

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface (PJe) and a document viewer.

The browser tabs include: Email - Al...; Controle...; Sist...; Autores; Audiência; Consulta; 0812336...; Telefones; Download; (29) WhatsApp; and others.

The main PJe page displays process number ProceComCiv 0812336-95.2020.8.18.0140. It shows a timeline with entries from 22 Sep 2020 and 18 Sep 2020, including "JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO" and "Manifestação (HABILITAÇÃO)".

The document viewer window on the right shows a PDF titled "downloadBinario.seam" (page 1/2). The document header includes the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". Below the header, it says "Processo: 08123369520208180140".



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
12053 575	22/09/2020 11:47	<u>Petição</u>	Petição
12053 580	22/09/2020 11:47	<u>2750101_JUNTADA_DE_DOCS_01</u>	Petição
12053 586	22/09/2020 11:47	<u>DOCUMENTOS</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

SEGUE EM ANEXO JUNTADA DE DOCUMENTOS.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:47:41
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211474113600000011406183>
Número do documento: 20092211474113600000011406183

Num. 12053575 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2^a 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:47:41
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221147412250000011406638>
Número do documento: 2009221147412250000011406638

Num. 12053580 - Pág. 1

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=2009221147412250000011406638>
Número do documento: 2009221147412250000011406638

Num. 12053580 - Pág. 2

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



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. 1

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 AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA(02CM), COM DIMINUIÇÃO DA
físico: 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 DIAGNÓSTICO, 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, contados 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 n° 15311423



Pag. 01107/01108 - Carta 01 - INVAHIDEZ



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

Núm. 12053586 - Pág. 4



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 15332584



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 inden

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

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 - DAVIS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	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: 1449	10 - Complemento: Casa	
11 - Bairro: Angelim	12 - Cidade: Teresina	13 - Estado: PI	14 - CEP: 64040-820	
15 - E-mail: edvaldo.santos2@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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0029	CONTA: 108158	6
(Informar o dígito se existir)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA:	CONTA:	6
(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. 39, §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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:						
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	30 - Vítima deixou Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	33 - Vítima deixou Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim	34 - Vítima pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> 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	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	CPF: _____	Assinatura da testemunha
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____	
40 - Local e Data, _____	CPF: _____	Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Edinaldo machado Santos*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

lo Representante Legal (se houver)



TESTEMUNHAS

INVALIDEZ PERMANENTE

NAO ALFABETIZADO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:47:42
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211474151800000011406644>
Número do documento: 20092211474151800000011406644

Num. 12053586 - Pág. 8

**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 Jose1419, 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: VITIMA 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 (*).

<input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em dias	<input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
---	---
 - 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: <input type="checkbox"/> 10% residual <input checked="" type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo
--	--

Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 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)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM
Dr. Ismar Aguiar Marques Filho
CPF - 791.120.723-20
CRM/PI - 3165

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



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>

Num. 12053586 - Pág. 9

Número do documento: 20092211474151800000011406644



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	Mel(o)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 - Buriti Sexo: Masculino Nasc: 26/12/1967

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Jose Machado Santos

Documentos(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 786.607.003-25

Endereço

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

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPPOSTO 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: Almiralice 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
PÓLICIA 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

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos
escrivão:
Matrícula 0097616

Edinaldo Machado Santos
(Vítima / Comunicante)

Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (rei) (meu) (e) 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: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos
Data de impressão: 02/12/2019 13:52
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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. 11

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: 786.607.003-25	4 - Nome completo da vítima: Eduardo 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: Eduardo Machado Santos		6 - CPF: 786.607.003-25		
7 - Profissão: Autônomo		8 - Endereço: Rua São José	9 - Número: 449	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Angelim		12 - Cidade: Teresina	13 - Estado: PI	14 - CEP: 64040-820
15 - E-mail: eduanunes20@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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGÊNCIA: 0029		CONTA: 108158	6	
(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):				
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 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.				
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo				
24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (val/nacer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
			32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<i>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.</i>				
34 <i>Indicação digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado</i>				
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido <hr/> 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido <hr/> 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido <hr/> 40 - Local e Data, <i>Eduardo Machado Santos</i> Teresina - PI 26/12/19 				
38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha				
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>Eduardo Machado Santos</i>				
43 - Assinatura do Procurador (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

Nelmo - 26

~~Nome do paciente~~ Interno

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: DESEMPEGADO	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: SUS	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 AUTOMOBILISTICO, FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTA LACERAÇÃO NO LABIO 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: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bmp	Pressão: mmHg
---------------	----------------	-----------------------------	------------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO 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 AERÉAS PERTURBADAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
 B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS,
 C) RR, 21, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES.
 D) GLASGOW 15 PUPILLAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE
 E) LESÃO EM HÁLUX DIREITO, EM JOELHO ESQUERDO R RM LÁBIO SUPERIOR.

