

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINALDO MACHADO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000108158-6

Nr. da Autenticação 4AD511BAA789FDE1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000067

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS

Data do acidente: 29/09/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DE CÔNDILO E SÍNFISE DE MANDÍBULA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA(02CM), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/01/2020

Conduta mantida:

Observações: LOCAL DO ACIDENTE: AV WALL DE CARVALHO PROX POSTO SANTA FE, TERESINA 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000067 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA. PÁG.5/6

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000067

Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINALDO MACHADO SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000067

Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDINALDO MACHADO SANTOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000067

Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS

Data do Acidente: 29/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDINALDO MACHADO SANTOS

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

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

Recebedor: EDINALDO MACHADO SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 00000108158-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 10 - Complemento:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 1081586

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34 - Impressão digital de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



5067 2250 1104 1680

5067

VALID DATE
10/24

EDINALDO MACHADO SANTOS
0029 013 00108158-6

elc

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200000067
Nome do(a) Examinado(a): Edinaldo Machado Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sao Jose 1419, S/N VI Irma Dulce
Angelim Teresina PI CEP: 64040-820
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1050299
Data local do acidente: [29/09/2019]
Data local do exame: [09/01/2020] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA BILATERAL DE CÔNDILO E SÍNFISE DE MANDÍBULA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA(02CM), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
LOCAL DO ACIDENTE: AV WALL DE CARVALHO PROX POSTO SANTA FE, TERESINA PI .

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


Dr. Ismar Aguiar Marques Filho
CPF - 791.120.723-20
CRM/PI - 3165





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012111/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/12/2019 13:35 Data/Hora Fim: 02/12/2019 13:52
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 29/09/2019 14:20

570064

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: AV. HENRY WALL DE CARVALHO

Bairro: Areias

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: EDINALDO MACHADO SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: MA - Buriiti Sexo: Masculino Nasc: 26/12/1967
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Jose Machado Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 786.607.003-25

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: RUAÃO JOSE Nº: 1419
Bairro: ANGELIM IV

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição MOTO	CPF/CNPJ do Proprietário 786.607.003-25
Placa OVW9866	Renavam 00569866014
Número do Motor JC41E2D532738	Número do Chassi 9C2JC4120DR532738
Ano/Modelo Fabricação 2013/2013	Cor VERMELHA
UF Veículo Piauí	Município Veículo Teresina
Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN ES	Modelo HONDA/CG 125 FAN ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 02/12/2019 13:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012111/2019

Situação: Meio Empregado

Última Atualização Denatran: 13/12/2017

Situação do Veículo: NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Edinaldo Machado Santos	Proprietário
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO EM ENDEREÇO CITADO, QUANDO TRISCOU O PNEU DA MOTO EM OUTRA, ONDE O MESMO FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA A UPA DO PROMORAR, POSTERIORMENTE PARA O HUT. DECLARAÇÕES DA VITIMA

ASSINATURAS

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

escrivão

Matrícula 0097516

Responsável pelo Atendimento

Edinaldo Machado Santos

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) invocado(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 02/12/2019 13:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

786.607.003-25

4 - Nome completo da vítima:

Edinaldo machado Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Edinaldo machado Santos

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua São José

6 - CPF:

786.607.003-25

11 - Bairro:

Angelim

12 - Cidade:

Teresina

9 - Número:

1419

10 - Complemento:

Casa

15 - E-mail:

edinaldosantos@hotmail.com

13 - Estado:

PI

14 - CEP:

64040-820

16 - Tel. (DDD):

(86) 99534-6565

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0029

CONTA:

1081586

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Neuro - 06

Interna

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EDINALDO MACHADO SANTOS		Imp: 29/09/2019 17:36:28 (User: ANTONINO MOITA) (Estação: CONSULPA03)	
Mãe: MARIA JOSE MACHADO SANTOS	Pai:		Prontuário: 524288
End.Resid.: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 26/12/1967	Idade: 51a9m3d	Sexo: Masculino	Fone: 86-95578-888
Responsável: FERNADO DOUGLAS ALVES DA SILVA	CNS: 705008289682455		
Profissão: DESEMPREGADO	Documento: CPF: 786.607.003-25		
Instrução: Não informado		E.Civil: União Estável	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 743973	Entrada: 29/09/2019 16:47:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM FACE	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTA LACERAÇÃO NO LÁBIO SUPERIOR E DENTES INCISIVOS QUEBRADOS. QUEIXA-SE DE DOR NAS REGIÕES MAXILAR E MANDIBULAR.		ALINE SAMARA DA SILVA COREN PI - 284368 Em: 29/09/2019 17:24:01

JSVV: (Hora: ____:____)

Peso: **0,00** Kg Altura: **0,00** M IMC: **0,00** Kg/m² Pulso: **bmp** Pressão: **mmHg**

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 4 HORAS. RELATA USO DE CAPACETE E DOR. APRESENTANDO LIMITAÇÃO DE ABERTURA DA BOCA. NEGA SINAIS DE ALERTA SEM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.

