

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

Vitima: 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 inicio 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,



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 inicio 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 n°: 12006185

A/C: ANAPOAN RONEY DE SOUSA

Nº Sinistro: 3170589937
Vitima: 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

Anapauan Roney de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Anapauan Roney De Souza	054.447.323-00	Estudante
Endereço	Número	Complemento
Rua Aracai Q - A 37	4860	Casa
Bairro	Estado	CEP
Scatellite	PI	6406-000
Email	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova da residência junto a Seguradora Lider - 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"/> RECUZO 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	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRC
<input type="text"/>		

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0344		25625	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

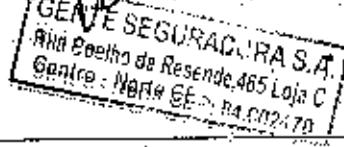
Teresina, 24 de Outubro de 2017

Local e Data

ANAPAUAN RONEY DE SOUZA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ITAU UNIBANCO S/A

DEPOSITO EM DINHEIRO

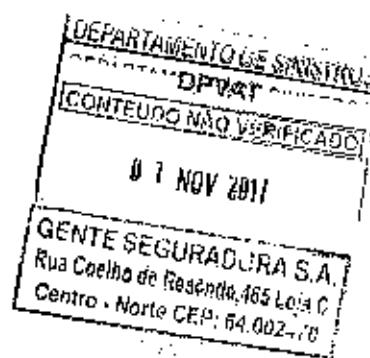
REGISTRO DE DEPOSITO 8344.25625-0/500
FAVORECIDO:

DEPOSITO EM DINHEIRO:

CICLO : 03.10.20170043910034410000397
REALIZADO EM: 03/10/2017 as 14:26:51

AUTENTICACAO
16E5C76B4E611159B0966902E7C87F3B49C7/FC7

00000053 034433221 031017



**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

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 OSTEOSÍTESE 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"

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)

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- 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 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% do dano: 10% residual 25% leve
 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) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Mauro Ricardo R. Billbie

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004546/2017-54

Complementar ao BO Nº: 100203.00453/2017-21

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

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

399138

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).

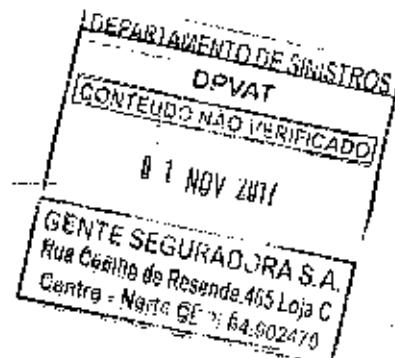
RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA NA CALÇADA DA AVENIDA ZEQUINHA FREIRE, QUANDO UM VEÍCULO 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.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos, Mat. 0097616
ALMIRALICE RIBEIRO LEBRE CARLOS
Delegado de Polícia
Escrivão Especial
Mat.: 009761-6

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

Delegado de Polícia





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004453/2017-21

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

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Data/Hora: 26/06/1990 - 04:30
Tipo Local: VIA PÚBLICA
Município: TERESINA
Bairro: VILA BANDEIRANTE
Endereço: AV. ZEQUINHA FREIRE, Nº:
Complemento: 399138
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.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

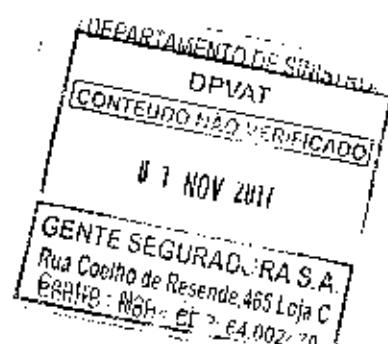
RELATO DA OCORRÊNCIA

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 TERCERIO E, ENCAMINHADO PARA A UPA DO SATELITE, 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.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
ALMIRALICE R. Lebre Carlos
Escrivão Especial
Mat.: 009761-6

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

Delegado de Polícia



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Continua na folha inversa da fls.