TOFografia Realizada
 DATA: 29/09/2019 HORA: 17:41
 EXAMES: Crayon p/ Fractura -
 TECNÓLOGO: *[Assinatura]*

Diagnóstico Inicial:

? Fratura bilateral de condilo + Sinfise de mandíbula

CID: 502.6

Exames Complementares:

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

DATA: 04.09.2019
 HORA: 20:00
[Assinatura]
 Dr. *[Assinatura]*
 Esp. Cirurgia e Traumatologia
 Doutor *[Assinatura]*
 CRO-PI 4254

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / / . HORA: : .

Maria Lourdes de Lourivalho Santos

Assinatura Paciente ou Responsável

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



ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 27157474000308 - LE 185965574
Av. Prof Camilo Filho, 1960, todos os Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

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

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

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

HISTÓRICO DE CONSUMO	UDO	FATURADO	ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA
05-2019 Média	00	13	
06-2019 Média	00	13	
07-2019 Média	00	13	
08-2019 Média	00	13	
09-2019 Média	00	13	
10-2019 Média	00	13	

DATA	LITRURA	CONSUMO MÊS M3	REF.	VALOR
ANTERIOR 17/09/2019	1389	13	LE 12.7412018	
ATUAL 17/10/2019	1389	13	PES_PASEP 48,81 m ³ x 0,94	

TABELA DE TARIFAS	DESCRÍCION	REF.	VALOR
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)	VALOR REFERENTE ÁGUA - 47,80		
0 - 10 3,00%	> Residencial-Normal 13,0 m ³	001/001	47,80
10 - 25 5,71%	JUROS POR ATRASO 001/001	0,05	
25 - 99999 9,961%	MULTA POR ATRASO 001/001	0,96	

NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	29/10/2019	48,81

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

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

NOTIFICAÇÃO
Este é o vencimento para pagamento da sua fatura. Caso contrário, a suspenção dos serviços ocorrerá a partir de 15 dias após o vencimento. Até 40 dias de atraso, a multa é de 5% do valor.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO N° 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	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
TURVIDEZ	3336	3322	14	1,38	Inferior a 5
COLIFORMES TOTais					

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO N° 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCHERICHIA COLI	1275	1275	0	Ausente	Ausente
	1275	1275	0	Ausente	Ausente

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





Faça contato
conosco, informe
seu número! >>> SEU CÓDIGO:
8651597

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 01.840.748/0001-89 | Inscrição Estadual: 19.301.363-6
Nota Fiscal / Fatura de Energia Elétrica - Série B-1
Reserva especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

CONTAMES	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	DATA DA LEITURA
Atual: 21824	24/10/2019
Anterior: 21430	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: 30

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

MES/ANO	CONSUMO	VALOR
SET/19	368	394 A R\$ 0,944936 = 372,30
AGO/19	285	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO5IP) 30,03
JUL/19	222	MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00 0,57
JUN/19	205	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00 0,13
MAI/19	204	MULTA POR ATRASO 09/19-00 7,18
ABR/19	178	JUROS POR ATRASO 09/19-00 1,67
MAR/19	243	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 4,70
FEV/19	297	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,12
JAN/19	365	
DEZ/18	57	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 394 + R\$ 0,944936

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.

Você pode instalar seu leitor de visualização da sua fatura nas opções 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, dentro seu contrato para menor risco financeiro caso de atrasamento.

RESERVADO AO FISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.84BF.DDDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA		25
Distribuição:	73,20	Base de Cálculo: 372,30
Energia:	141,48	Aliquota ICMS: 27,00%
Transmissão:	23,93	Valor do ICMS: 100,52
Encargos:	11,71	Valor do PIS: 1,40%
Tributos:	121,98	Valor do COFINS: 6,49%
		271,78
		3,82
		17,64

DESCRIÇÃO DA CONTA						
	DR	CR	DR	CR	DR	CR
	Mesm	Transferr	Acum	Mesm	Transferr	Acum
Saldo:	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45
Recarreg:	0,00			0,00		0,00
Descontos:						
Saldo:						

Endereço: TERESINA - PIAUÍ





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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jelle Rose Soares Magno 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: Recurso Renda: Recurso 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	Rua 24 de Janeiro	Número	544	Complemento	Sala
Bairro	Lentis	Cidade	Teresina	Estado	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)	(86) 99534-6565	Telefone celular (DDD)	

Teresina, 26 de Dezembro de 2019
Local e Data

Jelle Rose Soares Magno
Assinatura do Declarante

01/2017





NOME DO PACIENTE: Fordinaldo 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 COPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".