A) VIAS AERIAS PERVIAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS,

C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES.

D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE

E) LESÃO EM HÁLUX DIREITO, EM JOELHO ESQUERDO E RM LÁBIO SUPERIOR.

TOPOGRAFIA REALIZADA
DATA 29/09/2019 HORA 17:41
EXAME CRANIOFACIAL
TECNÓLOGO: [Assinatura]

Diagnóstico Inicial:

Fratura bilateral de condilo + Sinfise de mandíbula

CID: **S02.6**

Exames Complementares:

(1322753) - T.C. DE CRÂNIO
(1322754) - T.C. DE FACE

04.04.020500

Dr. Aline Sousa
Esp. Cirurgia e Traumatologia
Banco Médico Farol
CRO-PI 4254

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

Maria Lourdes do Carvalho Santos

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 29/09/2019 17:36:27

ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27.157.474/0001-04 - LE 129965574
Av. Prof. Camilo Filho, 1940, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATÉRIA 23498447-3 FATURA Nº 153325058
MÊS/ANO 10/2019

NOME/ENDEREÇO
MORADOR EDNALDO MACHADO SANTOS
RUA SAO JOSE VL IRMA DULCE, 1419-ANGELIM-TERESINA-PI-cep: 64040820

LOCALIZAÇÃO 012-00022-002135 GRUPO 012 NÚMERO DO HIDRÔMETRO A04L520390

HISTÓRICO DE CONSUMO				ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA	
MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO	1 Residencial - Normal	
09/2019	Medida	00	13		
08/2019	Medida	00	13		
07/2019	Medida	00	13		
06/2019	Medida	00	13		
05/2019	Medida	00	13		
04/2019	Medida	00	13		

DATA LEITURA
ANTERIOR 17/09/2019 1389
ATUAL 17/10/2019 1389

CONSUMO MÊS M3 13

LEI 12.741/2012
PIS/PASEP 48,81 x 1,00% = 0,49
COPIS 48,81 x 7,60% = 3,70

TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)		DESCRIÇÃO	REF. VALOR
0 - 10	3,00x0 00	VALOR REFERENTE AGUA - 47,80	
10 - 25	5,71x0 00	> Residencial-Normal	13,0 m3 47,80
25 - 999999	9,86x0 00	JUROS POR ATRASO	001/001 0,05
		MULTA POR ATRASO	001/001 0,96
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)			

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/m3 e (N)

VENCIMENTO 29/10/2019 TOTAL PAGAR 48,81

REGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
SEJA AMIGO DO NOSSO LEITURISTA.
SE SEU HIDRÔMETRO FOR NA PARTE INTERNA DO IMÓVEL,
FACILITE O ACESSO AO MEDIDOR DE ÁGUA.

NOTIFICAÇÃO
A partir do vencimento, o usuário deverá apresentar a fatura de consumo de água e o valor devido ao serviço de água, para que possa ser emitida a fatura de consumo de água e o valor devido ao serviço de água.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2984	2965	19	1,37	0,2-5,0 mg/l
COR APARENTE	3326	3309	17	4,80	Inferior a 15
PH	2514	2474	40	6,93	6,00-9,50
TURBIDEZ	3336	3322	14	1,38	Inferior a 5
COLIFORMES TOTAIS					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COL	1275	1275	0	Ausência	Ausente
	1275	1275	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 17/10/2019 HORA DA EMISSÃO: 12:10

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edinaldo machado Santos inscrito
(a) no CPF sob o Nº 786.607.003/25, do sinistro de DPVAT cobertura I PA da Vítima
Edinaldo machado Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 786.607.003/25, 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 <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 26 de Dezembro de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Edinaldo Machado Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 524288

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".



Neuro - OK

Interna

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 29/09/2019 17:36:28
(User: ANTONINO MOITA)
(Estação: CONSULPRO3)

Nome: EDINALDO MACHADO SANTOS		Prontuário: 524288	
Mãe: MARIA JOSE MACHADO SANTOS	Pai:		
End. Resid.: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 26/12/1967	Idade: 51a9m3d	Sexo: Masculino	Fone: 86-95578-888
Responsável: FERNADO DOUGLAS ALVES DA SILVA	CNS: 705008289682455		
Profissão: DESEMPREGADO	Documento: CPF: 786.607.003-25		
J. Instrução: Não informado	E. Civil: União Estável		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 743973	Entrada: 29/09/2019 16:47:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura			
(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM FACE	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTA LACERAÇÃO NO LÁBIO SUPERIOR E DENTES INCISIVOS QUEBRADOS. QUEIXA-SE DE DOR NAS REGIÕES MAXILAR E MANDIBULAR.		ALINE SAMARA DA SILVA COREN PI - 284368 Em: 29/09/2019 17:24:01

SSVV: (Hora: ____ : ____)

Peso: 9,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 kg/m²	Pulso: bpm	Pressão: mmHg
---------------	----------------	-----------------	------------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 4 HORAS. RELATA USO DE CAPACETE E DOR. APRESENTANDO LIMITAÇÃO DE ABERTURA DA BOCA. NEGA SINAIS DE ALERTA SEM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.