Eu, Anapéan Ronay de Souza, 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 Aracai Q-A 37 B-Satellite, 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:

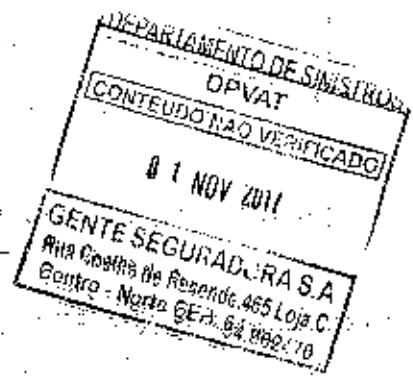
- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) 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.

ANAPÉAN RONAY DE SOUZA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Local e data

Teresina - PI ... 24/10/2017



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)¹

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 falsa 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.

Pelo exposto, eu: Nelle Rose Soares Marques, inscrito (a) no CPF 840.173.173-14, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ana Paula Roney de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.447.303/00, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Ana Paula Roney de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.447.303/00, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

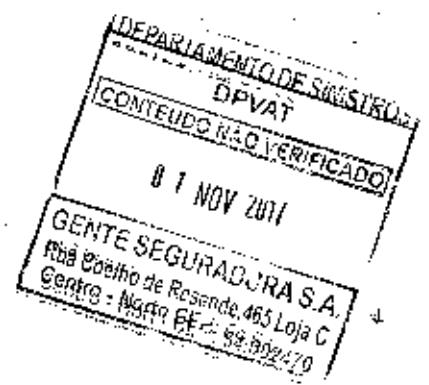
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

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

Teresina, 24 de Outubro de 2017
 Local e Data

Nelle Rose Soares Marques
 Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 NOV 2017
GENTE SEGURADORA S.A. Avl. Getúlio do Resende, 465 Loja C Centro - Teresina - PI - 64002-070



NOME DO PACIENTE:

Ana Ivan 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".

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

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

data: 26/06/2017 05:06:12

MATÉRIA ARAGAO

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANAPOAN RONEY DE SOUSA		Prontuário: 437687
Mãe: MARIA DALVA DA CONCEICAO	Fai: JOSE DE RISAMAR 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: 706006909526130
Profissão: INSPECTOR DE GAS		Documento: CPF: 044.447.323-00
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Casado a)
End. Local.: -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 613306	Data: 26/06/2017 05:06:39	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA A PÉ (PEDESTRE)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / / : : : : ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : : : :	
OPA/AT	
CONFUDO/NO VERIFICADO	
11 NOV 2011	
GENTE SEGURADURAS S.A.	
RUA 6 DE SETEMBRO, 1000 Centro - Matacães - Piauí	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / / : : : : ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 26/06/17 8:00

Presente vítima de acidente viaicular, consciente, apresenta lesão contusiva óssea, escoriações em face, laceração da língua, descolamento da mucosa bucal, inabilitado, exemplo, apresenta fijatura de surto e constela bilateral, com manifestações cutânea e

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

Dr. M. L. Castro
Cirurgia e Reumatologia
Bucal-Maxilofacial
CRO-PI 3452

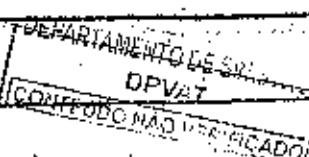
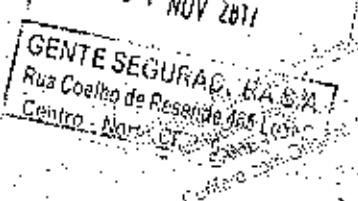
CD: Entrevista
Aguardar programação cirúrgica



