

Controle de documentos x Audiências x Upload x Consulta processos - Pro x 0824890-33.2018.8.18.0 x Merge PDF files online. x + -

Não seguro | tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=154066&ca=5352c1723ec3016... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... Questões de conc...

**Pje** ProceComCiv 0824890-33.2018.8.18.0140 ANAPDAN RONEY DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEG...

11276212 - CONTESTAÇÃO (2742484 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 12/08/2020 10:35:19

12 Aug 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 11276208 - CONTESTAÇÃO
    - 11276212 - CONTESTAÇÃO (2742484 CONTESTACAO 01)
    - 11276215 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROC ADM)
    - 11276218 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 11276220 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
    - 11276224 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

30 Jul 2020

EXPEDIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS.  
11066810 - Citação

downloadBinario.seam 1 / 11

2742484- CJ/2020-02964/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: **08248903320188180140**

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

ativar o Windows. Exibir todos

prot+proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+proc adm.pdf

10:37 12/08/2020



12/08/2020

Número: **0824890-33.2018.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **05/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                     |                    |                          | Procurador/Terceiro vinculado               |
|------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------------------------------|
| ANAPOAN RONEY DE SOUSA (AUTOR)                             |                    |                          | GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    |                          |                                             |
| Documentos                                                 |                    |                          |                                             |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                | Tipo                                        |
| 11276215                                                   | 12/08/2020 10:35   | <a href="#">PROC ADM</a> | DOCUMENTO COMPROBATÓRIO                     |

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](http://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](http://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**

Pag. 00933/00934 - carta\_01



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](http://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**

Pag. 00515/00516 - carta\_02

00040258



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

Carta nº: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01035/01036 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020518





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULA**



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<br>Anapóan Roney de Sousa |                    | CPF titular da conta<br>054.447.323-00 | Profissão<br>Estad. |
| Endereço<br>Rua Anacai 8-A37            |                    | Número<br>4860                         | Complemento<br>Casa |
| Barrio<br>Satélite                      | Cidade<br>Teresina | Estado<br>PI                           | CEP<br>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.

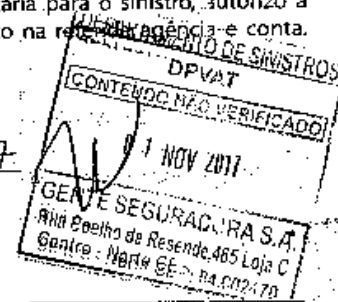
**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                        |                                                 |                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAÚ (341)<br><input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |                                                        |                                                 |                                                        |
| <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |                                                 |                                                        |
| BANCO<br>Nome                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                        | NRC                                             |                                                        |
| AGÊNCIA<br>NRO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                        | D/V                                             |                                                        |
| 0344                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        | 25625 0                                         |                                                        |
| (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 conta bancária informada. 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

V001/2017



ITAU UNIBANCO S/A

DEPOSITO EM DINHEIRO

RECEBID DO DEPOSITO 8344.25625-0/500  
FAVORECIDO:

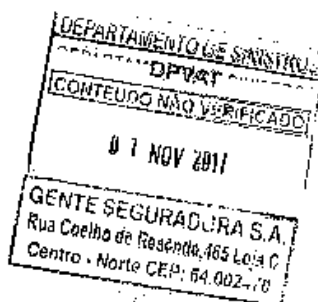
DEPOSITO EM DINHEIRO:

OTCLO : 03.10.20170043110034410000397  
REALIZADO EM: 03/10/2017 as 14:25:51

AUTENTICACAO

16E5C76B4E61115980966902E70B7F3849C77FC7

ITAU0050 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  
Satélite 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 DO 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 OSTEOSSINTESE 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"  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias* (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 % 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. Bilibio**  
Médico  
CRM - PI 4606 / MA: 6373

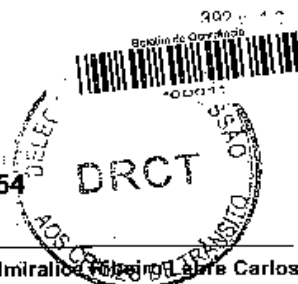




Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

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: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

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

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

399138

Data/Hora

26/06/2017 - 04:30

Bairro

VILA BANDEIRANTE

Ponto de Referência

EDIFICIO 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).