A) VIAS AERIAS PERVIAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA

B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS,

C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES.

D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE

E) LESÃO EM HÁLUX DIREITO, EM JOELHO ESQUERDO E RM LÁBIO SUPERIOR.

TOPOGRAFIA REALIZADA
DATA 29/09/2019 HORA 17:30
EXAME CRANIOFACIAL
TECNOLOGO: [assinatura]

Diagnóstico Inicial:
Lesão bilateral de condilo + sínfise de mandíbula

Exames Complementares:
(1322753) - T.C. DE CRÂNIO
(1322754) - T.C. DE FACE

Prescrição Médica:

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

Assinatura Paciente ou Responsável:
Maria Luíza do Carmo Santos

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Neuro - 26
Pauco OK interna

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 29/09/2019 17:36:28

(User: ANTONINO MOITA)

(Estação: CONSULTA03)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: EDINALDO MACHADO SANTOS		Prontuário: 524288	
Mãe: MARIA JOSE MACHADO SANTOS		Pai:	
End.Resid.: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 26/12/1967	Idade: 51a9m3d	Sexo: Masculino	Fone: 86-95578-888
Responsável: FERNADO DOUGLAS ALVES DA SILVA		CNS: 705008289682455	
Profissão: DESEMPREGADO		Documento: CPF: 786.607.003-25	
S. Instrução: Não informado		E.Civil: União Estável	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 743973	Entrada: 29/09/2019 16:47:00	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: PROBLEMAS EM FACE	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTA LACERAÇÃO NO LÁBIO SUPERIOR E DENTES INCISIVOS QUEBRADOS. QUEIXA-SE DE DOR NAS REGIÕES MAXILAR E MANDIBULAR.		ALINE SAMARA DA SILVA COREN PI - 284368 Em: 29/09/2019 17:24:01

JSVV:	(Hora: ____:____)			
SO: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:	
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 4 HORAS. RELATA USO DE CAPACETE E DOR. APRESENTANDO LIMITAÇÃO DE ABERTURA DA BOCA. NEGA SINAIS DE ALERTA SEM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.	
A) VIAS AEREAS PERVIAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA	
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS,	
C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES.	
D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE	
E) LESÃO EM HÁLUX DIREITO, EM JOELHO ESQUERDO E EM LÁBIO SUPERIOR.	

TO: RADIOGRAFIA REALIZADA
DATA: 29/09/2019 HORA: 17:36
EXAME: CRANIO E FACE
TECNOLOGO: [assinatura]

Diagnóstico Inicial: ? Trauma bilateral de condilo + Síndrome de mandíbula	CID: S02.6
--	----------------------

Exames Complementares: (1322753) - T.C. DE CRANIO (1322754) - T.C. DE FACE	04.04.020500
---	---------------------

Prescrição Médica:	Dr. Aline Sousa Esp. Cirurgia e Traumatologia CRM-PI 4254
---------------------------	--

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

Maria Cassiane de Carvalho Santos
Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 29/09/2019 17:36:27

Neurop. B: 3h

Acidado, sem dor, ECVT

70% arco em evolução de hemorragia
interna do pterno de corpo
citrado ob neurologia

Dr. Marcos Vinícius O. dos Santos
Neurocirurgia
CRM: 3950

BULO 29/09/19 19.00

Paciente vítima de acidente automobilístico, orientado, consciente, fazia uso do capacete. Ao exame clínico apresenta edema, laceração em lábio superior, presença de frênyo. No exame por imagem apresenta fratura bilateral de cêndilo e sínfise (galho verde).

CD: Intubação + sutura^{OK}.

