

Browser tabs: Email - A, Controle, Sistema, Autores, Audiência, PJE Consulta, PJE 0812336, Telefones, Downloads, (29) WhatsApp, +

Address bar: Não seguro | tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listAutosDigitais.seam?idProcesso=516414&ica=49f533175c2d7ad22677b2c4...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., sAdministrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

PJE ProceComCiv 0812336-95.2020.8.18.0140
EDINALDO MACHADO SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO S...

12053580 - Petição (2750101 JUNTADA DE DOCS 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - POLO PASSIVO - ADVOGADO em 22/09/2020 11:47:42

22 Sep 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO
 - 12053575 - Petição
 - 12053580 - Petição (2750101 JUNTADA DE DOCS 01)
 - 12053586 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (DOCUMENTOS) 11:47

18 Sep 2020

- 11993232 - Manifestação (HABILITAÇÃO) 12:14

JUNTADA DE PETIÇÃO DE

downloadBinario.seam 1 / 2

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08123369520208180140

PT 11:48 22/09/2020



Número: **0812336-95.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **30/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDINALDO MACHADO SANTOS (AUTOR)		GUSTAVO HENRIQUE MACEDO DE SALES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		EDNAN SOARES COUTINHO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12053575	22/09/2020 11:47	Petição	Petição
12053580	22/09/2020 11:47	2750101_JUNTADA_DE_DOCS_01	Petição
12053586	22/09/2020 11:47	DOCUMENTOS	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

SEGUE EM ANEXO JUNTADA DE DOCUMENTOS.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08123369520208180140

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDINALDO MACHADO SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, ao qual, teve o pagamento administrativo no valor de **R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 22 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PI 10201

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:47:41
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211474122500000011406638>
Número do documento: 20092211474122500000011406638

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Carta nº 15311423





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Pag. 00231/00232 - carta_02 - INVALIDEZ

00070116



Carta nº 15325844



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:47:42

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211474151800000011406644>

Número do documento: 20092211474151800000011406644

Num. 12053586 - Pág. 5



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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,



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:47:42

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211474151800000011406644>

Número do documento: 20092211474151800000011406644

Num. 12053586 - Pág. 6

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 ASI: 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: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

AGÊNCIA: 0029 CONTA: 108158 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Líder 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - (Informar o nome e o endereço da testemunha que não esteja assinando)

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)

42 - Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (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 (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
LOCAL DO ACIDENTE: AV WALL DE CARVALHO PROX POSTO SANTA FE, TERESINA PI.

Assinatura d(a) 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	Melo(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: RUA AO 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 0097816

Responsável pelo Atendimento

Edinaldo Machado Santos

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) 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 6 - CPF: 786.607.003-25
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua São José 9 - Número: 1419 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Angelim 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64040-820
15 - E-mail: edinaldosantosa2@hotmail.com 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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 - Imprescindível 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, Teresina - PI 26/12/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Edinaldo machado santos
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

lo 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 - 24
Cirurgia interna

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 29/09/2019 17:36:28
(User: ANTONINO MOITA)
(Estação: CONSULPA03)

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: FERNANDO 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: 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 17:41
EXAME CRANIOFACIAL
TECNOLOGO: [assinatura]

Diagnóstico Inicial:

? Fratura bilateral de condilo + Sinfise de mandíbula

CID:
502.6

Exames Complementares:

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

BR. 04 02 05 00

Dr. Aline Sousa
Esp. Cirurgia e Traumatologia
Rocio Maria Farias
CRO-PI 4254

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

[assinatura]
Assinatura Paciente ou Responsável

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



ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ 27157474000106 - LE 199969574
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA 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	
05-2019	Medida	00	13		
06-2019	Medida	00	13		
07-2019	Medida	00	13		
08-2019	Medida	00	13		
09-2019	Medida	00	13		
10-2019	Medida	00	13		

DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS M3	13	LEI 12.741/2012
ANTERIOR 17/09/2019	1389			PIS, PASEP 48,81 m³ x 1,00% = 0,48
ATUAL 17/10/2019	1389			CORRIG 48,81 m³ x 7,68% = 3,75

TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA		
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)	DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
0	1,0 3,0000 00	VALOR REFERENTE AGUA - 47,80		
10	25 5,7120 00	> Residencial-Normal	13,0 m3	47,80
25	999999 9,8610 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 M3/M3 E (N)