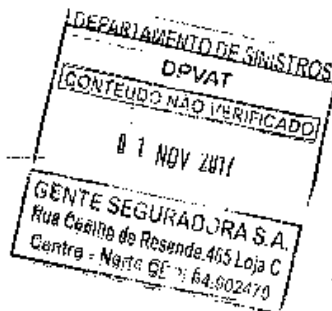
RELATO DA OCORRÊNCIA

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.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616  
Delegado de Polícia  
Escritório 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 de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almiralce 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/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

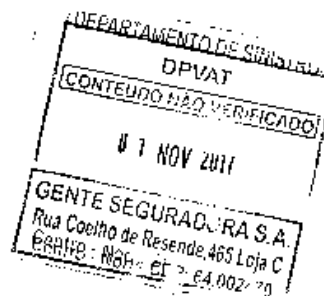
RELATA A VITIMA QUE ESTAVA NA CALÇADA DA AVENIDA ZEQUINHA FREIRE, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO SUBIU A CALÇADA E LHE ATROPELOU, LESIONADO FOI SOCORRIDO POR TERCEIRO E ENCAMINHADO PARA A UPA DO SATÉLITE, DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 437687, FATO TESTEMUNHADO POR RAYLANE DA SILVA VASQUES,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

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA  
Escrivã Especial  
Mat.: 009761-6

1 ANAPOAN RONEY DE SOUSA  
ANAPOAN RONEY DE SOUSA 26 ANOS - Notificante  
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-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:

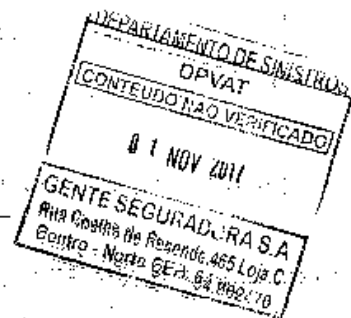
- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3259 4672  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.922.917/0002-02

- NEURO OK  
- BUCO  
- OR



# BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

|               |                                                                             |             |                       |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| Nome:         | ANAPOLAN RONEY DE SOUSA                                                     | Prontuário: | 437687                |
| Mãe:          | MARIA DALVA DA CONCEICAO                                                    | Fai:        | 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:        | 708036829526120       |
| Profissão:    | ENTREGADOR DE GAS                                                           | Documento:  | CPF: 064.447.323-00   |
| G. Instrução: | Não informado                                                               | E. Civil:   | Casado                |
| End. Local:   |                                                                             |             |                       |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|                   |                                            |          |                     |           |     |         |  |
|-------------------|--------------------------------------------|----------|---------------------|-----------|-----|---------|--|
| Código:           | 613306                                     | Entrada: | 26/06/2017 05:06:39 | Convênio: | SUS | Proced: |  |
| Motivo da Procura | ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À FÉ (REDESTR) |          |                     |           |     |         |  |

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                            |                |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação:                                             | Classificação: |
| Breve História Clin. Risco:                                                |                |
| A - Vias aéreas livres; sem color cervical.<br>B - Respirando em ambiente. |                |

|        |            |         |   |      |       |        |     |          |      |
|--------|------------|---------|---|------|-------|--------|-----|----------|------|
| SSV:   | (Hora: : ) |         |   |      |       |        |     |          |      |
| Tempo: | Kg         | Altura: | M | IMC: | Kg/m² | Pulso: | bpm | Pressão: | mmHg |

|                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:                                                                                                                                                           |
| C - Ausência de sinais de choque<br>D - Glasgow 15;<br>E - Escoriações e ferimento contuso no couro cabeludo<br>F - TC de crânio + face + cervical + Angiotomografia do Neuro/Buco<br>Rx tórax + Pelve |

|                        |
|------------------------|
| Exames Complementares: |
| LIBERADO ORTOPEDIA     |

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| Prescrição Médica:                                             |
| TC de crânio + face + cervical + Angiotomografia do Neuro/Buco |

|                                    |
|------------------------------------|
| Motivo da Alta/Encerramento:       |
| Assinatura Paciente ou Responsável |

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

|                                    |
|------------------------------------|
| Assinatura Paciente ou Responsável |
| 040402500 - CID 10 S02.6           |



**ELETROBRAS DISTRIBUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESI

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

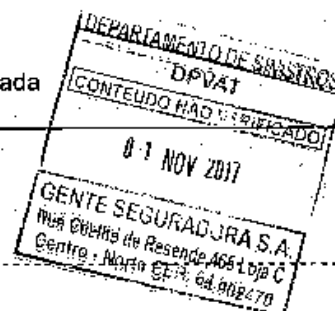
|                                       |                                        |                                                             |
|---------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>CÓDIGO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

**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**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

|                                       |                              |                                          |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------|
| <b>CÓDIGO ÚNICO</b><br><b>3940144</b> | <b>MÊS</b><br><b>08/2017</b> | <b>TOTAL A PAGAR</b><br><b>R\$ 39,78</b> |
|---------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------|

836200000005.397800170003.000000003947.014408170158





Para consulto em  
Eletrobras, informe  
o Nº da Nota

Nº da Nota Fiscal: 000964443

A Tmfo. Social de Energia Elétrica - TSE El. Ltda.  
pública nº 10.438 de 26 de abril de 2002