Dr. Marcos Vinícius O. dos Santos
Neurocirurgia
CRM: 3950

Dr. Marcos Vinícius O. dos Santos
Esp. Cirurgia e Traumatologia
Boca Maxilo Facial
CRO-PI 4254



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Edinaldo Machado Santos*

Diagnóstico pré-operatório *Fratura de mandíbula (condilos bilaterais)*

Operação - Tipo *Osteossíntese da Fratura Complexa da Mandíbula*

Cirurgião *Salomão* 1º Assistente *Luís (Residente)*

2º Assistente *Morize (Residente)* 3º Assistente

Instrumentador(a) *Benedta* Anestesista *Laerte* Anestesia *geral*

Anestésico(a)

Data da Operação *30/09/19* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório
Fratura de mandíbula (condilos bilaterais)

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente em decúbito dorsal sob efeito de anestesia geral

Antesepia + infiltração local com lidocaína com vasoconstritor

Acesso retromandibular bilateral + discrição + redução condilar + fixa-

ção de placa 2.0 bilateral.

Sutura com vicryl 4.0 e nylon 5.0

Cutâneo.

Dr. Salomão Gury Rod Oka
Cirurgião e Traumatologista Bucodental
Implodontista
CRM-PR: 1847

UNIDADE DE SAÚDE

MOD 76 - HUT

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAÚDE DE TERESINA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Eu _____, RG _____, responsável circunstancial pelo (a) Paciente: EDINALDO MACHADO DOS SANTOS, Nascimento: 26/12/1967. ID de Regulação Autorizado: 93562, autorizo a CENTRAL DE REGULACAO DE TERESINA - Transporte, para realizar o transporte do referido paciente.

Motivo do Chamado:

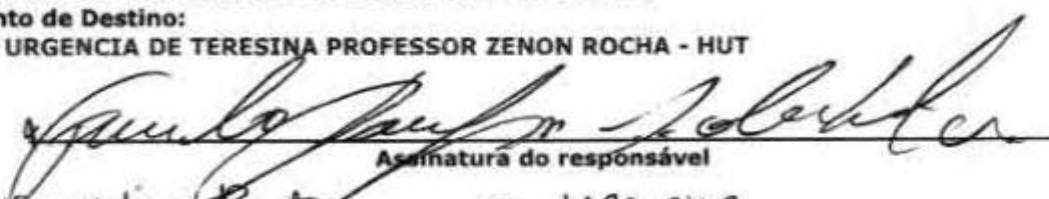
AVALIACAO CLINICA/EXAME - HOSPITAL

Estabelecimento de Origem:

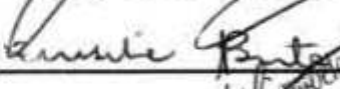
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR

Estabelecimento de Destino:

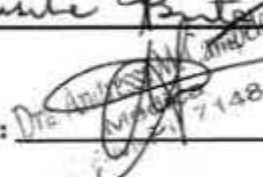
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT


Assinatura do responsável

Testemunha:

 RG: 1193-076

Médico responsável:


CRM: 7148

Data/Hora Solicitada: 29/09/2019 14:34:30





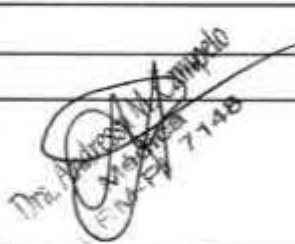
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 777981980	Nº REGULAÇÃO: 93562	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: CIRURGIA GERAL		
PACIENTE: EDINALDO MACHADO DOS SANTOS		NASCIMENTO: 26/12/1967

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: 29/09/2019 14:01:40 PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 1 HORA, NEGA SINAL DE ALARME PARA TCE. VEM COM CORTE E ABÍO SUPERIOR, E DIFICULDADE DE ABERTURA MANDIBULAR, IMPACTO DO TRAUMA MAIOR EM FACE. AO EXAME: DOR E LIMITAÇÃO DA ABERTURA ORAL. FRATURA/LUXAÇÃO DE MANDÍBULA? PROCEDO COM SUTURA + SOLICITOR REGULAÇÃO HUT PARA TC DE FACE.			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO CRANIO OU DOS OSSOS DA FACE PARTE NAO ESPECIFICADA			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 120x80(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 80bpm	SATURAÇÃO: 99%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 15rpm
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 15	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA: 29/09/2019 14:09:38
 MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



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

248534

CEP: 64000-010

Profissão:
DESEMPREGADO

Conforme Art. 12 da Lei 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente)
Conforme Art. 16 da Lei 10.741/03 (Estatuto do Idoso)
Conforme Lei 11.108/05 (Parturientes)

Ass. Médico Vol. 19, p. 12

Assinatura - CPF

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Prontuário:

524288

Internação:

248534

Nome: **EDINALDO MACHADO SANTOS**

End. Resid.: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo:

Masculino

Nascimento:

26/12/1967

Idade:

51a9m3d

Estado Civil:

União Estável

Profissão:

DESEMPREGADO

Internação

Alta

Permanência

Data

Hora

Data

Hora

29/09/2019

19:57

___/___/___

__:__

Diagnósticos:

Cod. CID:

CID Principal:

Fratura bilateral de condilo

5026

CID Secundário:

ID Causa Morte:

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

Dor, edema, trismo, mordida alveolar anterior.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Melhora do quadro clínico.