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

Nelso - 26

Exame Interno

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	
J. Instrução: Não informado	E.Civil: União Estável	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 743973	Entrada: 29/09/2019 16:47:00	Convênio: SUS	Proced: 0301060029
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA 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 AUTOMOBILISTICO, FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTA LACERAÇÃO NO LABIO SUPERIOR E DENTES INCISIVOS QUEBRADOS. QUEIXA-SE DE DOR NAS REGIÕES MAXILAR E MANDIBULAR.		ALTHE SAMARA DA SILVA CÓREN PI - 284368 Em: 29/09/2019 17:24:01

SVV: (Hora: :)	SE: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
-----------------	-------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO 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 AERÉAS PERVERIAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, CRR, 2+, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. D) GLASGOW 15 PUPILLAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE E) LESÃO EM HÁLUX DIREITO, EM JOELHO ESQUERDO E RM LÁBIO SUPERIOR.					
TOFografia Realizada DATA: 29/09/2019 HORA: 17:41 EXAME: Crayon FF - TECNÓLOGO: fff -					

Diagnóstico Inicial: Fratura bilateral de condilo + Sinfise de mandíbula	CID: 502.6
Exames Complementares: (1322753) - T.C. DE CRANIO (1322754) - T.C. DE FACE	DATA: 04.09.2019 HORA: 20:50:00

Prescrição Médica: 	 Dr. Ednan Soares Especialista em Ortopedia e Traumatologia Ricardo Mário Figueiredo CRM-PI 4254
--	--

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

Assinatura Paciente ou Responsável: Maria Cassiane de Lourivalho Santos	ANTONINO NETO COELHO MOITA CRM 4330 Em: 29/09/2019 17:36:27
--	--





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

Nelmo - 26
Ok interne

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

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: PROBLEMAS EM FACE	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
--	-----------------------------	--------------

Breve História Clas. Risco: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, FAZIA USO DE CAPACETE, APRESENTA LACERAÇÃO NO LABIO SUPERIOR E DENTES INCISIVOS QUEBRADOS. QUEIXA-SE DE DOR NAS REGIÕES MAXILAR E MANDIBULAR .	ALINE SAMARA DA SILVA COREN PI - 284368 Data: 29/09/2019 17:24:01
---	---

SVV: (Hora: ____ : ____)	SO: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
---------------------------	-------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO RÁ 4 HORAS. RELATA USO DE CAPACETE E DOR. APRESENTANDO LIMITAÇÃO DE ABERTURA DA BOCA. NEGA SINAIS DE ALERTA SEM USO DE COLAR CERVICAL E FRANCHA RÍGIDA. A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS, SEM COLAR CERVICAL E FRANCHA RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS. C) RR, 27, BNP, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. D) GLANGOW 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES E) LESÃO EM HÁLUX DIREITO, EM JOELHO ESQUERDO E RM LÁBIO SUPERIOR.					
<small>TOFografia RRA ZADA</small> <small>DATA 29/09/2019 17:24:01</small> <small>EXAM Crayp76a</small> <small>TECNÓLOGO: Leyf</small>					

Diagnóstico Inicial: Fratura bilateral de condilo + Sínfise de mandíbula	CID: 502.6
---	------------

Exames Complementares: (1322753) - T.C. DE CRANIO (1322754) - T.C. DE FACE	04.04.20500
--	-------------

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto) DATA: / / HORA: : :

Maria Lúcia de Lourdes Santos

Maria Lúcia de Lourdes Santos
Assinatura Paciente ou Responsável

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



Nuvog. 18:30

Acordado, não obedei, encer

Tudo concorda com o violador do heróis
informação da polícia de como
liberou os nunciados

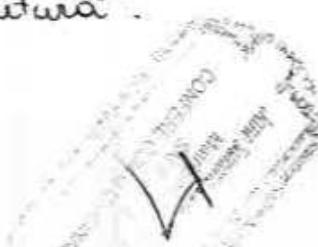
Dr. Mário Vítorius Q. dos Santos
Neurocirurgião
CRM: 3950

BUCO 29/09/19 19:00

Paciente vítima de acidente motobilístico, orientado, consciente, fazia uso do capacete. Ao exame clínico apresenta edema lacerações em lábio superior, presença de frisse. No exame por imagem apresenta fratura bilateral de côndilo e síntese (golho verde).

CD: Internação + sutura*

Dra. Edna Soárez
Esp. Cirurgia e Traumatologia
Bucal Maxilo Facial
CRM-PI 4254





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente *Edinaldo Machado Santos*

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

Operação - Tipo *Osteosíntese da Fratura Complexa da Mandíbula*

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

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

Instrumentador(a) *Beneda* 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

Antesorpria + infiltrado local com lidocaína com epinefrina

Acesso retroromandibular bilateral + diáfise + redução condilar + fixação de placa 2.0 bilateral.

Sutura com vicryl 4.0 e nylon 5.0

Cautério.