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ nº 06.940.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.283-5)  
Endereço: Rua da Energia Elétrica - Série B -  
Regime especial de imposto de renda sob o nº 19.301.283-5

| PERÍODO DE CONTABILIDADE | 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  
CPF: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 16.001.29.62.127880

| DATA DE FATURA             | DATA DE VENCIMENTO   |
|----------------------------|----------------------|
| Atual: 24/10/2017          | Anterior: 25/09/2017 |
| Próxima Letura: 23/11/2017 | Emissão: 24/10/2017  |
| Apresentação: 24/10/2017   |                      |

| CONSUMO (KWH) | FCAM |
|---------------|------|
| 385           | FCAM |

| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Pat. | Medida 12 meses |
|------------------|---------|----------------|-------|-------------|-----------------|
| COMERCIAL        | HOMO    | 33418740       |       |             |                 |

| CONSUMO (KWH) | CONSUMO (R\$)                  | CONSUMO (R\$) |
|---------------|--------------------------------|---------------|
| SET/17: 435   | 385 A R\$ 0,830366 =           | 319,69        |
| AGO/17: 353   | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) |               |
| JUL/17: 215   | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -   | 1,31          |
| JUN/17: 431   | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -  | 11,13         |
| MAI/17: 298   |                                |               |
| ABR/17: 213   |                                |               |
| MAR/17: 224   |                                |               |
| FEV/17: 294   |                                |               |
| JAN/17: 350   |                                |               |
| DEZ/16: 425   |                                |               |

IMPORTE EM TRÊS: 319,69  
R\$ 319,69 - 319,69

MENSAGENS IMPORTANTES / AVISO DE VENCIMENTO

Reserva de Risco 772D.6D72.41E7.A956.18D3.0621.38EA.DCA3

| COMPOSIÇÃO DA CUNTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |
|---------------------------|-------------------------|
| Consumo: 63,56            | Base de Cálculo: 319,69 |
| Energia: 120,88           | Alíquota ICMS: 25,00%   |
| Transmissão: 19,01        | Valor de ICMS: 79,92    |
| Distribuição: 19,26       | Valor do PIS: 3,03      |
| Taxa de Uso: 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                       |

TERESINA - MACAUBA

ROT: 16.001.29.62.127880



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ nº 06.940.748/0001-89 (Insc. Estadual: 19.301.283-5)

| SEU CÓDIGO   | TOTAL A PAGAR - R\$ |
|--------------|---------------------|
|              |                     |
| MES FATURADO | VENCIMENTO          |
|              |                     |

Nº da Nota Fiscal: 000964443 FCAM

3-46410017000 8-00000000051-3-86971017008 3





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Anapáon Roney De Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.447.303 / 00 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Anapáon Roney De Sousa 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

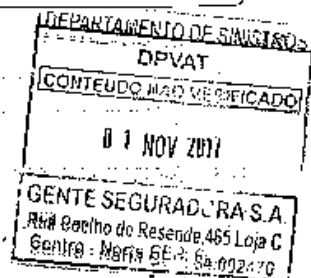
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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



DLDR L01 V001/2017





**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Amapioan 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 URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3219 4879  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Data: 16/06/2017 05:06:12  
MARTINA ARAGÃO

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

|               |                                                                             |             |                       |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| Nome:         | ANAPOLAN RONEY DE SOUSA                                                     | Prontuário: | 437687                |
| Mãe:          | MARIA DALVA DA CONCEICAO                                                    | Pai:        | 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:        | 708006889526120       |
| Profissão:    | ESTREGADOR DE GAS                                                           | Documento:  | CPF: 044.447.323-00   |
| E. Instrução: | Não informado                                                               | E. Civil:   | Casado a)             |
| End. Local:   |                                                                             |             |                       |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

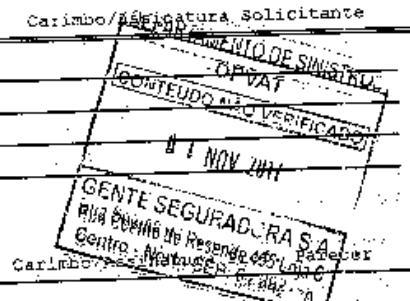
|                    |                                             |       |                     |            |            |       |
|--------------------|---------------------------------------------|-------|---------------------|------------|------------|-------|
| Código:            | 613306                                      | Data: | 26/06/2017 05:06:39 | Clas. Cor: | Indefinido |       |
| Motivo da Procura: | ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA À 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: / / :



### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

|                        |       |               |  |
|------------------------|-------|---------------|--|
| Data/Hora Solicitação: | / / : | ESPECIALISTA: |  |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: |       |               |  |
|                        |       |               |  |
|                        |       |               |  |
|                        |       |               |  |

Carimbo/Assinatura Solicitante

### DADOS DO PARECER: Data/Hora: 26/06/17 8:0

Paciente vítima de acidente automobilístico, consciente, após atendimento clínico, apresenta lesões em membros superiores e inferiores, com fraturas de humerus direito e fêmur esquerdo, com lesões de pele e tecido mole. Apresenta ferimentos de superfície e contusões bilaterais, com necessidade de intervenção cirúrgica.