MEDICAÇÕES:

AIE'S; AINE'S; Antibióticos.

CIRURGIA:

Data:

30/09/19

Tipo:

Osteossíntese de fratura bilateral de condilo mandibular.

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

Dr. Solangeury Rod Oka
Cirurgião Especialista em Otorrinolaringologia
CRM-PR: 1847

SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS DE USO RESTRITO

IDENTIFICAÇÃO

DATA: 29/09/19

NOME: Edinaldo Machado Gomes IDADE: PESO:

ÚNICA: LEITO: PRONTUÁRIO: 524288

SITUAÇÃO DO PACIENTE: (X) TRAUMA () NÃO TRAUMA

INDICAÇÃO DO ANTIBIÓTICO: () TERAPÊUTICO () PROFILÁTICO

INFECÇÃO: (X) COMUNITÁRIA () HOSPITALAR

LOCAL DA INFECÇÃO: () PNEUMONIA () TRATO RESPIRATÓRIO SUPERIOR
() OSSOS E ARTICULAÇÕES () CIRÚRGICO () URINÁRIO () ABDOMINAL
() SIST. NERVOSO CENTRAL () SANGUÍNEO (X) PELE E PARTES MOLES
() CHOQUE SÉPTICO (DESCONHECIDO) () OUTROS

ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS E PERÍODO DE USO:

DROGA SOLICITADA	VIA	POSOLOGIA	PREVISÃO (dias)
Cefalotina	KV	6/6 hrs 1G	07 dias

JUSTIFICATIVA: Fratura de Mandíbula (côndilo bilateral)
inferior

FUNÇÃO RENAL: () NORMAL () ALTERADA

FUNÇÃO HEPÁTICA: () NORMAL () ALTERADA

REALIZOU CULTUR: () NÃO () SIM

DATA DA COLETA: / /

Resultado

Dr. Aline Sousa
Especialista em Infectologia
06/09/19

PARECER DA CCIH: MÉDICO-CARIMBO



FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



Prefeitura de
Teresina

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Edinaldo Paschado Janto

- ☒ Conferir a identificação do paciente
- ☒ Conferir cirurgia agendada
- ☐ Verificar a reserva de sangue na Agência Transfusional
- ☐ Confirmar reserva de vaga na UTI, se necessário
- ☒ Verificar se o paciente tomou banho e esvaziou a bexiga
- ☒ Conferir se o paciente tem alguma alergia medicamentosa sim Diclofenaco
- ☐ Conferir a retirada de adornos, esmalte e próteses (dentadura, etc)
- ☒ Preparar o paciente com gorro, propé, camisola e lençol
- ☒ Retirar peças íntimas
- ☐ Colocar absorvente em paciente com sangramento transvaginal
- ☒ Verificar acesso venoso periférico calibroso com Jelco nº 20 ou menos que 20
- ☒ Verificar instalação de hidratação venosa
- ☒ Verificar os sinais vitais e registrar no prontuário
- ☒ Avaliar estado geral do paciente
- ☒ Fazer registro de enfermagem no prontuário
- ☒ Confirmar com o Centro Cirúrgico se o paciente pode ser encaminhado
- ☐ Conferir o prontuário e exames que deverão ser enviados com o paciente
- ☐ Conferir se o termo de consentimento cirúrgico está assinado.
- ☐ Conferir demarcação do local da cirurgia.
- ☐ Encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico acompanhado do técnico de enfermagem, 30 min antes do horário agendado para o procedimento.

PA = 170/90 mmHg
P: 100 bpm

Data: 30 de setembro de 2019

Enfermeiro responsável: Renil Samara
COREN 204363



Rua Cid. D. 1420, Bloco Residência
Teresina-PI, CEP 64212-775
CNPJ nº 07.973.205/0008-03



06 3229 - 4247



fht.hui@terezina.pi.gov.br





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HU,
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário: 524288

Paciente: EDINALDO MACHADO SANTOS

Atendimento: 743973

Evlução:

Hora:

15:10

Dt. Nasc. Clínica:

26/12/1967 SALA VERDE

Enfermaria:

Leito:

Médico Assistente:

NANCIA SOCORRO DA COSTA BORBA

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 67491 - Em: (29/09/2010)

Diagnóstico/Comorbidades:

1º DTH Fratura bilateral de condilo + Sinfise em galho

Alergias:

Descrição-Apresentação/Observação:

