A353C6E0A83DD427B8BE6DC68