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

Dr. Nilton Castro  
Cirurgia e Radiologia  
Bucodentofacial  
CRO-PI 3452

CD: Sutura  
Aguardar programação cirúrgica



**SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

|                                                                                                                                  |                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Da Unidade <u>Safelite</u>                                                                                                       | Para Unidade <u>HUT</u>                                                   |
| Paciente <u>Marina Raul de Sousa</u>                                                                                             | Registro                                                                  |
| <b>MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO</b>                                                                                                  |                                                                           |
| <p>Pele politraumatizada, com exoroses por toda a corpo, digitada, com extenso trauma na língua</p> <p>HD. <u>Politrauma</u></p> |                                                                           |
| Data <u>26/06/17</u>                                                                                                             | <p><u>333</u></p> <p>Médico responsável pelo encaminhamento / carimbo</p> |

**FICHA DE RETORNO**

|                                                                                                                                                                                                           |                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Da Unidade                                                                                                                                                                                                | Para                                                    |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                                        |                                                         |
| <p>DEPARTAMENTO DE SV<br/>DPVAT<br/>CONF. DO MIO VERIFICADO<br/>01 NOV 2011<br/>GENTE SEGURAD. R.A.S.A.<br/>Rua Coelho de Resende 465 Lda C<br/>Centro - Nova Friburgo RJ<br/>CNPJ 06.908.000/0001-00</p> |                                                         |
| Data                                                                                                                                                                                                      | <p>Médico responsável pelo encaminhamento / carimbo</p> |
| <p><b>OBSERVAÇÃO:</b></p> <p>1. Deverá ser preenchido em duas vias;<br/>2. Retornar uma via para o paciente retornar à Unidade de origem</p>                                                              |                                                         |



# SUMÁRIO DE ALTA

|                                                                                                                                                                                                                                                  |             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|  <b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b><br>Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872<br>TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02 | Prontuario: |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | 437687      |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | Internação: |
|                                                                                                                                                                                                                                                  | 193031      |

|                                                         |             |            |               |                   |
|---------------------------------------------------------|-------------|------------|---------------|-------------------|
| Nome: <b>ANAPUAN RONEY DE SOUSA</b>                     |             |            |               |                   |
| 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          |                   |
| 26/06/2017                                              | 07:02       | / /        | :             |                   |

|                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------|-----------|
| Diagnósticos: <i>Fratura da mandíbula e Frnt. Maxilar</i> | Cod. CID: |
| CID Principal:                                            | 50 95     |
| CID Secundário:                                           |           |
| CID Causa Morte:                                          |           |

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):  
*Paciente com fratura da mandíbula e Maxila*

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

MEDICAÇÕES: *Cefalotina, clacidina, Tetraciclina, Piprazina*

CIRURGIA: Data: *03/07/17* Tipo: *Osteossintese das fraturas da mandíbula e maxila*

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

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

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por:

Transporte:

Nome:

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente





**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: <b>ANAPOAN RONEY DE SOUSA</b>                                             |               |               |                               |                   |
| End. Resid.: RUA SANTA INES N 7776 - VILA SANTA BARBARA                         |               |               |                               |                   |
| Cidade: TERESINA - PI CEP: 64000-010                                            |               |               |                               |                   |
| Sexo:                                                                           | Nascimento:   | Idade:        | Estado Civil:                 | Profissão:        |
| Masculino                                                                       | 15/12/1990    | 26a:6m:1ld    | Casado(a)                     | ESTREGADOR DE GAS |
| Admissão:                                                                       | G. Instrução: | Fone:         | Cartão SUS (CNS):             | Procedência:      |
| 11/03/2017                                                                      | Não informado | 86-99409-4916 | 7080D6889526120               | 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 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:                                                                   | Hora: | Data: | Hora: |          |
| 26/06/2017                                                              | 07:02 |       |       |          |
| Diagnóstico de Admissão:                                                |       |       |       |          |
| Procedimento: 0404020500 - OSTEOSÍNTSE 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





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

[illegible]

43) Tronm adal 80mg/ml + AD

Página 4

Página 1: 11/11/12 58.24.06.





# FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

193031  
No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)  
DEPARTAMENTO DE SIMESTROS  
DEVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
81 NOV 2017  
GENTE SEGURO

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

3- CNES de 4650  
4- CNES  
5828856  
193031

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: ANAPOAN RONEY DE SOUSA  
6- Prontuário: 437687  
7- CNS: 708006889526120  
8- Nascimento: 15/12/1990  
9- Sexo: Masculino  
CPF: 054.447.323-00  
10- Mãe: MARIA DALVA DA CONCEIÇÃO  
11- Fone: 86-99409-4916  
12- Resp: ANTONIA MARIA DA CONCEIÇÃO  
13- Cor: Sem Informação  
14- Endereço: RUA SANTA INES N 7776 - VILA SANTA BARBARA - CEP: 64000-010  
15- Cod. IBGE: 221100  
16- UF: PI  
17- CEP: 64000-010  
18- Município: 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.  
24- CID Prim: S026  
25- Diagnóstico Inicial:  
Fratura de mandíbula

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

26- Cod. Proced.: 0404020500  
27- Procedimento Solicitado: OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA  
28- Clínica: 02  
29- Caráter: 01  
30- Ident.: 01  
31- Docum.: 32- Doc. Méd. Solic.: 889.714.493-49  
32- Data Solicitação: 26/06/2017  
33- Nome Profissional Solicitante/Assistente: SALOMAO CURY RAO ORA  
34- Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM):

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35- ( ) Acidente de Trânsito  
36- ( ) Acidente Trabalho Típico  
37- ( ) Acidente Trabalho Trajeto  
38- Vínculo com a Previdência:  
39- Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado  
40- No. Sinistro:  
41- CNPJ Seguradora:  
42- CNPJ Empresa:  
43- CNAE Empresa:  
44- CBOP:

## AUTORIZAÇÃO

45- Nome do Profissional Autorizador:  
46- Data Autorização:  
47- Documento:  
48- Num. Documento:  
49- Ass. Carimbo (Rg. Conselho):  
50- Usuário: (MIZA VAZ)  
51- Consulta Local: 613306  
52- Consulta SUS:  
53- Impressão: 26/06/2017 08:24:12





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

HOSPITAL DE

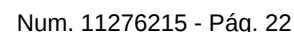
## PRESCRIÇÃO MÉDICA

| PRONTUÁRIO              |                                                                | CLÍNICA | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE                     |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------|---------|------------|-------|---------------------------------------|
|                         |                                                                |         |            |       | CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL             |
| RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |                                                                |         |            |       | OBSERVAÇÕES                           |
| HORÁRIOS                |                                                                |         |            |       |                                       |
| 05/07/19                | ALTA HOSPITALAR                                                |         |            |       | B. 30 Alta hospitalar com orientações |
| 1                       | Dieta líquida/pastosa                                          |         |            |       |                                       |
| 2                       | Soro Fisiológico 0,9% 1000 mL EV - 14 gts/ min 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                       | Metil 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                                                    |         |            |       |                                       |

Dr. Ednan Soares Coutinho  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucomaxilofacial  
Residente IPU-UFPI CHQ-PI 3263



ENTO: EXTERNO [ ] SALA DE GESSO ~~X~~ IMAGENS E GRÁFICOS [ ]





FUNDACÃO HOSPITALAR DE TERESINA  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA  
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

|                                                                             |                                         |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|
| Nome do Paciente: <u>Arnapoan Roney de Sousa</u>                            |                                         |                         |
| Diagnóstico pré-operatório: <u>FRATURA DE MANDÍBULA + FRATURA DE MAXILA</u> |                                         |                         |
| Operação - Tipo: <u>Osteossíntese das fraturas de mandíbula + maxila</u>    |                                         |                         |
| Cirurgião: <u>Marcelino Brito</u>                                           | 1º Assinante: <u>Everton (Perdente)</u> |                         |
| 2º Assinante: <u>Tatiana (Perdente)</u>                                     | 3º Assinante: <u>Marcos (Perdente)</u>  |                         |
| Instrumentador(a): <u>Raquel</u>                                            | Anestesiologista: <u>Dra. Denise</u>    | Anestesia: <u>geral</u> |
| Anestésico(a):                                                              |                                         |                         |
| Data da Operação: <u>03/08/2017</u>                                         | Início:                                 | Fim:                    |
| Diagnóstico Pós-operatório: <u>FRATURA DE MANDÍBULA + FRATURA DE MAXILA</u> |                                         |                         |

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) ANTÍSESSE A INTRA-EXTRA-ORAL
- 2) POSIÇÃO/COLOCAÇÃO DOS CAMPOS ESTÊNCIS
- 3) INCISÃO COM ASSOCIAÇÃO 2/3 COM LÂMINA
- 4) SELEÇÃO/COITE/COLOCAÇÃO DA SERRA DE ENLIXE 2/3 3mm
- 5) ANTÍSESSE INTRA E EXTRA-ORAL - INCISÃO CIRCUM-VESTIB
- 6) REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM SISTEMAS 2.0 C/ PLACA E PARAFUSOS
- 7) SUTURA E FECHAMENTO DA FERIDA CIRÚRGICA POR
- 8) REMOÇÃO DO TAMPÃO
- 9) LIMPEZA DA SUTURA E DO PACIENTE
- 10) RETIÇÃO DOS CAMPOS
- 11) APOS-ASPIRAÇÃO INOFRANQUE