REGULARIDADES / ANORMALIDADES

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

NOTIFICAÇÃO

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
CONDUTIVIDADE	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
ESBORECHIA COLI	1275	1275	0	Ausencia	Ausente
	1275	1275	0	Ausencia	Ausente

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





COMPANHIA ENERGETICA DO PIAUI
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-6
Nota Fiscal 11 - Energia Elétrica - Série B-1
Registro Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO:

SEU CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 029074335

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTÁBIL	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	31/10/2019	394	411,88

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

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA FATURA	
Atual:	21824	Atual:	24/10/2019
Anterior:	21430	Anterior:	24/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	25/11/2019
Consumo Medido:	394	Emissão:	23/10/2019
Consumo Faturado:	394	Apresentação:	24/10/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Data de Consumo:	30

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	210

HISTÓRICO DE CONSUMO		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	394 A R\$ 0,944936 = 372,30
SET/19	368	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP)	30,03
AGO/19	285	MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00	0,57
JUL/19	222	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00	0,13
JUN/19	205	MULTA POR ATRASO 09/19-00	7,18
MAI/19	204	JUROS POR ATRASO 09/19-00	1,67
ABR/19	178	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	4,70
MAR/19	243	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	3,12
FEV/19	297		
JAN/19	365		
DEZ/18	57		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 394 - R\$ 6,55018

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/10/2019, não constatamos futuras vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.848F.DDDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		DETALHAMENTO DE CÁLCULO - R\$	
Distribuição:	73,20	Base de Cálculo:	372,30
Energia:	141,48	Alíquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,93	Valor do ICMS:	100,52
Encargos:	11,71	Valor do PIS:	3,82
Tributos:	121,98	Valor do COPINS:	17,64

DETAHAMENTO DE CÁLCULO - R\$							
	Dez	Nov	Diz	Jan	Fev	Mar	Abr
1. Valor	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03
2. Base de Cálculo	0,00			0,00			0,00

Consumo: TERESINA MACAEN



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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Raze 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 IPA 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		Número	Complemento
<u>Rua 24 de Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<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 Raze Soares Marques
Assinatura do Declarante

01/2017





**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".**





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 - 02

Interna

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 29/09/2019 17:36:28
(User: ANTONINO MOITA)
(Estação: CONSULPAG3)

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
Responsável:	FERNANDO DOUGLAS ALVES DA SILVA			Fone:	86-95578-888
Profissão:	DESEMPREGADO			CNS:	705008289682455
S. Instrução:	Não informado			Documento:	CPF: 786.607.003-25
				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:	Classificação:	Cor:
PROBLEMAS EM FACE	Dor moderada	Amarelo
Breve História Clas. Risco:	ALINE SAMARA DA SILVA COREN PI - 284368 Em: 29/09/2019 17:24:01	
ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTA LACERAÇÃO NO LÁBIO SUPERIOR E DENTES INCISIVOS QUEBRADOS. QUEIXA-SE DE DOR NAS REGIÕES MAXILAR E MANDIBULAR.		

SSVV: (Hora: ____:____)

So: 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 MÁLUX DIREITO, EM JOELHO ESQUERDO E RM LÁBIO SUPERIOR.

TOI TOGRAFIA REALIZADA
DATA 29/09/2019 HORA 17:41
EXAME CRANIOFACIAL
TECNOLOGO: [assinatura]

Diagnóstico Inicial:

7. Lesão bilateral de condilo + Sinfise de mandíbula

CID: 502.6

Exames Complementares:

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

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA:

HORA:

[assinatura]

Assinatura Paciente ou Responsável

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:47:42

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211474151800000011406644

Número do documento: 20092211474151800000011406644

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

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. NENHOS SINAIS DE ALERTA SEM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA.

- A) VIAS AEREAIS 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 FOTOREAGENTES
- E) LESÃO EM HÁLUX DIREITA, EM JOELHO ESQUERDO E EM LÁBIO SUPERIOR.