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade	Sestelite	Para Unidade	HUT
Paciente	Guapiré, Renato de Souza	Registro	
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO			
<p>Pele polihidratizada, com exonsões por todo o corpo, digitávole, com extenso trauma no tórax</p> <p>ID: Poli-trauma</p>			
Data	26/10/17	 3333	
Médico responsável pelo encaminhamento / carimbo			

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para	
DIAGNÓSTICO		
Data		
Médico responsável pelo encaminhamento / carimbo		
OBSERVAÇÃO: 1. Deverá ser preenchido em duas vias; 2. Entregar uma via para o paciente entregar 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

Prontuário:

437687

Internação:

193031

Nome: ANAPOAN RONEY DE SOUSA

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

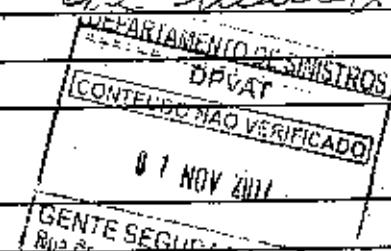
Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

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

Diagnósticos: Fratura de maxila e Frat. Max. h. a	cod.CID:
CID Principal:	5026
CID Secundário:	
CID Causa Morte:	

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):
Paciente em posterior de maxila e maxila



EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

MEDICAÇÕES: Cefalotino, cloridr. de tiamina, dipirona.

CIRURGIA: Data: 03/07/17 Tipo: Aspirinotomia das fraturas
de maxila e maxila.

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Assistente Administrativo
Médico Administrativo
SAÚDE HUT
Confere com Ortopedista

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

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: Transporte:

Nome: _____

D. Laurindo de Souza Pinto Jr.
Cirurgião Bucal Maxilo Facial
Residente Odontologia
CRA-PI

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:** 66000-010

Sexo: Masculino	Nascimento: 15/12/1990	Idade: 26a:6m:1d	Estado Civil: Casado(a)	Profissão: ESTREGADOR DE GAS
Admissão: 11/06/2017	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

66000-010

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: / /	SAÚDE VERDE CENTRO DE S.A. DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Diagnóstico de Admissão:

Procedimento: 0404020500 - OSTEOSÍNTSE DA FRACTURA COMPLEXA DA MANDÍBULA

CID 10: S026 - Fratura de mandíbula

Diagnóstico de Alta:

Procedimento:

CID 10:

Tratamento Realizado:

osteosíntese das fraturas da Mandíbula
e maxila.

Exames Realizados:

TC. de face.

Assinatura: _____
Data: _____
SAÚDE VERDE
Centro de Saúde
Assista com Original

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

Data

Assinatura de: Dr. Sérgio Ribeiro Jr.
Cirurgião Dentista Federal
Impresso/Assinado
CRO-450

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável

PREScrição MÉDICA

Anapoay Rosey de Saeser

26106112

Frail, skin surface + comolito
bilateral

Visto Nutritorista
Eduardo Pinho de Oliveira AG-22
Data: 03/03/2013
Hora: 10:00:00

- 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) Tilafil 20 mg EV 12/12h
 - 7) Ranitidina 50 mg EV 08/08h (AN - TCM)
 - 8) HIGIENE ORAL ESCOVADAÇÃO + BOCHECHO COM CLOREXIDINA 0,12%
 - 9) Cuidados Gerais da enfermagem e Sinais Vitais de 6/6hs

10 SSVV - CCGG

10 SSW - CCGG
~~11 Two males 60-65 cm~~

~~24.06.~~ 24.06.