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

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE						Nº DE REGISTRO		
<i>Edinaldo Maceno Santos</i>								
DATA:	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
<i>30/09/19</i>	<i>130x80</i>	<i>75</i>	<i>16</i>	<i>40,0</i>				
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA		
EXAMES DE URINA								
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Completas</i>								
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>Stab</i>								
SISTEMA RESPIRATÓRIO <i>MVR 7 mmHg</i>								
SISTEMA DIGESTIVO	<i>Jam 208h</i>		SISTEMA URINÁRIO					
ESTADO MENTAL	<i>Lorte</i>		CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS			
DIAGNÓSTICO PRE-OPERTÓRIO	<i>+ de condila bilateral</i>		FÍSICOS					
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS			
							TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 <i>set</i> 2 <i>Resal</i> 3							
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100							
TEMPERATURA T	C° 260 240 2 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10							
P. ARTERIAL V O PULSO	38							
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							1 - Anestesia 2 - Gástrico 3 - Cetorimônio 4 - Anestesia 5 - Uretrite na laringe 6 - Zim - apertar e dro 7 - gás 8 - L - Operação 9 - I - Anestesia 10 - 2 - Fentanyl 100ug 11 - 3 - Tramadol 50mg 12 - 4 - Papav 100mg 13 - 5 - Morfina 10mg 14 - 6 - Zan 4mg 15 - 7 - Domperidona 10mg	
RESPIRAÇÃO O							DURAÇÃO <i>mais ou menos 1 hora</i>	
SÍMBOLOS	Xo	QX						
TÉCNICAS	<i>Anestesia Geral Baloncete</i>						INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES	<i>Amputação Fx condila bilateral</i>						7 - Díptero 8 - drenagem 9 - Pandrônio 10 - Zan 11 - Domperidona	
CIRURGIÕES	<i>Salários</i>							
ANESTESISTAS	<i>Dr. Lourival Gonçalves Graciano</i> <small>MEDICO CRM-PI 4538</small>							
PARITICULARIDADES							CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	

LUNA DE HUT



FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE 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:

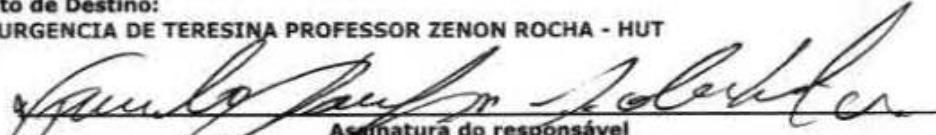
AVALIACAO CLINICA/EXAME - HOSPITAL

Estabelecimento de Origem:

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR

Estabelecimento de Destino:

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

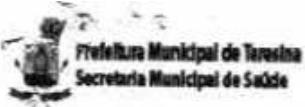

Assinatura do responsável

Testemunha: Ana Lise Bento RG: 1193.076

Doutor responsável: Dra. Ana Lise Bento CRM: 7148

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





CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULACAO

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 URGENCIA 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 MOTOCICLÍSTICO 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: DOR E LIMITAÇÃO DA ABERTURA ORAL. FRATURA/LUXAÇÃO DE MANDÍBULA? PROCEDO COM SUTURA + SOLICITOR REGULAÇÃO HUT PARA TC DE FACE.

ROVAS 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



Solicitação de Acompanhante



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

Name: EDINALDO MACHADO SANTOS

End Resid : RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM

Cidade: TERESINA - PI

CER: 64000-010

Sexo: Masculino **Nascimento:** 26/12/1967 **Idade:** 51a9m3d **Estado Civil:** União Estável **Profissão:** DESENHADOR

Justificativa:

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)

Date: / /

Ass. Médico Voluntante

Auditor

Data: / /

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 29/09/2019	Hora 19:57	Data ____ / ____ / ____	Hora ____ : ____	

Diagnósticos:	Cod.CID:
CID Principal: <i>Fratura bilateral de cônclib</i>	S 0 2 6
CID Secundário:	
ID Causa Morte:	

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

Der, edema, trânsito, mandíbula aberta anterior.

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Melhora do quadro clínico.

MEDICAÇÕES: AIE'S; AINE'S; Antibióticos.

CIRURGIA: Data: 30/09/19 Tipo: Osteosíntese de fratura bilateral de cônclib 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 / Enfermeiro / Residente

*Dr. Solano Júnior - Odontólogo
 Gengivite e Periodontite
 Implante e Reabilitação
 CBO-PI: 1027*



SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS DE USO RESTRITO

IDENTIFICAÇÃO

DATA: 29/09/19

NOME:	<i>Edinaldo Machado Santos</i>	IDADE:		PESO:	
CLÍNICA:		LEITO:		PRONTUÁRIO:	<i>524288</i>
TURAÇÃO DO PACIENTE:	<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA				<input type="checkbox"/> NÃO TRAUMA
INDICAÇÃO DO ANTIBIÓTICO:	<input type="checkbox"/> TERAPÉUTICO				<input type="checkbox"/> PROFILÁTICO

INFECÇÃO: COMUNITÁRIA HOSPITALAR

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

ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS E PERÍODO DE USO:

DROGA SOLICITADA	VIA	POSOLOGIA	PREVISÃO (dias)
<i>Cefalotina</i>	<i>EV</i>	<i>6/6 hrs 1G</i>	<i>07 dias</i>

JUSTIFICATIVA: *Fratura de mandíbula (condilo bilateral)*
anterior

FUNÇÃO RENAL: NORMAL ALTERADA

FUNÇÃO HEPÁTICA: NORMAL ALTERADA

REALIZOU CULTUR: NÃO SIM

Resultado



DATA DA COLETA: _____ / _____ / _____

MÉDICO-CARIMBO

PARECER DA CCIH: _____





PROTOCOLO CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST ENFERMARIA

NOME DO PACIENTE: Edinaldo Machado Júnior

- () 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 sem diclofenaco
- () Conferir a retirada de adomos, 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

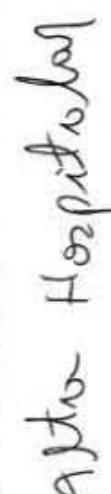
Data: 30 de Setembro de 2019

Enfermeiro responsável: Ronal Soárez
COREN 294363





PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE <i>Eduardo Machado Souto</i> DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
					211	04
					MÉDICO ASSISTENTE/ESPECIALIDADE	
						BUCOMAXILO
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
DATA: 01/10/18	HORA:			08:00 - Paciente de cultor		
1) Dieta líquida pastosa						
2) SF 0,9% 1000 ml, EV, para 24h						
3) Cefalotina 1g+AD, EV de 6/6h						
4) Decadron 4mg+AD, EV de 8/8h						
5) Dipirona sódica 500mg, 1 amp+ AD, EV de 6/6h						
6) Ranitidina 50mg 1 amp+AD, EV de 8/8h						
7) Tilatil 20 mg + AD EV de 12/12h						
8) Higiene oral com clorexidina 0,12% 2x dia						
9) SSSVV + CCGG						
 						





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>Osteosíntese da Fratura Complexa da Mandíbula</i>		
Cirurgião <i>Salomão</i>	1º Assistente <i>Luis (Residente)</i>	
2º Assistente <i>Moriz (Residente)</i>	3º Assistente	
Instrumentador(a) <i>Benedetta</i>	Anestesista <i>Laerte</i>	Anestesia <i>Geral</i>
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>30/09/19</i>	Ínicio	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) <i>Paciente em decúbito dorsal sob efeito de anestesia geral Antebraço + infiltrado local com lidocaína com epinefrina Acesso retramandibular bilateral + divaricadores + redução condilar + fixação de placa 2.0 bilateral. Sutura com vicryl 4.0 + nylon 5.0 Cinturado.</i>		
<i>Dr. Salomon Quirin-Rod Oka Cirurgião e Traumatologista Implante Odontista CRM-PI: 1847</i>		

Mod. 76 HUT





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

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

Nome do paciente: Edinaldo Machado Santa

Nº Prontuário: 524289

Procedimento realizado:

Código de compatibilidade: 0702050487

Nome do Médico/CRM/CRO: *Ed. Salomão*

Data da utilização do material: 20/09/16

Convênio:

Local: SAF

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

~~Salomão Cury~~
Dr. Salomão Cury-Rod. Qld.

20, 09, 19



Recebimento de MEDICAL LIFE COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI de produtos/serviços constantes da Nota Fiscal indicada ao lado		Pedido	NF-e
Data de Recebimento Identificação e Assinatura do recebedor		Doc 33.577	Nº 000.027.598 Série: 001



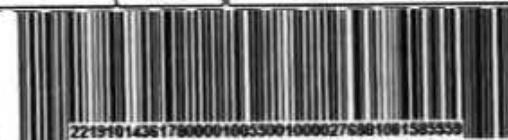
Avenida Odilon Araújo, Nº 475 - Piparão
Teresina - PI - CEP: 64017-280
Tel: (86) 3305-6005
e-Mail: comercial@medicallifehospitalar.com

DANFE Documento Auxiliar
da Nota Fiscal Eletrônica

1 Saída: 1 Entrada: 2

Nº 000.027.598 Série: 001

Page 1 of 1



Protocolo / Data Hora da Autorização
322190014845803 - 06/10/2019 16:58:24

Natureza da Operação : Venda de mercadoria adquirida terceiros	Insc Est. Subst. Trib.	CNPJ 14.361.780/0001-00	Chave Acesso NF-e - Consulta www.nfe.fazenda.gov.br 23-19/10-14.361.780/0001-00-55-001-000.027.598-108.158.555-9
--	------------------------	----------------------------	---

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	Inscrição Estadual	Data de Emissão
Nome / Razão Social INDO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA		11.273.170/0001-66		06/10/19
Endereço RUA GOVERNADOR ARTUR DE VASCONCELOS 3015 ZONA NORTE		Selmo/Distrito PORENUQUANTO	CEP 64002-530	Data / Saída/Entrada
Município Teresina	Fone / Fax (86) 3215-7700		UF PI	Hora de Saída

RA
Crédito em conta
Dp 027698/01
R\$ 723,62
Venc 07/11/2019

CALCULO DO IMPOSTO									
BC ICMS	Valor ICMS	Valor FCP	BC ICMS ST	Valor ICMS ST	Valor FCP ST	Valor IPI	Total Produtos	Valor Total da Nota	
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	723,62	723,62	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS									
Razao Social	Frete por conta:	Cod. ANTT	Placa Veículo	UF	CNPJ/CPF	Insc.Est.			
Endereço	Municipio	UF	Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto	Peso Uo.	
Cod. Descrição do Produto	NCM	CST	CFOP	Unid.	Quant.	Vlr.Unt.	Vlr. Total	BC ICMS	Vlr.IPI Al. ICMS Al. IPI

BLAQUE DE RECONSTRUÇÃO 3,0 MM (CÓD.122) PARAFUSOS) TEFLONEC SISTEMI STICKERS 4X12 MM 15700 PESO:3,000 KG. NRE: 70/137594 Tipo: Rolo. Adem: R\$ 30,39 R\$ Subtotal: 30 30,39 - Preço UNIT (CÓD.122)
--



DADOS ADICIONAIS		Informações Adicionais	Reservado ao Fisco
CST 40 : Produto isento de tributação de ICMS. ICMS ISENTO CONFORME CONVENIO CONF/01/99 PRORROGADO ATÉ 30/09/19 PELO CONVENIO 49/13 Isenção de PIS/COFINS conf. parag.4º do art. 1º da Lei 10147/2000 Paciente: EDINALDO MACHADO SANTOS Convenio: SUS Medico: SALOMAO CURY RAD DKA Data do Procedimento: 30/09/2019 Procedimento(s): 0404020500 PRONTUARIO: 524286 Local Procedimento: HUT PROFESSOR ZENON RODA Tributos Aplicados: R\$ 0,38 Federal e R\$ 31,84 Estadual. Forne: ISPT ENGENHO: 22001276 PROCESSO: 4526435/2019 FORTE: 214.115 MERCADORIAS: BANCO DO BRASIL AG:3319-0 C/C: 8809-5			



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

Num. 12053586 - Pág. 33

Número do documento: 20092211474151800000011406644



**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

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

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-Mae: **MARIA JOSE MACHADO SANTOS**

12-Fone: **86-95578-888**

13-Resp: **FERNANDO DOUGLAS ALVES DA SILVA**

14-Fone: **86-95578-888**

15-Ender: **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.Procedimento Especial **0702050482** 32 - Descrição do Procedimento Especial:
PLACA DE TITÂNIO SISTEMA MINI/MICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS) Quant. Solici-didata: **2**

Fornecedor da OPM: **MEDICAL LIFE**

(Signature)
Dr. Colônio Cury-Rod Oka
Cirurgião Dentista Submáster
CRM-PI 3841

38-Profissional Responsável:
ONIO HENRIQUE BORGES FERRO 40-Tp. Documento:
CPF

40-No.Doc. Med. Solic.:
762.415.643-15

41-Ass. CRM-PI
Cirurgião Dentista Submáster
CRM-PI 3841 (CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura facial instável

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 Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

(Signature)
Ass. de JURÍDICO DR. ALEXANDRE
CRM-PI 3841 (CRM)
MARIA BATISTA



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA							
NOME <u>Kelvyno Machado Santos</u>				IDADE <u>51</u> anos		DATA <u>30/09/2010</u>	
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>20</u> hs <u>33</u> min		TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO					
CIRURGIA REALIZADA				CIRURGIANO			
SINAIS VITAIS		HORÁRIO					
		ADMISSÃO		SAÍDA			
		PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>106/71</u>	<u>113/67 (80)</u>			
		FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>83</u>	<u>70 bpm</u>			
		SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>97%</u>	<u>98%</u>			
		TEMPERATURA AXILAR (0°C)					
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)							
NOME/ MATRÍCULA		<u>Leontine</u>					
ÍNDICE DE ALDRÉ TEE KROLIK							
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros		2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros		1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando		0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente		2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	A apresenta dispneia ou limitação da respiração		1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apneia		0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico		2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico		1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	PA em 50% do nível pré-anestésico		0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
	Está lúcido e orientado no tempo e espaço		2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
ESCALA DOR MISSÃO	Desperta, se solicitado		1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde		0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DOR ALTA	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% recu. ar. em ambiente		2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%		1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
A apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂		0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
		TOTAL	<u>10</u>				
		ASS.	<u>fora</u>				
() SONDA VESICAL		() DRENO DE SUÇÃO	() DRENO TORACICO	() DVE	() COLOSTOMIA	SONDA () NASOG. () NASO	
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:							
<u>20/13 Encontra-se em POC de extensão de 30cm</u> <u>completo de mandíbula, curvado, orientado</u> <u>normotensivo, esp. pérvio, sem queixa</u>							
				<u>Amanda Gomes Vale Avelino</u> <u>ANESTESELOGISTA</u> <u>CRM PI 4981</u>			
PRESCRIÇÃO MÉDICA				ALTA SRPA	HORÁRIO	ANESTESELOGISTA	
<input checked="" type="checkbox"/> INCAMINHAMENTO <input type="checkbox"/> EXTERNO <input type="checkbox"/> SALA DE GESSO <input type="checkbox"/> IMAGENS E CPÁFICOS <input type="checkbox"/>				<u>Posso ir</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED INEURO GERAL [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED ORTOP/NEU ICIR IMÉD							