TOPOGRAFIA REALIZADA
DATA: 29/09/2019 HORA: 17:36
EXAMINADOR: CRANIOFACIAL
TECNOLOGO: [assinatura]**Diagnóstico Inicial:**

? Trauma bilateral de condilo + Síndrome de mandíbula

CID:

S02.6

Exames Complementares:

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

04.04.02.0500

Dr. Aline Sousa
Esp. Cirurgia e Traumatologia
CRO-PI 4254**Prescrição Médica:****Motivo da Alta/Encerramento:**

Observação (Adulto)

DATA:

HORA:

[assinatura] Maria Jose Machado Santos

Assinatura Paciente ou Responsável

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

Neurop. B:3h

Acidado, em dor, ERM
Tdo arco em evolução de herpes
infecção de potes de corte
liberados ob nervos

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

BUCO 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 fratura. No exame por imagem apresenta fratura bilateral de côndilo e sínfise (galho verde).

CD: Intervenção + sutura^{OK}.

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





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <i>Edinaldo Machado Santos</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>Fratura de mandíbula (condilos bilaterais)</i>		
Operação - Tipo <i>Osteossíntese da Fratura Complexa da Mandíbula</i>		
Cirurgião <i>Salomão</i>	1º Assistente <i>Luís (Residente)</i>	
2º Assistente <i>Moniz (Residente)</i>	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Benedita</i>	Anestesista <i>Laerte</i>	Anestesia <i>geral</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>30/09/19</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>Fratura de mandíbula (condilos bilaterais)</i>		

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 + infiltrações locais 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
Cubativo.

Dr. Salomão Gury-Rod Oka
Cirurgião e Traumatologista
Implodontista
(BO-Pi: 1847)

Mod. 76 HIIT

FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Edinaldo Macedo Santos</i>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <i>30/09/19</i>	P. ARTERIAL <i>130x80</i>	PULSO <i>75</i>	RESPIRAÇÃO <i>25</i>	TEMPERATURA <i>36,6</i>	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Comum</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Comum</i>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>Ampl. 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15</i>					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO <i>Comum 2 O8h</i>				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <i>Boa</i>				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fx de condila bilateral</i>					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		
EFEITOS						
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 400 SANGUE 300 OUTROS 200 OUTROS 100				
TEMPERATURA T		Cº 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
P. ARTERIAL V O PULSO		38 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10				
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO					<ol style="list-style-type: none"> 1- Oxigênio 2- Fentanyl 100µg 3- Propofol 100mg 4- Propofol 100mg 5- Propofol 100mg 6- Propofol 100mg 7- Propofol 100mg 8- Propofol 100mg 9- Propofol 100mg 10- Propofol 100mg 11- Propofol 100mg 12- Propofol 100mg 13- Propofol 100mg 14- Propofol 100mg 15- Propofol 100mg 	
RESPIRAÇÃO O					DURAÇÃO	
SÍMBOLOS					INCIDENTE - ACIDENTE	
TÉCNICAS					<ol style="list-style-type: none"> 1- Anestesia Geral Balançada 2- Duração 3- Duração 4- Duração 5- Duração 6- Duração 7- Duração 8- Duração 9- Duração 10- Duração 11- Duração 12- Duração 13- Duração 14- Duração 15- Duração 	
OPERAÇÕES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARITICULARIDADES						



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





Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

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 ABIO SUPERIOR, E DIFICULDADE DE ABERTURA MANDIBULAR. IMPACTO DO TRAUMA MAIOR EM FACE. AO EXAME: DQR E LIMITAÇÃO DA ABERTURA ORAL. FRATURA/LUXAÇÃO DE MANDIBULA? 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

Dr. Ednan Soares Coutinho
Médico
CRM 7140

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





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

CEP: 64000-010

DESEMPREGADO

Num. 12053586 - Pág. 25

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

Prontuario:

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

CID Secundário:

ID Causa Morte:

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

Dor, edema, trismus, mordida aberta anterior.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Melhora do quadro clínico.

MEDICAÇÕES:

AIE'S; AINE'S; Antibióticos.

CIRURGIA:

Data:

30/09/19

Tipo:

Ortossíntese 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. Solonny Cruz-Rod Oka
Ortopedista e Maxilofacialista
CRM-PI: 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)
+ maxila

FUNÇÃO RENAL: () NORMAL () ALTERADA

FUNÇÃO HEPÁTICA: () NORMAL () ALTERADA

REALIZOU CULTUR: () NÃO () SIM

DATA DA COLETA: ____/____/____

Resultado



MÉDICO-CARIMBO

PARECER DA CCIH: _____





FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



Prefeitura de
Teresina

PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Edinaldo Machado Junior

- ☒ 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 Diclazepam
- ☐ 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 jéico 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 284363

Rua Oito de Abril, 1400 - Bairro Pólvora
Teresina-PI CEP: 64010-775
CNPJ nº 07.577.295/0008-05

66 3229 - 4347

fht.hul@teresina.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

Paciente: **EDINALDO MACHADO SANTOS**
Prontuário: 524288
Data: 26/12/1987
Hora: 15:10

Prescrição Médica No.: 67491 - Em: (29/09/20)

Enfermaria: **SALA VERDE**
Leito: **Médico Assistente:**

Diagnóstico/Comorbidades:
1º DTH Fratura bilateral de condilo + Sinfise em gelco

Alergias:

Relatório de Enfermagem:
29/09. Aberto PA: 14

Seq: Descrição-Apresentação/Observação:
Dose: **Unid.:** **Via:** **Int.:** **Recons:** **Dil. Vol.:** **Horários:**

1 ORAL Tipo LÍQUIDA PASTOSA, **Cloro de Sódio 0,9% (Soro Fisiológico)** 1000ML SIST FECHADO

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

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

4 DIFENIDRAMINA 50MG/ML, INJ. 2ML

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

6 BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.

7 LOSARTANA POTÁSSICA 50MG

Observações Gerais: 85V + CCG DE 6/6RS
BOCHECHO COM CLOREXIDINA 0,12%, 2X AO DIA, 15ml de solução em cada bochecho.

Dr. Marco Soares
Especialista em Cirurgia e Traumatologia
CRM-PI 4448

Dr. Marco Soares
Especialista em Cirurgia e Traumatologia
CRM-PI 4448

Dr. Marco Soares
Especialista em Cirurgia e Traumatologia
CRM-PI 4448

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:47:42
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221147415180000011406644
Número do documento: 2009221147415180000011406644




FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

[illegible]

Alto Hospital



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <u>Edinaldo Machado Santos</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Fratura de mandíbula (condilos bilaterais)</u>		
Operação - Tipo <u>Osteossíntese da Fratura Complexa da Mandíbula</u>		
Cirurgião <u>Salomão</u>	1º Assistente <u>Luís (Residente)</u>	
2º Assistente <u>Moniz (Residente)</u>	3º Assistente	
Instrumentador(a) <u>Benedta</u>	Anestesista <u>Laerte</u>	Anestesia <u>geral</u>
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>30/09/19</u>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <u>Fratura de mandíbula (condilos bilaterais)</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
<p align="center">DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p><u>Paciente com decúbito dorsal sob efeito de anestesia geral</u> <u>Antesepia + infiltração local com lidocaína com vasoconstritor</u> <u>Acesso retramandibular bilateral + desbrida + redução condilar + fixa-</u> <u>ção de placa 2.0 bilateral.</u> <u>Sutura com vicryl 4.0 e nylon 5.0</u> <u>Cuidativo.</u></p>		
<p align="right">  Dr. Salomão Quirino Rod. Oka Cirurgião e Traumatologista Otorrinolaringologista Implantodontista CRP-PR: 1847 </p>		

Mod. 76 HUT





86 3305 6005
comercial@medicallifehospitalar.com
www.medicallifehospitalar.com
Av. Odilon Araújo, 475 - Pícarra,
CEP: 64.017-280, Teresina-PI
1.780/0001-00 | Ins. Est.: 19.493.633-3

COMUNICAÇÃO DE USO DE ÓRTESE, PRÓTESE E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Nº Prontuário: 524288

Procedimento realizado:

Código de compatibilidade: 0702 050487

Nome do Médico/CRM/CRO: La Solima

Data da utilização do material: 30/09/19

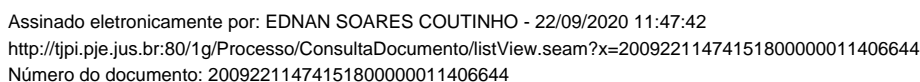
Convênio:

Local: *Aut*



ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

20, 09, 19

Dr. Salomão Cury-Rod Glor.



Remetente: MEDICAL LIFE COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI sa produtos/servicos constantes da Nota Fiscal indicada ao lado		Pedido	NF-e
Data de Recebimento	Identificação e Assinatura do receptor:	Doc 33.577	Nº 000.027.698 Série: 001

 MedicalLife Saúde para toda vida Avenida Odilon Araujo, Nº 425 - Pícarra Teresina - PI - CEP: 64017-280 Tel: (86) 3305-6005 e-Mail: comercial@medicalifehospitalar.com	DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 1 Saída: 1 Entrada: 1 Nº 000.027.698 Série: 001 Page 1 of 1	 22191014361780000100530010000276981081583339 Protocolo / Data Hora de Autorização 322190014845803 - 08/10/2019 16:58:24
--	--	---

Natureza da Operação: Venda de mercadorias adquiridas terceiros			
Inscrição Estadual 194936333	Ins. Est. Subst. Trib.	CNPJ 14.361.780/0001-00	Chave Acesso NF-e - Consulta www.nfe.fazenda.gov.br 22-19/10-14.361.780/0001-00-55-001-000.027.698-108.158.555-9

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	Inscrição Estadual	Data de Emissão
Nome / Razão Social INDO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA		11.273.170/0001-66		08/10/19
Endereço RUA GOVERNADOR ARTUR DE VASCONCELOS 3015 ZONA NORTE		Cidade/Distrito POREQUANTO	CEP 64002-530	Cota Saída/Entrada
Município Teresina	Fone / Fax (86) 3215-7700	UF PI	Hora de Saída	

RA Crédito em conta Op 02/696/01 Rg 723,62 Vcto 07/11/2019
--

CÁLCULO DO IMPOSTO										Valor Total da Nota	
BC ICMS	Valor ICMS	Valor FCP	BC ICMS ST	Valor ICMS ST	Valor FCP ST	Valor IPI	Total Produtos				
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	723,62				
Frete	Seguro	Desconto	Outras Desp.	Base PIS	Valor PIS	Base COFINS	Valor COFINS				723,62
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		Frete por conta:	Cód. ANTT	Placa Veículo	UF	CNPJ/CPF	Insc. Est.
Razão Social							
Endereço		Município	UF	Quantidade	Espécie	Marca	Numeração
							Peso Bruto
							Peso Liq.

Cod.	Descrição do Produto	NCM	CST	CFOP	Unid.	Quant.	Vlr. Unit.	Vlr. Total	BC ICMS	Vlr. IPI	Al. ICMS	Al. IPI
1	PLACA DE RECONTOURNO 3,0 MM (CH) DE PARAFUSOS) TRILMEC SIGTAP 010059482 L1: 10380 FMS 3339/0015 NRE 31/11/1999 TMS Acme, Fone: Rg 30.39 e 30.40.39 31.34 - Rota SBT (CHASME)	8601.99.20	040	5.102	Unidade	2	362,8100	723,62	0,00		0	0



DADOS ADICIONAIS Informações Adicionais CST 40: Produto isento de tributação de ICMS/ICMS ISENTO CONFORME CONVENIO CONFAT 01/98 PRORROGADO ATE 30/09/19 PÉLO CONVENIO 49/17 Isenção de PIS/COFINS conf. paragr. do art. 1º da Lei 10147/2000 Perante: EDENALDO MACHADO SANTOS - Convenio: 9/US Médico: SALOMAO CLERY RAO OKA - Data do Procedimento: 30/09/2019 Procedimento(s): 0404029500 - PRONTUARIO: 524288 Local Procedimento: HUT PROFESSOR ZENON ROCHA Tributos Aprov R\$ 30,39 Federal e R\$ 31,84 Estadual. Fonte: IBPT EXIBENHO: 22001270 PROCESSO: A505435/2019 FONTE: 214.115 MARCARIOS: BANCO DO BRASIL AG 3219-0 C/C: 8909-5	Reservado ao Fisco
--	--------------------





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-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-Fone: 86-95578-888		
15-Endereço: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

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

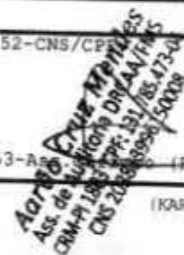
38-Profissional Responsável: ONIO HENRIQUE BORGES FERRO	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Salomão Cury-Rod Oka Cirurgião Plástico Especialista Implantista Otorrinolaringologista CRM-PB 9847 (CRM)
39-Data Solicitação: 30/09/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 762.415.643-15	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura facial instável

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 13/11/19	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: 31118.473-4
		53-Ass. (Rg.Conselho) KARLA BATISTA



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Ednaldo Machado Santos IDADE 51 anos DATA 20/09/20

HORÁRIO DE ADMISSÃO 20 hs 33 min TIPO DE ANESTESIA () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO

CIRURGIA REALIZADA

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	HORÁRIO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>106/71</u>		<u>113/67/80</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>83</u>		<u>70 bpm</u>
SATURACÃO DE O ₂ (%)	<u>97%</u>		<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/MATRÍCULA	<u>hacurine</u>		

ÍNDICE DE ALDRETT KROULIK

ATIVIDADE MUSCULAR	ADMISSÃO	SAÍDA
Movimenta os quatro membros	2	2
Movimenta dois membros	1	1
É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0
É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2
Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1
Tem apnéia	0	0
PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2
PA em 20-49% do nível anestésico	1	1
PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0
Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2
Desperta, se solicitado	1	1
Não responde	0	0
É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ambiente	2	2
Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1
Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0

ESCALA DOR MISSÃO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ESCALA DOR ALTA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOTAL											
ASS.											

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasogástrica () Nasobucal
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

20:13 Encontro com equipe de assistência de enfermagem, complexos de mandíbula causante, orientado, respiratório, apnéia, sem queixas.

Alves Moura Bezerra
Enfermeiro
CRM/PA 4981

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Amanda Gomes Vale Avelino
ANESTESIOLOGISTA
CRM/PA 4981

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

() () () () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORTO () NEU () CIR () IMED



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



FMS
Fundação Municipal
de Saúde

Fls N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 30,09,19

NOME DO PACIENTE: Edinaldo Machado Santos	PRONTUÁRIO N°: 524288
DIAGNÓSTICO: Fract - de mandíbula	CIRURGIA:
ANESTESIA: GERAL	N° DA SALA: 09
CIRURGIÃO: SALOMÃO Oka	CPF N°
AUXILIAR: RESIDENTES	CPF N°
ANESTESIA: DR. LAERTE	CPF N°
INSTRUMENTADORA: BENEDITA	CPF N°

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 N° 6.0	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA N° 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 N°	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	03	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL	UNID.	01	
JELCO N°	UNID.	02		Luva 7.5		03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<p>Crypome → 02</p> <p>Lâmina 15 → 01</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p> <p>CONFERE COM O ORIGINAL</p>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 5-0		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Glau.			
PROLENO							

Wlon 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 URGÊNCIA 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			NÚMERO / 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 SÍNSESE (GALHO VERDE)
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS ACIMA

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0404020500 - OSTEOSSINTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA		
LEITO/CLÍNICA CIRURGIA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) ANTONIO HENRIQUE BORGES FERRO CPF: 76341564315 CRM:	
CARÁTER URGENCIA	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 FORMIGA ROCHA CPF: 46261679315 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 29/09/2019 20:50:12 CFF: 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
11-Mãe: MARIA JOSE MACHADO SANTOS	12-Pone: 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: 8026 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0404020500	27-Procedimento Solicitado: OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA	Tempo SUS 3
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 31-Docum.: 01 32-Doc. Méd. Solic.: CPF: 762.415.643-15	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANTONIO HENRIQUE BORGES FERRO	34-Data Solicitação: 29/09/2019	35-Assinatura do Solicitante <i>Antonio Cruz Rodrigues</i> Méd. 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: 12/11/19	50-Assinatura do Profissional Autorizador <i>Antonio Cruz Rodrigues</i> Méd. Sol. (CRM)
48-Documento:	49-Num. Documento:	50-Assinatura do Profissional Autorizador <i>Antonio Cruz Rodrigues</i> Méd. Sol. (CRM)
() CNS () CPF		50-Assinatura do Profissional Autorizador <i>Antonio Cruz Rodrigues</i> Méd. Sol. (CRM)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Edinaldo Machado Santos</i>	Usuário: (YULLE) Consulta Local: 743973 Consulta SUS:
--	---