Ora. **Muska Castro**
Cirurgia e Traumatologia
Bucogástrico-facial
CRO-PI 3452

11) ~~Triamcinolona 40mg 1ml + AD EV 6/6h~~

Página

**MÉDICO ASSISTENTE
CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL**

REFLATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

8.53b Pde concrete, multi-
plex pre-exposed te, APP
on MSA are permitted if
the concrete is not exposed
to the elements of the exterior
and the concrete is not subject
to the elements of the exterior

www.ijerph.org

H	PA	T	P	R
12	25	37	92	
16	32	37.5	89	
24	44	19	80	18
08	13	16	84	88

exercício Realizado AVP, MSE,

Referência: Referência: 20. - Téc. ~~100~~
Micodellie R. da Silva
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN - PI 836.295

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nº. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

143031
INTERNAÇÃO DE SINTROS
DEVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 NOV 2011

GENTE SEGURADA
HUTCNPJ: 05.447.323-00
Nº. REGISTRO: 4651
Código da
Internação:
58288564-CNES
5828856
193031

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3-Nome: ANAPOAN RONEY DE SOUSA

6 - Prontuário: 437687

7-CRS: 706006889526120 8-Nascimento: 15/12/1990 9-Sexo: Masculino 14-CPF: 054.447.323-00
 11-Mae: MARIA DALVA DA CONCEIÇÃO 12-Fone: 86-99409-4916
 13-Resp: ANTONIA MARIA DA CONCEIÇÃO 14-Cor: Sem Informação
 15-Ende: RUA SANTA INES N 7776 - VILA SANTA BARBARA - CEP: 64000-010
 16-Munic: TERESINA 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima de atropelamento com
 Tumulto de fogo, apresentando
 Fratura de mandíbula + fratura de
 maxila.

22 - Condições que justificam a internação:

Fratura múltipla da face

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

T.C. da face

24-CID PRINCIPAL:

S026

25-Diagnóstico Inicial:

Fratura de mandíbula

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tempo SUS
-3

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

0404020500 OSTEOSÍTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA

28-Clinica:

30-CarAter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 889.714.493-49

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

SALOMAO CURY RAD ORA

26/06/2017

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-ENPJ Seguradora:

40-Nº. Símbolo:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOP:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:
: Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

47-Data Autorização:

46 - Nome do Profissional Autorizador:

48-Documento: 49-Nº. Documento:
: CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Pg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (RMIZA.VBZ)
 Consulta local: 613392
 Consulta SUS:
 Impresso: 26/06/2017 06:24:12



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

HOSPITAL DI

PRESCRIÇÃO MÉDICA

“Planilha”

Anapoori Ronny

05
07
12

ALTA

HOSPITALAR

1

pieta líquida/pastosa

25000 Fisiológico 0,9% 1000 mL EV - 14 gts/min correr em 24 hs

cefalotina 1g + AD 6/6 hs EV

Standard ADG + AD 8/8h EV

~~Dipirona 2ml + AQ 6/6hs EV SDS~~

Page 14 of 14

6. Tilatil 20 mg EV 12/15/01

7 Ranildina butting

~~B) HIGIENE ORAL ESCOVADAS + 30~~ - formação e Sinais Vitais de 6/6hs

9) Cuidados Generales da enfermera:

10 SSW - CCGG

Dr. Guedes Daniel
Cirurgia e Traumatologia
Bucoraxilofacial
Residente ITC-UFPI CHO-PI 3263

ENF. OU AP LEST

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

MÉDICO ASSISTENTE

CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL

HORARIOS

OBSERVAÇÕES

8:30 Ultra hospital car
car maintenance

acesso
Suelen dos Santos Silva
ENFERMEIRA
COREN-PI 166094

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PÓS – OPERATÓRIO – SRPA

OME Anaísa Roney de Souza

IDADE 26 anos

DATA 03/01/2017

ORÁRIO DE ADMISSÃO 18 h 45 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () IPÉRIDURAL () SEDAÇÃO

IRURGIA REALIZADA: Ressecção de mandíbula e maxila CIRURGÃO: DR. FÁBIO VIEIRA

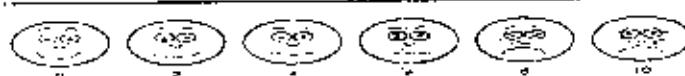
SINAIS VITAIS	HORÁRIO		SAÍDA
	ADMISSÃO	SAÍDA	
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	136 / 62	105 P.AT. D.O.VAT	150 / 80
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	45	100% CONFIRMADO	83
SATURAÇÃO DE O2 (%)	100%	11 NOV 2011	100%
TEMPERATURA AXILAR (°C)		SENTE-SEGURAGURA SA	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		Respiração regular no centro	
NOME/ MATRÍCULA	Andréia		