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:	Frat - de mandíbula	CIRURGIA:	
ANESTESIA:	GERAL	Nº DA SALA:	09
CIRURGIÃO:	Salomão Ofá	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	UNID.	24	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº	PAR	01	
AGULHA 40X12	UNID.	03		610	PAR	03	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		615	PAR	02	
ÁLCOOL 70%	ML	100		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	100		PVPI TÓPICO	ML	100	
COMPRESSA	PAC.	05		PVPI TINTURA	ML	—	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 20CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	1m.		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 5CC	UNID.	03	
FORMOL	ML	—		SERINGA 3CC	UNID.	03	
GASES	PAC.	05		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	05	
JELCO Nº	UNID.	02		SONDA URETRAL	UNID.	01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	Lava 7,5		03	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				crigom → 02			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.				Lâmina 15 → 01			
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL				CONFECÇÃO DE ALTO			
MONONYLON 5-0		02		CONFEDE CIRÚRGICO			
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:			
PROLENO				Glauc.			

Wlon 2.0 ... 01

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERRAÇÃO/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 534288
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARIA JOSE MACHADO SANTOS	RESPONSÁVEL FERNANDO DOUGLAS	
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO PARQUE ALIANCA			NÚMERO / LOTE 1419	
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
FRATURA BILATERAL DE CÓNDILO E SÍNFESE (GALHO VERDE)

CONDICÕES 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 - OSTEOSÍTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA

LEITO/CLÍNICA CIRURGIA GERAL	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
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	ANTONIO HENRIQUE BORGES FERRO CRM: CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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: 46261679315	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CRM: DATA ANÁLISE: 29/09/2019 20:50:12
--	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU 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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	EDINALDO MACHADO SANTOS	(Prontuário: 524288)
Endereço:	RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010	
Nascimento:	28/12/1967	Idade: 51a9m7d
	Sexo: Masculino	Ongem: URGÊNCIA/EMERG
Requisição:	1006503	Solicitação: 29/09/2019
Controle:	1322754	Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
	Convênio: SUS	Atendimento: 743973

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 SEIOS MAXILARES.
- DEMAIS CAVIDADES PARANASALIS 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



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. 39

**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: 00-1

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: SUS

Cod. SIA: 0206010079

RELATÓRIO:

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.

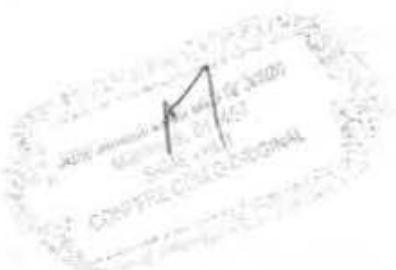
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.
(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 29/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Professional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:47:42
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211474151800000011406644>
Número do documento: 20092211474151800000011406644

Num. 12053586 - Pág. 40



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-270 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: SUS	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 ESPESSAMENTO DA MUCOSA EM CÉLULAS ETMOIDAIAS E SEIOS MAXILARES.
- DEMAIS CAVIDADES PARANASAIAS COM TRANSPARENCIA NORMAL.
- COANAS PERMEÁVEIS.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.
- OSTEOSINTESSES METÁLICAS NOS COLOS MANDIBULARES.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 30/09/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 CRM

Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:47:42
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211474151800000011406644>
Número do documento: 20092211474151800000011406644

Num. 12053586 - Pág. 41



VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1.050.299
	DATA DE EXPEDIÇÃO 12/02/19
NOME EDINALDO MACHADO SANTOS	
PESO MARIA JOSÉ MACHADO SANTOS 100g JOÃO Cândido SANTOS	
NATURAL DE BURITI-MA	DATA DE NASCIMENTO 26/12/1967
DOC. ORIGEM CERT. NASC. 2102 L A31 F 155V	
EXP BURITI-MA 05/08/98	
CPF 786.607.003-25	
Assinatura do Titular	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 99.250/83	



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 22/09/2020 11:47:42
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092211474151800000011406644>
Número do documento: 20092211474151800000011406644

Num. 12053586 - Pág. 42



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	DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971
CRATEUS-CE	DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 529 L 141 EXP CRATEUS-CE 25/09/14 TERESINA - PI	
Pedro Gomes da Moraes Pinto Crim	
840.173.173-91 ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	



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. 43

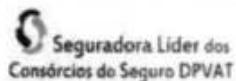
CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PI 202012056087Z N° 013937241310 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO VIA <input type="checkbox"/> COD. RENAVAM <input type="checkbox"/> RIN/TC 1 <input type="checkbox"/> 569B66014 <input type="checkbox"/> EXERCÍCIO 2019		NOME EDINALDO MACHADO SANTOS ***** PLACA <input type="checkbox"/> DVU-9866 CHASSI <input type="checkbox"/> 9C2JC4120DR532738 ESPECIE TIPO <input type="checkbox"/> PAS/MOTOCICLETA/NEUTRA MARCA / MODELO <input type="checkbox"/> HONDA/CB 125 FAN ES CAP / POT / GEL <input type="checkbox"/> CATEGORIA <input type="checkbox"/> PARTIC ANO FAB <input type="checkbox"/> 2013 ANO MOD. <input type="checkbox"/> 2013 COMBUSTIVEL <input type="checkbox"/> GASOLINA COR PREDOMINANTE <input type="checkbox"/> VERMELHA VENC. COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> 1º IPVA PAGAMENTO <input type="checkbox"/> FAÇA I (PVA) <input type="checkbox"/> PARCELAMENTO / COTAS DATA DE PAGAMENTO <input type="checkbox"/> 2º 3º PAGO PRÉMIO TARIFÁRIO PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) <input type="checkbox"/> 36,04 DETRAN (R\$) <input type="checkbox"/> 4,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) <input type="checkbox"/> 40,04 SEGURADOR <input type="checkbox"/> PAGO IPVA <input type="checkbox"/> 0,32 TOTAL A PAGAR DO SEGURO (R\$) <input type="checkbox"/> 84,58 OBSEVAÇÕES <input type="checkbox"/> COTA UNICA DATA DE OBTENÇÃO <input type="checkbox"/> 28/05/2019	
TERESINA <input type="checkbox"/> <small>MINISTÉRIO DAS CIDADES - SECRETARIA MUNICIPAL DE TRANSPORTES - PI</small> <small>DIRETORIA DE TRÂNSITO, INVESTITURA E TRIBUTAÇÃO</small> <small>LEIA OS DOCUMENTOS ANEXOS</small>		PIN 013937241310 BILHETE DE SEGURO DPVAT SEGURADORA OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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	
DATA <input type="checkbox"/> 30/5/2019 DATA EMISSÃO <input type="checkbox"/> 30/5/2019 EXERCÍCIO <input type="checkbox"/> 2019 PLACA <input type="checkbox"/> DVU-9866 DATA EMISSÃO <input type="checkbox"/> 30/5/2019 EXERCÍCIO <input type="checkbox"/> 2019 PRÉMIO TARIFÁRIO PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) <input type="checkbox"/> 36,04 DETRAN (R\$) <input type="checkbox"/> 4,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) <input type="checkbox"/> 40,04 CUSTO DO BILHETE (R\$) <input type="checkbox"/> 4,15 IPVA (R\$) <input type="checkbox"/> 0,32 TOTAL A PAGAR DO SEGURO (R\$) <input type="checkbox"/> 84,58 PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO DATA DE OBTENÇÃO <input type="checkbox"/> 28/05/2019 SEGURADORA LÍDER - DPVAT <small>CHP/08/2018/000001-04</small>			



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. 44

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

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 AO EXAME FÍSICO APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA(02CM), COM DIMINUIÇÃO DA
físico: 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 DIAGNÓSTICO, 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: Eudaldo Machado Santos			
RG: 3.050.299	ORG. EMISSOR: SSPPIPI	D. EXPEDIÇÃO: 12/03/14	
CPF: 786.607.003-29	ESTADO CIVIL: Solteiro	PROFISSÃO: Autônomo	
ENDEREÇO: Rua São José		Nº: 3439	
COMPLEMENTO: Esse		BAIRRO: Angelim	
CIDADE: Teresina	ESTADO: Piauí	CEP: 64040-420	TELEFONE:

OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)

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

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 vitima: Invalidez

1

LOCAL / DATA: EREZINA 02/10/2018
Edulde malhaço satis

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO))

Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



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

Num. 12053586 - Pág. 48

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473092/19

Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS

CPF: 786.607.003-25

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2019

Titular do CPF: EDINALDO MACHADO SANTOS

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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



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. 49