**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: 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 ESPESSAMENTO DA MUCOSA EM CÉLULAS ETMOIDAIAS E SETOS 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

Data Exame: 29/09/2019

T.C. DE CRANIO

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: 840.719.343-87 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 - P07 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 ESPESSEAMENTO DA MUCOSA EM CÉLULAS ETMOIDAIAS E SEIOS MAXILARES.
- DEMAIS CAVIDADES PARANASAIAS COM TRANSPARENCIA NORMAL.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.
- OSTEOSSINTESES METÁLICAS NOS COLOS MANDIBULARES.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/09/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM
Profissional Responsável








CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADIAS			
DETTRAN - PI 9020170540877 Nº 013937241310 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		EXERCÍCIO 2019	
VIA 1 RENAVAM 569866014	PLACA OUV-9866	ANOT. C.	
EDINALDO MACHADO SANTOS *****			
78660700325 PLACA ANT. UF:			
ESPECIE TIPO 9C2JC4120DR532738 CHASSI		COMBUSTIVEL GASOLINA	
PAS/MOTOCICLO/MENHILHA		ANO FAB 2013 ANO MOD 2013	
HONDA/CG 125 FAN ES CAP / POT / CIL		CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA	
002P/124CC COTA UNICA		VENC. COTA UNICA 1º IPVA VENC / COTAS 2º 3º PAGO	
P PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO		V FAIXA (R\$A) PARCELAMENTO / COTAS	
A SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES		SEM RESTRICÇÕES	
TERESINA		DATA 30/5/2019	

PI Nº 013937241310		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - 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			
VIA 1 RENAVAM 569866014	CPF / CNPJ 78660700325	EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 30/5/2019	PLACA OUV-9866
HONDA/CG 125 FAN ES ANO FAB 2013 ANO MOD 2013		CHASSI 9C2JC4120DR532738	
PREMIO TARIFARIO		CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,04	
36,04 FAIS (R\$) 4,00		IOF (R\$) 0,32 CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	
PREMIO TOTAL (R\$) 40,36		DATA DE QUITAÇÃO 28/05/2019	
SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES		SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CHPJ 08.346.408/0001-04			

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDINALDO MACHADO
SANTOS

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



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



PROCURAÇÃO PARTICULAR			
OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)			
NOME: <u>Edinaldo Machado Santos</u>			
RG: <u>8.050.299</u>	ORG. EMISSOR: <u>SS PIP</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>12/03/19</u>	
CPF: <u>786.607.003-29</u>	ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	PROFISSÃO: <u>Autônomo</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua São José</u>			Nº: <u>3419</u>
COMPLEMENTO: <u>Casa</u>		BAIRRO: <u>Angelim</u>	
CIDADE: <u>Teresina</u>	ESTADO: <u>Pernambuco</u>	CEP: <u>64040-820</u>	TELEFONE: <u></u>

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)			
NOME: <u>NELLE ROZE SOARES MARQUES</u>			
RG: <u>4.119.262</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSS/PI</u>	D. EXPEDIÇÃO: <u>23/09/14</u>	
CPF: <u>840.173.173-91</u>	ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRA</u>	PROFISSÃO: <u>RECUSO</u>	
ENDEREÇO: <u>RUA 24 DE JANEIRO</u>			Nº: <u>544</u>
BAIRRO: <u>CENTRO</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	UF: <u>PI</u>	CEP: <u>64000-235</u>

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS – DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Edinaldo Machado Santos

Data do acidente de trânsito: 29/09/2019

Cobertura da vítima: Invalidez

LOCAL / DATA: TEREZINA 02/10/2019
Edinaldo Machado Santos
 (ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO).

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira

ARTIGO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE SEU
NOME

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS	
Cartório Themistocles Sampaio	Reconheço por autenticidade a firma de EDINALDO MACHADO SANTOS DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 02/12/2019. www.tjpi.jus.br/posteleta
Jéssica Aline de Menezes Silva - ESCRIVÃO AUTORIZADA Emissão: 3,85 R\$ 0,77 FPMV/PI 0,10 Selo 0,26 Total: 4,98 - OP: 250 PROCURAÇÃO PARTICULAR	

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jéssica Aline de Menezes Silva



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2019

Titular do CPF: EDINALDO MACHADO SANTOS

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