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROJULIK

**ESCALA
DE DOR
ADMISSÃO**



**ESCALA
DE DO
ALTA**



TOTAL: 0 0

ASS. 14717

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

18/05 Admitido no SRPA em 003 de Março de 2005
para partilha em mandado e matilha. Sob efeito de
sedativo. Só efeito de efeito. Sustento, respiração exa-
tante, não aponta de O_2 . FG com certa intensidade no

PREScrição MÉDICA

ALTA SRPA

Dr. Herzlich Göttingen
Anestesiologe
GPI: 099 011 892-91 / GRS-PI: 992

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

DOY - 2004

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Ana Paula Roney de Souza

Diagnóstico pré-operatório

FRACTURA DE MANDÍBULA + Fratura de Maxila

Operação - Tipo

Osteossíntese das Fraturas de Mandíbula + Maxila

Cirurgião

Joaquim de Brito

1º Assinante

JOAQUIM DE BRITO

2º Assinante

TAÍLA (Pendente)

3º Assinante

FRANCOS (pendente)

Instrumentador(a)

Raquel

Anestesista

DRA. Denise

Anestesia

General

Anestésico(a)

CGA 400

Data da Operação

03/03/2017

Inicio

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

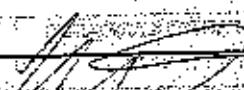
FRACTURA DE MANDÍBULA + Fratura
de Maxila

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1. ANESTESIA INTRA-EXTRA ORAL
2. APOSETOS / CURVACAO DAS RAMOS OSTENES
3. INCISÃO COM APOSETO ZI COM YUASA
4. SELEÇÃO / CORTES / CURVACAO DE SISTEMA DE ENCLAVE 3.0 mm
5. INCISÃO INTRA-EXTRA-ORAL + INCISÃO CIRCONF-ESTÉTICA
6. INCISÃO INTRA-EXTRA-ORAL + INCISÃO CIRCONF-ESTÉTICA
na maxila e incisão segmentariana extra-oral
7. DISSECCAO DA FRACTURA E FIXAÇÃO COM SISTEMA 3.0 C/L
8. DRENAGEM
9. FECHAMENTO E FECHAMENTO DA FERIDA CIRÚRGICA POR



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE		Ana Rozen Honey de Souza				Nº DE REGISTRO	
DATA	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
03/07/12							
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA		BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL		ASMA / Nessa etiologia:		CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		Tapon. > 8m		FÍSICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DÓSES)		Alicate		APLICADAS	EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÉNIO				TOTAL DE DOSES	
LÍQUIDOS		SO-UTO: 500 400 SANGUE: 300 200 OUTROS: 100	100 100 100 100 100 100				Entoroduro 2g Bixometa 1000 mg Bicarbonato 10g Tetraconal 100 mg Monomid 100 mg
TEMPERATURA T		C: 36 37 38 F: 96 97 98	100 100 100 100 100 100				Monomid 100 mg
P. ARTERIAL V		200 180 160 140	100 100 100 100 100 100				SEQUÊNCIA
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		120 100 80	100 100 100 100 100 100				1. Anestesia 2. Anest. 3. Anest. 4. TAC. Exiguo 5. Ind. Exig. 6. Fadiga 7. Fadiga 8. Fadiga 9. Propofol 1 Sang 10. Propofol 1 Sang 11. Ativ. auxil. 10 - 7 12. INT. V/H 13. Prot. ocoa 14. Prot. ocoa
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		60 40	100 100 100 100 100 100				
RESPIRAÇÃO O		20 10	100 100 100 100 100 100				
SÍMBOLOS						DURAÇÃO 60 min	
TÉCNICAS		Anestesia local				INCIDENTE - ACIDENTE An/Co Sangha	
OPERAÇÕES		Oftalmotaxia da mandíbula e maxila → monitor					
CIRURGIOS		Laguardia				Atuologos	
ANESTESISTAS		Laguardia				Atuologos	
CONDIÇÕES POS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							
PARTICULARIDADES							