MOD. 78 - HUT



## FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE



|                                               |              |                       |                |                   |          |                                    |  |
|-----------------------------------------------|--------------|-----------------------|----------------|-------------------|----------|------------------------------------|--|
| NOME DO PACIENTE <u>Anaíson Rony de Souza</u> |              |                       |                |                   |          | Nº DE REGISTRO <u>11111</u>        |  |
| DATA <u>23/07/17</u>                          | P. ARTERIAL  | PULSO                 | RESPIRAÇÃO     | TEMPERATURA       | PESO     | ALTURA                             |  |
| EXAMES DE SANGUE                              | GR. SANGÍNEO | HEMATIMETRIA          | HEMOGLOBINEMIA | HEMATÓCRITOS      | GLICEMIA | DOS. URÉIA                         |  |
| EXAMES DE URINA                               |              |                       |                |                   |          |                                    |  |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA                           |              |                       |                |                   |          |                                    |  |
| SISTEMA CIRCULATÓRIO                          |              |                       |                | ELETROCARDIOGRAMA |          |                                    |  |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO                          |              |                       |                | ASMA              |          | BRONQUITE                          |  |
| SISTEMA DIGESTIVO                             |              |                       |                | SISTEMA URINÁRIO  |          |                                    |  |
| ESTADO MENTAL                                 |              |                       |                | CORTICÓIDES       |          | OUTROS                             |  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                    |              |                       |                | FÍSICOS           |          |                                    |  |
| PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)                 |              |                       |                | APLICADOS         |          | EFEITOS                            |  |
| AGENTES ANESTÉSICOS                           |              | OXIGÊNIO              |                |                   |          | TOTAL DE DOSES                     |  |
| LÍQUIDOS                                      |              | SO-LUTO 500           |                |                   |          | cetozone 20                        |  |
| TEMPERATURA T                                 |              | SANGUE 300            |                |                   |          | buxomida 100                       |  |
| P. ARTERIAL V O PULSO                         |              | OUTROS 100            |                |                   |          | bupivacaína 20                     |  |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X                      |              | INÍCIO E FIM OPERAÇÃO |                |                   |          | Tetracaina 40mg                    |  |
| RESPIRAÇÃO O                                  |              | RESPIRAÇÃO            |                |                   |          | monomido 100                       |  |
| SÍMBOLOS                                      |              | SÍMBOLOS              |                |                   |          | SEQUÊNCIA                          |  |
| TECNICAS                                      |              | TECNICAS              |                |                   |          | 1 Anestesia                        |  |
| OPERAÇÕES                                     |              | OPERAÇÕES             |                |                   |          | 2 Anest.                           |  |
| CIRURGIÕES                                    |              | CIRURGIÕES            |                |                   |          | 3 Anest.                           |  |
| ANESTESISTAS                                  |              | ANESTESISTAS          |                |                   |          | 4 Anest. Ex. 100mg                 |  |
| PARTICULARIDADES                              |              | PARTICULARIDADES      |                |                   |          | 5 Anest. 100mg                     |  |
|                                               |              |                       |                |                   |          | 6 Anest. 100mg                     |  |
|                                               |              |                       |                |                   |          | 7 Anest. 100mg                     |  |
|                                               |              |                       |                |                   |          | 8 Anest. 100mg                     |  |
|                                               |              |                       |                |                   |          | 9 Anest. 100mg                     |  |
|                                               |              |                       |                |                   |          | 10 Anest. 100mg                    |  |
|                                               |              |                       |                |                   |          | 11 Anest. 100mg                    |  |
|                                               |              |                       |                |                   |          | 12 Anest. 100mg                    |  |
|                                               |              |                       |                |                   |          | 13 Anest. 100mg                    |  |
|                                               |              |                       |                |                   |          | 14 Anest. 100mg                    |  |
|                                               |              |                       |                |                   |          | 15 Anest. 100mg                    |  |
|                                               |              |                       |                |                   |          | DURAÇÃO                            |  |
|                                               |              |                       |                |                   |          | INCIDENTE-ACIDENTE                 |  |
|                                               |              |                       |                |                   |          | CONDICÕES POS-OPERATÓRIO IMEDIATAS |  |

MOD. 76 - HUT





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_  
Proc. Nº \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 03/07/17

NOME DO PACIENTE: Anapora Roney de Sousa PRONTUÁRIO Nº 437687  
DIAGNÓSTICO: Fratura de Mandíbula e Maxila CIRURGIA: Osteossíntese das  
ANESTESIA: GERAL Nº DA SALA: 08  
CIRURGIÃO: Lauro de Brito CPF Nº: 005559773-58  
AUXILIAR: Residentes CPF Nº: \_\_\_\_\_  
ANESTESIA: DR. DENISE  
INSTRUMENTADORA: Raquel

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO          | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO                   | UNID. | QUANT. | PREÇO |
|------------------------|-------|--------|-------|---------------------------------|-------|--------|-------|
| AGULHA 25X8            | UNID. | 03     |       | AGULHA 30X8                     | UNID. | 03     |       |
| AGULHA 40X12           | UNID. | 04     |       | AGULHA RAQUÊ                    | 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 | OCORRÊNCIA                      |       |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG |       |        |       | Exercício para deglutição       |       | 04     |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG |       |        |       | Elétrico de                     |       | 05     |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG |       |        |       | hidroscópico com vaso           |       | 20cm   |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG |       |        |       | Acuplex nº 2                    |       | 02     |       |
| ALCOFIL                |       |        |       | Fita micropore                  |       | 20cm   |       |
| MONONYLON 20/50        |       |        | 02,02 |                                 |       |        |       |
| FITA UMBILICAL         |       |        |       | ENFERMARIA: <u>Q. Cirúrgico</u> |       |        |       |
| VICRYL 3-0             |       |        | 02    | CIRCULANTE: <u>Cláudio</u>      |       |        |       |
| PROLENE                |       |        |       |                                 |       |        |       |

MOD - 094





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1620 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

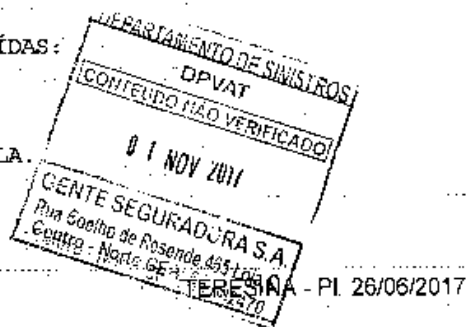
### T.C. DE FACE

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.



(CORGE AUGUSTO)

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090  
Profissional Responsável

Kassia Joana Pinheiro  
Mantida em  
SAMS-HUT  
Conferir com Original





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Radencão - 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  
Controler: 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.

(JORGE AUGUSTO)



### OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3080

Profissional Responsável

Kassia Jéssica Almeida  
Maurício G. S.  
SABER-PI  
Conteúdo com...





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Orico Tito, 520 - Badencio - Fone: R: 3229 4972  
TERESINA-PI CEP: 64010-770 CNPJ: 06.522.917/0001-02

Prontuário:

437687

Internação:

193517

## RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

### DADOS DO PACIENTE:

|                                                                                                                                |                                |                        |                                      |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| Nome: <b>ANAPOAN RONEY DE SOUSA</b>                                                                                            |                                |                        |                                      |                                 |
| End. Resid.: RUA SANTA INÊS N 7776 - VILA SANTA BARBARA                                                                        |                                |                        |                                      |                                 |
| Cidade: TERESINA - PI CEP: 64000-010                                                                                           |                                |                        |                                      |                                 |
| Sexo:<br>Masculino                                                                                                             | Nascimento:<br>15/12/1990      | Idade:<br>26 Anos/13d  | Estado Civil:<br>Casado(a)           | Profissão:<br>ESTRECADOR DE GAS |
| Admissão:<br>11/03/2017                                                                                                        | G. Instrução:<br>Não informado | Fone:<br>85-99409-4915 | Cartão SUS (CNS):<br>706006859524120 | Procedência:<br>TERESINA        |
| Pai: JOSE DE BRAGANCA SOUSA                                                                                                    |                                |                        | Mãe: MARIA OLÍVIA DA CONCEIÇÃO       |                                 |
| Responsável: ANTONIA MARTA DA CONCEIÇÃO                                                                                        |                                |                        |                                      |                                 |
| End. Responsável: RUA SANTA INÊS N 7776 - VILA SANTA BARBARA<br>TERESINA - PI CEP: 64000-010                                   |                                |                        |                                      |                                 |
| Documento: CPF: 654.447.323-00                                                                                                 |                                |                        |                                      |                                 |
| Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante):<br>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA A PÉ (PDEESTRE) |                                |                        |                                      |                                 |

### INFORMAÇÕES MÉDICAS

| Internação                                                                                                                |                | Alta  |       | Clinica: |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|-------|----------|
| Data:<br>03/07/2017                                                                                                       | Hora:<br>17:27 | Data: | Hora: |          |
| <b>Diagnóstico de Admissão:</b><br>Procedimento: 3415330015 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLITRAUMATIZADO<br>CID 10: S00.0   |                |       |       |          |
| <b>Diagnóstico de Alta:</b><br>Procedimento:<br>CID 10:                                                                   |                |       |       |          |
| <b>Tratamento Realizado:</b><br>OSTEOSÍNTESE DE FRACTURA COMPLEXA DE MANDÍBULA E MAXILA                                   |                |       |       |          |
| <b>Exames Realizados:</b><br>- Hemograma<br>- Coagulograma<br>- Glicemia em jejum<br>- Ureia e creatinina<br>- TC de Face |                |       |       |          |

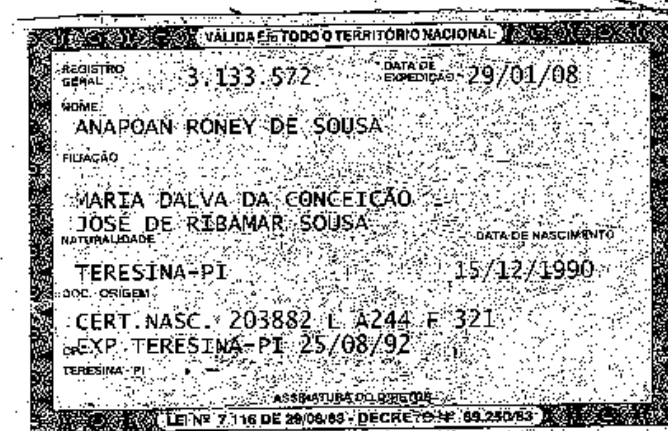
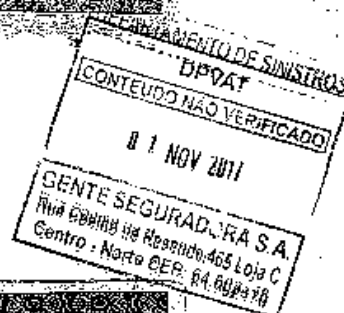
**Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.**

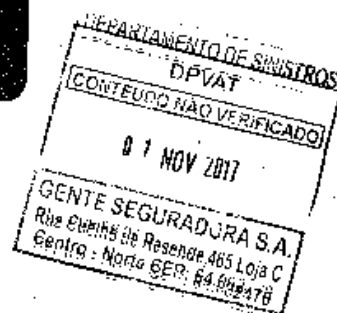
Dr. Lauro de S. da Silva  
Clínico Geralista  
Impedimento  
CRO-400

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável









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 Celso de Figueiredo 465 Loja C

Centro - Natal - CEP: 54.006-70

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO: CÍCERA MARQUES JUCUNDE

ANTÔNIO SOARES JUCUNDE

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

DOC. ORIGEM: CERT. NASC: 529.1.61/E-141

EXP. CRATEUS-CE: 25/09/78

TERESINA, PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 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

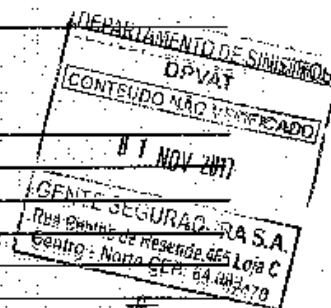
(Preencher com letras da forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: Anapopan Roney de Sousa  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Casado  
Identidade: 3.133.572  
CPF: 054.447.323-00  
Profissão: Estagi  
Endereço: A-37 4860 Rua Anacai Satellite  
CEP: 64.000.000  
Telefone: (11) 8.699.401-2688

### OUTORGADO:

Nome: Nelle Roze Soares Marques  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Solteira  
Identidade: 4.119.262  
CPF: 840.173.173-91  
Profissão: Revisor - me  
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 LIDER 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: Anapopan Roney de Sousa

3º OFÍCIO

Teresina PI - 03/10/2017

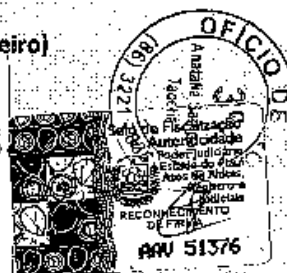
Local e data

ANAPOAN RONEY DE SOUSA

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

|                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Carício<br>TOMISIDIOS<br>Scripido<br>3.000.000.000                                                                                          | TERESINA COUTINHO P. OFÍCIO DE NOTAS<br>1011 A - BARRA DA COLÔNIA DE BARRA D'ÁGUA<br>RUA LUIZ CARLOS MOGUEIRA, 1235 CENTRO - CEP: 64000-000 - TERESINA-PI<br>Fone: (0800) 9421-7332 - E-mail: andren@contornzampira.com.br |
| RECONHECER POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANAPOAN RONEY DE SOUSA, DOU<br>FE - BR - TER - DA VERDADE - TERESINA - PI - 03/10/2017, Selo: 3.50 |                                                                                                                                                                                                                            |
| 13:00:22 Selo de Autenticidade e Selo de Verificação                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                            |
| JUDITH DE CASTRO LISBOA, Escrevente Autorizada                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Tabella                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Escrevente autuizado                                                                                                                                                                              |



Cartão Transmissor de Selo  
3º Ofício de Not. e  
Judiz de Castro (L. 1.210.000)  
Escrevente Autorizada  
Teresina-PI

# 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