ORAL TIPO LÍQUIDA PASTOSA,

1 CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO)

1000ML SIST FECHADO

2 CEPALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL, INJ.

3 DEXAMETASONA 4MG/ML, INJ. 2,5ML

4 DIFENIDOL 500MG/ML, INJ. 2ML

5 RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML

6 BRONOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML

Em caso de vômito

7 LOSARTANA POTÁSSICA 50MG

Dose:

Unid.:

Via:

Int.:

Recons:

Dil. Vol.:

Morários:

24/24h

EV

6/6h

EV

12/12h

EV

6/6h

EV

8/8h

EV

8/8h

Oral

12/12h

1,00

Comprim

1,00

Comprim

Observações Gerais:

SSV - CCG DE 6/6RS

BOCHECHO COM CLOREXIDINA 0,12%, 2X AO DIA, 15ML DE SOLUÇÃO EM CADA BOCHECHO.

Sufura em região de lábio.

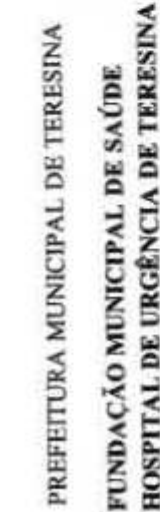
Dr. Marco Godinho
Esp. Cirurgia e Traumatologia
Boca, Nariz e Facial
CRP-P1 4448

Dra. Alaine Sousa
Esp. Cirurgia e Traumatologia
Boca, Nariz e Facial
CRP-M 4254

Dra. Alaine Sousa
Esp. Cirurgia e Traumatologia
Boca, Nariz e Facial
CRP-M 4254

(29/09/2010) 15:13:18

1 de 1



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

[illegible]

Alto Hospital



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Edinaldo Machado Santos*
Diagnóstico pré-operatório *Fratura de mandíbula (condilos bilaterais)*
Operação - Tipo *Osteossíntese da Fratura Complexa da Mandíbula*
Cirurgião *Salomão* 1º Assistente *Luís (Residente)*
2º Assistente *Moniz (Residente)* 3º Assistente
Instrumentador(a) *Benedta* Anestesista *Laerte* Anestesia *geral*
Anestésico(a)

Data da Operação *30/09/19* Início Fim

Diagnóstico Pós-operatório
Fratura de mandíbula (condilos bilaterais)

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Paciente em decúbito dorsal sob efeito de anestesia geral
Antissepsia + infiltrações locais com lidocaína com vasoconstritor
Acesso retromandibular bilateral + dissecção + redução condilar + fixa-
ção de placa 2.0 bilateral.
Sutura com vicryl 4.0 e nylon 5.0
Cutâneo.

Dr. Salomão Gury-Rod Oka
Cirurgião e Traumatologista
Implantodontista
CRM-PR: 1847



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	248534

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome:	EDINALDO MACHADO SANTOS		
7-CNS:	705008289682455	8-Nascimento:	26/12/1967
11-Mãe:	MARIA JOSE MACHADO SANTOS	9-Sexo:	Masculino
13-Resp:	FERNADO DOUGLAS ALVES DA SILVA	CPF:	786.607.003-25
15-Ender:	RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - CEP: 64000-010	12-Fone:	86-95578-888
Munic:	TERESINA	14-Fone:	86-95578-888
	17-Cod.IBGE:	221100	18-UF:
			PI
			19-CEP:
			64000-010

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.		30 - Procedimento Principal / Descrição:	
0404020500		OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA	
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial:		Quant. Soli- cidada:
0702050482	PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)		
Fornecedor da OPM: MEDICAL LIFE			
			2

38-Profissional Responsável:		40-Tp. Documento:	 Dr. Solomão Curry-Rod Oka Médico Especialista em Otorrinolaringologia CRM nº 3847 (CRM)
☒ ONIO HENRIQUE BORGES FERRO		CPF	
39-Data Solicitação:	30/09/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.:	41-Ass
		762.415.643-15	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura facial instável

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO		
46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 13/11/19	52-CNS/CPF: Cruz Machado Cruz Machado CPF: 31/88.473-0 30950/2008
		53-Ass. (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)

MADE IN USA
CONFERE COM O ORIGINAL

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Ednaldo Machado SantosIDADE 31 anosDATA 30/09HORÁRIO DE ADMISSÃO 20 hs 13 min

TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA

CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS

HORÁRIO

ADMISSÃO

SAÍDA

PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)

106/71113/67 (82)

FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)

8370 bpmSATURAÇÃO DE O₂ (%)97%98%

TEMPERATURA AXILAR (°C)

FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)