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

DATA 03/07/17

NOME DO PACIENTE:	Apapom Roney de Souza	PRONTUÁRIO N° 137687
DIAGNÓSTICO:	Fratura de Mandíbula e Maxila	CIRURGIA: osteosíntese das fracturas de mandíbula e maxila
ANESTESIA:	Geral	N° DA SALA: 08
CIRURGÃO:	Barbudo Brito	CPF N°: 065559773-58
AUXILIAR:	Ridentes	CPF N°:
ANESTESIA:	Dra. Denise	CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	Raquef	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		SEGURADORA DE PESO	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LAMINA DE BISTURI N° 5	UNID.	01	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA N° 6,5	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA N° 7,5	PAR	04	
ALCOOL 70%	ML	05		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	02	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI DE GERMANTE	ML	—	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TÓPICO	ML	60	
COMPRESSA	PAC.	03		PVPI TINTURA	ML	—	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	—		SERINGA 20CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESCALPE N°	UNID.	—		SERINGA 5CC	UNID.	03	
FORMOL	ML	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
GASES	PAC.	05		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	03	
JELCO N°	UNID.	—		SONDA URETRAL	UNID.	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Escravipara deglutir 40			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Elétricolas 30			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Lidocaina com 1000			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				Acidex n° 2			
ALCOFIL				Fita microperca			
MONONYLON 20;50		02,02					
FITA UMBILICAL		—		ENFERMARIA: O. L. F. R. G.			
VICRYL 3-0		02		CIRCULANTE: Oficial			
PROLENE		—					



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Vito 1620 - Redenção - Fone: 66 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: SUS

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 CÔNDILLOS DA MANDÍBULA.
 - * SEPTO NASAL.
- HEMOSSÍNUS MAXILAR BILATERAL.

(CORRE AJUSTO)



OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Rosânia Joaques Pimentel
Médico de família
SAMS-HUT
Confirme com o Cirurgião



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 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: URGENCIA/EMERG Atendimento: 613306

Requisição: 753210 Solicitação: 26/06/2017

Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 936934 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

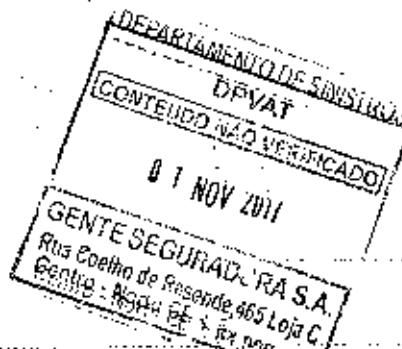
Data Exame: 26/06/2017

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 CÓNDILOS DA MANDÍBULA.
 - * SEPTO NASAL.
- HEMOSSÍNUS MAXILAR BILATERAL.

(GEORGE AUGUSTO)



TERESINA - PI 26/06/2017

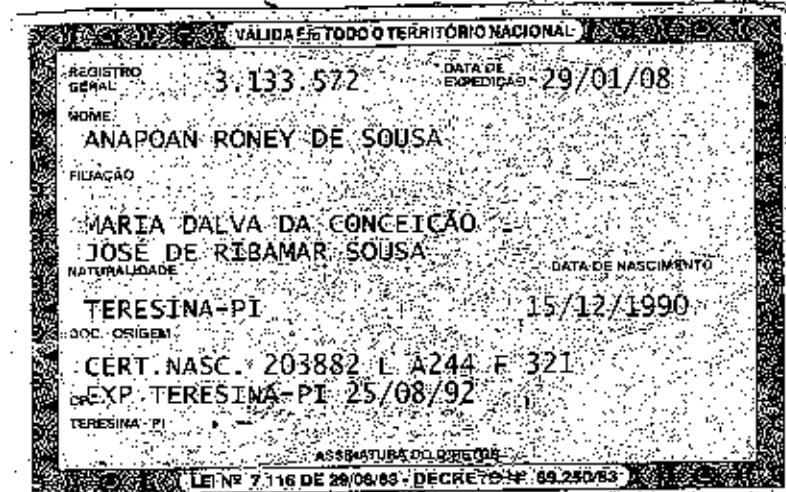
OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

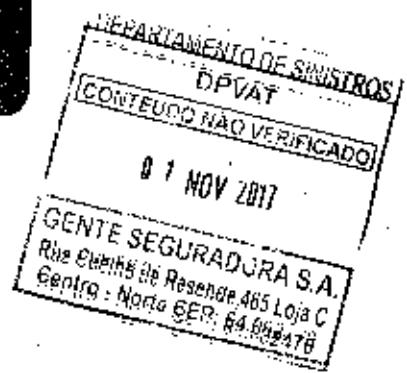
CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3D90

Profissional Responsável

Karen Juracy Oliveira
Médico Especialista
Sistêmico
Conforme com o laudo

X







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

CARTERA DE IDENTIDADE

0476263

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL: 4.119.262 DATA DE
EXPEDIÇÃO: 23/09/14

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO:

CICERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATUAZADE:

CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO:
22/05/1971

DDD ORIGEM:

CERT. NASC.: 529-L 41/F 141
EXP. CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA, PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.115 DE 29/06/83 - DECRETO N° 69.250/83



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

Valorização 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:

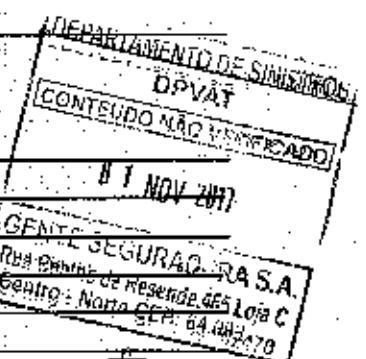


PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Ana Paula Boney de Souza
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Casado
Identidade: 3.133.572
CPF: 054.447.323-00
Profissão: Estagiária
Endereço: A - A 37 4860 Rua Araçai Satélite
CEP: 64.060.000
Telefone: (11) 8.699.4012688



OUTORGADO:

Nome: <u>Nelle Rose Soares Marques</u>	DATA: <u>11 NOV 2017</u>
Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	
Estado Civil: <u>Solteira</u>	
Identidade: <u>4.119.262</u>	CFNIT: <u>1234567890</u>
CPF: <u>840 173 173-91</u>	SEGURAD: <u>RA S.A.</u>
Profissão: <u>Reuso - m</u>	Endereço: <u>Rua Dom de Resende, Centro, 544, Centro, norte</u>
Endereço: <u>Rua 24 de Janeiro 544 Centro norte</u>	Centro: <u>Nano GFA 64.000-700</u>
CEP: <u>64.000-235</u>	
Telefone: <u>(186) 99401-2688</u>	

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado Acíbia 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 Paula Honey de Souza

3º OFICIO

Teresina 05-03-2017

Local e data

ANAPOLIN RONNEY DE SOUSA

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

TERESA CATÓLICO 2º OFÍCIO DE NOTAS
17144-1000 - RUA DA COLUNA, N° 50 - BOM FERIA
RUA LEONÍDIO NOGUEIRA, 1229 CENTRO - CEP. 66000-000 - TERESINA-PI
Fone: (086) 3221-7337 - E-mail: aberturacontabilidade@terra.com.br



ITAU - 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