NOME/MATRÍCULA

haverline

ÍNDICE DE ALDRETT KROULIK

ADMISSÃO

ATIVIDADE MUSCULAR

Movimenta os quatro membros

2

2 ☐2 ☐

SA

Movimenta dois membros

1

1 ☐1 ☐

2

É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando

0

0 ☐0 ☐

1

É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente

2

2 ☐2 ☐

0

RESPIRAÇÃO

Apresenta dispnéia ou limitação da respiração

1

1 ☐1 ☐

2

Tem apnéia

0

0 ☐0 ☐

1

CIRCULAÇÃO

PA em 20% do nível pré-anestésico

2

2 ☐2 ☐

0

PA em 20-49% do nível anestésico

1

1 ☐1 ☐

2

PA em 50% do nível pré-anestésico

0

0 ☐0 ☐

1

CONSCIÊNCIA

Esta lúcido e orientado no tempo e espaço

2

2 ☐2 ☐

0

Desperta, se solicitado

1

1 ☐1 ☐

2

Não responde

0

0 ☐0 ☐

1

SATURAÇÃO O₂É capaz de manter saturação de O₂ maior de 92% respirando em ambiente

2

2 ☐2 ☐

0

Necessita de O₂ para manter saturação maior que 90%

1

1 ☐1 ☐

2

Apresenta saturação de O₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O₂

0

0 ☐0 ☐

1

ESCALA DOR MISSÃO



TOTAL

ESCALA DOR ALTA



ASS.

() Sonda Vesical

() Dreno de Sucção

() Dreno Torácico

() DVE

() Colostomia

Sonda () Nasog () Naso

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

20:13 Encontra-se em PÓS de osteossíntese de fratura
complexa de mandíbula, consciente, orientado, respir
normotensa, ap pérvio, sem queixas.

Assinatura: Alves
 Enfermeiro
 CRP 17.7934

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Amanda Gomes Vale Avelino
 ANESTESIOLOGISTA
 CRM/PI 4981

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

OSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () INEIRO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () IMED



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON ROCHA



FMS

Fundação Municipal
de Saúde

Fls Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 30,09,19

NOME DO PACIENTE: Edinaldo Machado Santos PRONTUÁRIO Nº: 524288
DIAGNÓSTICO: Fract - de mandíbula CIRURGIA:
ANESTESIA: GERAL Nº DA SALA: 09
CIRURGIÃO: SALOMÃO OJA CPF Nº
AUXILIAR: RESIDENTES CPF Nº
ANESTESIA: DR. LAERTE CPF Nº
INSTRUMENTADORA: BENEDITA CPF Nº

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 6,0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 6,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	05		SERINGA 20CC	UNID.	03	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	1m.		SERINGA 5CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	03	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	02		Luva 7,5		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA Cytopon → 02 Lâmina 15 → 01 <i>[Stamp: FMS - Fundação Municipal de Saúde - Teresina - PI]</i>			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 5-0		02		ENFERMARIA: CIRCULANTE: Glau.			
FITA UMBILICAL							
VICRYL							
PROLENO							

nylon 2-0 → 01

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 247330
	AIH: 2219101941210
FORMA DE ENTRADA: MUNICIPAL	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR	CNES 2679663
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE EDINALDO MACHADO SANTOS	NASCIMENTO 26/12/1967	SEXO M	PRONTUÁRIO 524288
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARIA JOSE MACHADO SANTOS	RESPONSÁVEL FERNANDO DOUGLAS	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 1419
BAIRRO PARQUE ALLIANÇA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
FRATURA BILATERAL DE CÔNDILO E SÍNFISE (GALHO VERDE)

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
TC DE FACE

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S026 - FRATURA DE MANDIBULA	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0404020500 - OSTEOSINTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA

LEITO/CLÍNICA CIRURGIA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ANTONIO HENRIQUE BORGES FERRO CPF: 76241564315 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 29/09/2019
DATA ADMISSÃO 29/09/2019 16:47	DATA ALTA 01/10/2019 08:00
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIANA RIBEIRO FORMOSA ROCHA CPF: 46261079315 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CPF: DATA ANALISE: 29/09/2019 20:50:12 CRM: DATA ANALISE
---	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

247330

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES

5828856

248534

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: EDINALDO MACHADO SANTOS

6 - Prontuário: 524288

7-CNS: 705008289682455

8-Nascimento: 26/12/1967 / 9-Sexo: Masculino

CPF: 786.607.003-25

11-Mãe: MARIA JOSE MACHADO SANTOS

12-Fone: 86-95578-888

13-Resp: FERNANDO DOUGLAS ALVES DA SILVA

14-Cor: Sem Informação

15-Ende: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

fratura bilateral de côndilo e sínfise (galho verde)

21 - Condições que justificam a internação:

a acima

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

tc de face

23-Diagnóstico Inicial:

Fratura de mandíbula

24-CID Prim:

S026

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

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

0404020500

OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA

Tempo SUS

3

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF:

762.415.643-15

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

ANTONIO HENRIQUE BORGES FERRO

29/09/2019

35-Autorização de Internação Hospitalar (AIH) - Med. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Boleto:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documeto:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Assinatura do Conselho (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (YULE)

Consulta Local: 743973

Consulta SUS:

Consulta SUS: 26/09/2019 10:00:00

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDINALDO MACHADO SANTOS** (Prontuário: 524288)
Endereço: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 26/12/1967 Idade: 51a9m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 743973
Requisição: 1006503 Solicitação: 29/09/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
Controle: 1322754 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0206010044

Data Exame: 29/09/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM REGIÃO MENTONIANA PARASSAGITAL ESQUERDA E NOS COLOS DA MANDÍBULA.
- LEVE ESPESSEAMENTO DA MUCOSA EM CÉLULAS ETMOIDAIAS E SEIOS MAXILARES.
- DEMAIS CAVIDADES PARANASAIAS COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 02/10/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Página: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDINALDO MACHADO SANTOS** (Prontuário: 524288)
Endereço: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 26/12/1967 Idade: 51a9m3d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 743973
Requisição: 1006503 Solicitação: 29/09/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
Controle: 1322753 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

T.C. DE CRANIO

Data Exame: 29/09/2019

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

RELATÓRIO:

- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 29/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 3445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **EDINALDO MACHADO SANTOS** (Prontuário: 524288)
Endereço: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 26/12/1967 Idade: 51a9m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 248534
Requisição: 1006981 Solicitação: 30/09/2019 Solicitante: SALOMAO CURY RAD OKA
Controle: 1323749 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P37 ENFERMARIA 211 LEITO 04

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 30/09/2019

T.C. DE FACE

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

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM REGIÃO MENTONIANA PARASSAGITAL ESQUERDA E NOS COLOS DA MANDÍBULA.
- LEVE ESPESSAMENTO DA MUCOSA EM CÉLULAS ETMOIDAIAS E SEIOS MAXILARES.
- DEMAIS CAVIDADES PARANASAIAS COM TRANSPARENCIA NORMAL.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.
- OSTEOSINTESES METÁLICAS NOS COLOS MANDIBULARES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/09/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Edinaldo Machado Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.050.299 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/02/19

NOME EDINALDO MACHADO SANTOS

FILIAÇÃO MARIA JOSÉ MACHADO SANTOS
JOÃO CANDIDO SANTOS

NATURALIDADE BURITI-MA DATA DE NASCIMENTO 26/12/1967

DOC. ORGEM CERT. NASC. 2102 L A31 F 155V
EXP BURITI-MA 05/08/98

CPP 786.607.003-25

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 99.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0476253

NELLE ROZE SOARES MARQUES

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

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

DOC. ORIGEM

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

TERESINA - PI

840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - PI 902017956987Z Nº 013937241310
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 569866014 COD. RENAVAM R.N.TM.C. EXERCÍCIO 2019

EDINALDO MACHADO SANTOS

78660700325 PLACA OUV-9866

PLACA ANT / UF 9C2JC4120DR532738

PAS/MOTOCICLO/NEHUMA

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN ES

2013 2013

002P/124CC

PARTIC

VERMELHA

1ª COTA ÚNICA

1ª IPVA

2ª FAIXA I.P.V.A.

2ª

3ª FAIXA I.P.V.A.

3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

KOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

SEM RESTRICÇÕES

TERESINA

30/5/2019

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

PI Nº 013937241310 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VA 1 78660700325 COD. RENAVAM R.N.TM.C. EXERCÍCIO 2019

PLACA OUV-9866

PAS/MOTOCICLO/NEHUMA

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN ES

2013 2013

002P/124CC

PARTIC

VERMELHA

1ª COTA ÚNICA

1ª IPVA

2ª FAIXA I.P.V.A.

2ª

3ª FAIXA I.P.V.A.

3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

KOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

SEM RESTRICÇÕES

TERESINA

30/5/2019

30/5/2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473092/19

Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS

CPF: 786.607.003-25

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 29/09/2019

Titular do CPF: EDINALDO MACHADO
SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

EDINALDO MACHADO SANTOS : 786.607.003-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000067

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS

Data do acidente: 29/09/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DE CÔNDILO E SÍNFISE DE MANDÍBULA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA(02CM), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/01/2020

Conduta mantida:

Observações: LOCAL DO ACIDENTE: AV WALL DE CARVALHO PROX POSTO SANTA FE, TERESINA PI .

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000067 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS **Data do acidente:** 29/09/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA. PÁG.5/6

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

CARTORIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jéssica Aline de Menezes
Escritor

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473092/19

Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS

CPF: 786.607.003-25

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 29/09/2019

Titular do CPF: EDINALDO MACHADO SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

EDINALDO MACHADO SANTOS : 786.607.003-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa