

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Audiências, PJe Consulta p..., PJe 0812336-95, PJe 0800770-71, Download f..., Acesso 2º G, +

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listAutosDigitais.seam?idProcesso=516414&ca=57edd07664d5ec650e00ae05901b9de0e1b...

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

Header: **PJe** ProceComCiv 0812336-95.2020.8.18.0140 EDINALDO MACHADO SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO S...

Page Title: 12109199 - CONTESTAÇÃO (2750101 CONTESTACAO 03)

Metadata: Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - POLO PASSIVO - ADVOGADO em 24/09/2020 10:44:02

Left Sidebar (24 Sep 2020):

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12109195 - CONTESTAÇÃO
 - 12109199 - CONTESTAÇÃO (2750101 CONTESTACAO 03)
 - 12109202 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12109214 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12109215 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subatos procuracao compressed web)
 - 12109217 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE

Main Content Area (downloadBinario.seam):

1 / 11

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08123369520208180140

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DNVAT em caso de invalidez parcial de

Taskbar: Windows icons, PT, 10:44, 24/09/2020



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
12109195	24/09/2020 10:44	CONTESTAÇÃO	CONTESTAÇÃO
12109202	24/09/2020 10:44	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
12109214	24/09/2020 10:44	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

SEGUE EM ANEXO JUNTADA DE CONTESTAÇÃO E PROCESSO ADMINISTRATIVO.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610

Cidade: Triunfo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

Data do acidente: 05/06/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA DE TECIDO DO PÉ, DOR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO HÁLUX E APRESENTA DISCRETA MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: APRESENTA LIMITAÇÃO PARA A MOBILIDADE E DOR A PALPAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE HÁLUX E METATARSO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: **4 ANOS

*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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270718/19

Número do Sinistro: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

CPF: 064.809.724-22

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/06/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSE RONALDO GOMES
DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA : 064.809.724-22

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

ANTONIO PEREIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270718/19

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

CPF: 064.809.724-22

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/06/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSE RONALDO GOMES
DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

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

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA : 064.809.724-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES : 064.809.724-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

ANTONIO PEREIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES





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, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

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 14696924





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, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

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. 01861/01862 - carta_02 - INVALIDEZ

00010931



Carta nº 14744484





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, 22 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 000002739-1

Conta: 0000021527-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

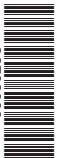
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00575/00576 - carta_15R - INVALIDEZ

00030288





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

- 11 -

ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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

5 - Nome completo:

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

6 - CPF:

064.809.724-22

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

ST. BOM JESUS

9 - Número:

23

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

TRIUNFO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.870-000

15 - E-mail:

TRINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

07-9735-5533

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:

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

064.809.724-22

19 - Profissão do Representante Legal:

RECUSO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

2739

1

CONTA:

81.327

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

Peço 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (nascidos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/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

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, FLORES-PE 05/08/2019

08 AGO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

- 11 -

ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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:

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

064.809.724-22

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

RECUSO

ST. BOM JESUS

23

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

ZONA RURAL

TRIUNFO

PE

56.870-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

TRINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM

07-9735-5533

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:

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

064.809.724-22

RECUSO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

Peço motivo assinado, 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (nascidos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/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

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, FLORES - PE 05/08/2019

08 AGO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092410440028500000011458397

Número do documento: 20092410440028500000011458397

Num. 12109202 - Pág. 10



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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

5 - Nome completo: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA 6 - CPF: 064.809.724-22
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: ST. DOM JESUS 9 - Número: 23 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.870-000
15 - E-mail: TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 07.9735-5533

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: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA
18 - CPF do Representante Legal: 064.809.724-22 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 2739 1 CONTA: 21.527 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s) (assinador)? ☐ 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

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, FLORES-PE 05/08/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
19/08/2019 - Autotendimento - 15:39:38
106074889 0002

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO JOSE RONALDO GOMES SILVA
AGENCIA: 2739-1
CONTA: 21.527-9
VALOR * 5.00
NR. ENVELOPE 2.289.226.436

* Acolhido em: 19/08/2019, na Agência 1060-X.

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTIL.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente
bancario, aos sabados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos
e permanecerao disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronica
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

21 AGO 2019



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/08/2019 - Autoatendimento - 15:39:38
106074889 0902

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	JOSE RONALDO GOMES SILVA
AGENCIA:	2739-1
CONTA:	21.527-9
VALOR *	5,00
NR. ENVELOPE	2.289.226.436

* Acolhido em: 15/08/2019, na Agência 1868-X.

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTIL.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apes o expediente
bancario, aos sabados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos
e permanecerao disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronica
Central de atendimento BB: 4000-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0600-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

21 AGO 2019



**Lauda 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: 3190469610
Nome do(a) Examinado(a): Anna Beatriz da Silva Gomes
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Bom Jesus, S/N
Alto do Bom Jesus Triunfo PE CEP: 56870-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6680564
Data local do acidente: [05/06/2019]
Data local do exame: [30/08/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO PÉ
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 13/08/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA DE TECIDO DO PÉ, DOR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO HÁLUX E APRESENTA DISCRETA MARCHA CLAUDICANTE.
- 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 RESIDUAL DO PÉ DIREITO.
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):
PÉ - Lado Direito
% do dano: (X) 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 | 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.

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


Dr. Genesio A. Silva
CRM: 15.132
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 181ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRIUNFO -
DP181ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0271000194**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/06/2019** às **22:57**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/6/2019** às **06:30**

Natureza Jurídica: **ATROPELAMENTO (MOTOCICLETA)**
Fato ocorrido no endereço: **LADEIRA DO SÍTIO BOM JESUS (LADEIRA NOVA DO SESC), BAR DE GOVEIA - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 81 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

RODRIGO LOPES DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
JELEN LOPES DA SILVA (OUTRO)
IVANA ROBERTA GONÇALVES DE PADUA (TESTEMUNHA)
ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a) **RODRIGO LOPES DA SILVA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **LIEGEN LOPES DA SILVA** Pai: **JOSE RONALDO GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **18/2/2015** Nacionalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10735531/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **993673914**

Residência: **CASAS POPULARES (SÍTIO BOM JESUS) - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 12 - CEP: 54600-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

LIEGEN LOPES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA DO SOCORRO LIMA DA SILVA** Pai: **MANGEL LOPES DA SILVA** Data de Nascimento: **8/12/1989** Nacionalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10023000/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **993673914**

08 AGO 2019

07/06/2019 22:51



Residência: CASAS POPULARES (SÍTIO BOM JESUS) - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL
Próximo a: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 12 - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO -
TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

RODRIGO LOPES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
GERALDA MARIA Pai: IVALTECIO LOPES DA SILVA Data de Nascimento: 9/2/1986
Naturalidade: BELEM DO SAO FRANCISCO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7829595/SDS/PE (RG); 86762376454 (CPF); 05326114665 (GNH) Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
988182373

Residência: SÍTIO MATA REDONDA, PROPRIEDADE DE CARIBE -
TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 61 - CEP:
54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROPRIEDADE DE
CARIBE

IVANA ROBERTA GONÇALVES DE PADUA (presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: MARIA NOGUEIRA DE PADUA Pai: JOSE LOPES DE PADUA Data de
Nascimento: 21/1/1978 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
5215931/SSP/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
96467543

Residência: CASAS POPULARES (SÍTIO BOM JESUS) - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL
Próximo a: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 63 - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO -
TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a) RODRIGO LOPES DA
SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD Objeto apreendido: Nã
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGM3284 (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: 595932673 Chassi:
9C2KD0648ER011338
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2014 Combustível: ALCO/GASOL
Descrição: HONDA NXR 150 BROS ESD, DE COR PRETA, ANO 2013/2014, PLACA
PGM-3284/SERRA TALHADA

Complemento / Observação

ESTA DELEGACIA DE POLICIA FOI INFORMADA POR FAMILIARES DA VITIMA, QUE NO
DIA 05 DE JUNHO DE 2019, POR VOLTA DAS 06:30 HORAS DA MANHA A MENOR DE
NOME ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES TERIA SIDO ATROPELADA POR UMA
MOTOCICLETA DE COR PRETA NAS PROXIMIDADES DO BAR DE GOVEIA NA LADEIRA
DE ACESSO NOVO AO HOTEL DO SESC. SEGUNDO FAMILIARES A CRIANÇA VINHA NA
COMPANHIA DA MÃE DE NOME LIEGEN LOPES DA SILVA E DE UMA OUTRA
SENHORA DE NOME IVANA ROBERTA GONÇALVES. AINDA SEGUNDO FAMILIARES O
AUTOR DO ACIDENTE QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA ERA A PESSOA DE RODRIGO
LOPES DA SILVA O QUAL RELATOU QUE TERIA PERDIDO O CONTROLE DA
MOTOCICLETA DEPOIS QUE A MESMA TERIA FURADO O PNEU DIANTEIRO, NAO
DANDO TEMPO DE LIVRAR AS TRÊS PESSOAS QUE FORAM ATINGIDAS NO MOMENTO
DA COLISÃO (ATROPELAMENTO). A CRIANÇA ENVOLVIDA NO ACIDENTE DE APENAS
04 ANOS FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA TRANSFERIDA
PARA O HOSPITAL REGIONAL DE AFOGADOS DA INGAZEIRA COM PROVAVEL
FRATURA NO PE DIREITO COMO CONSTOU O LAUDO MEDICO NO PRIMEIRO
ATENDIMENTO. O CONDUTOR DA MOTOCICLETA E AS OUTRAS DUAS PESSOAS QUE
ACOMPANHAVAM A CRIANÇA TIVERAM LESÕES SEM GRAVIDADE. A MOTOCICLETA
ENVOLVIDA NO ACIDENTE NAO FOI APREENDIDA TENDO O CONDUTOR ENVOLVIDO
APRESENTADO APENAS O DOCUMENTO NO DIA SEGUINTE AO FATO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial



LIEGEN LOPES DA SILVA
(OUTRO)

RODRIGO LOPES DA SILVA
(AUTOR AGENTE)

IVANA ROBERTA GONÇALVES DE PADUA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: THONY ALEXANDRE ANTAS RODRIGUES



08 AGO 2019 2019 22:51





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

- 11 -

ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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:

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

064.809.724-22

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

RECUSO

ST. BOM JESUS

23

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

ZONA RURAL

TRIUNFO

PE

56.870-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

TRINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM

07-9735-5533

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:

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

064.809.724-22

RECUSO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

Peço motivo assinado, 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (nascidos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/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

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, FLORES - PE 05/08/2019

08 AGO 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

MATRÍCULA:
1311930155 2015 1 00068 130 0015708 47

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Quinze de Fevereiro de Dois Mil e Quinze

DIA MÊS ANO

15 2 2015

HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

06:55 Serra Talhada - PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF

Triunfo - PE

LOCAL DE NASCIMENTO

HOSPITAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHAES

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

LIEGEN LOPES DA SILVA e JOSÉ RONALDO GOMES DA SILVA

AVÓS

MARIA DO SOCORRO LIMA DA SILVA e MANOEL LOPES DA SILVA

FRANCISCA GOMES DA SILVA

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Dez de Março de Dois Mil e Quinze

NÚMERO DA DNV

30642171060

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

ATO GRATUITO.

Cartório do Registro Civil de Triunfo

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Triunfo, 10 de março de 2015

TRIUNFO

RUA CEL MONTEIRO, 72 - CEP: 56.870-000 - Centro - Triunfo - PE



O conteúdo deste documento foi assinado digitalmente pelo Oficial do Registro Civil.
Para verificar a sua autenticidade acesse o site abaixo:
<https://www.programamirabacertidao.pe.gov.br/verificacao/certidao.jsp>
Informe o código: 094F7A00-05C3-427E-BD53-1E2D3FC2D9A0

Data da Assinatura: 10/03/2015 15:18:18

08 AGO 2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 05.06.19 07:08 Nº. Ocorrência: 0444
Nome: Maria Beatriz da Silva Gomes Data Nascimento: 15-02-75
Profissão: Sexo: F Doc. Ident.:
End.: Cam. Habitacional - St. Brown Jesus
Responsável: Sílvia Lopes da Silva (mãe)
End/Fone: mto 1111
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐
Agressão ☐ Consulta ☐

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura:
Histórico e Exame Físico:
Paciente trazida por familiares devido a histeria de origem de neta com
perda de memória há alguns dias, não se reconhece. Não responde com verbos.
Sob o ponto de vista da histeria após avaliação a doença
é de origem emocional com reação de defesa.
Tratamento: Est. sedado e em repouso.
+ 100. Gentil? frígida?
Solicite laudo do neuropsiquiatra.
S 5699259
HOSPITAL.
08 AGO 2019

Impressão Diagnóstica: Dr. Cláudio de Carvalho Marques
CRM 22636
Destino do Paciente Removido para Hospital Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐
Óbito às horas do dia
Médico - Carimbo e CRM:
COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



CELPE
 CNPJ 12.230.302/0001-96 | Tel: 32 320047-83 | www.celpe.com.br

Nota de Energia Elétrica

Endereço da Unidade Consumidora
 S1 BOM JESUS 23

BAZOS DO GURITE
 LUCILENE GOMES DA SILVA

CPF: 101.046.734-07 NIS: 18356725549

CLASSE DE CONSUMO
 B1 RESIDENCIAL
 BARRAGEM 1000V

TRUFOPOTRILHO
 TRULHO PE
 5870-600

7020434842 08/2019
 26/08/2019 18/07/2019
 5,90

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo em 20 kWh	30,0000000	0,19506108	5,85
Consumo Ativo superior a 30 em 100 kWh	1,0000000	0,21794157	0,21
Atividade Bandeira AMARELA			0,04
TOTAL DA FATURA			5,90

TOTAL DA FATURA

5,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	PERÍODO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE	CONSTANTE	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWh)
27119880	Ext		11/08/2019	2895,45	17/08/2019	2895,45	31	1,0000		31,00

COMPARAÇÃO DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)
Jul-19	31	Jul-19	31	Jul-19	31
Jun-19	30	Jun-19	30	Jun-19	30
Mai-19	34	Mai-19	34	Mai-19	34
Abr-19	38	Abr-19	38	Abr-19	38
Mar-19	31	Mar-19	31	Mar-19	31
Fev-19	33	Fev-19	33	Fev-19	33
Jan-19	34	Jan-19	34	Jan-19	34
Dez-18	35	Dez-18	35	Dez-18	35
Nov-18	31	Nov-18	31	Nov-18	31
Out-18	36	Out-18	36	Out-18	36
Sep-18	36	Sep-18	36	Sep-18	36
Ago-18	36	Ago-18	36	Ago-18	36
Jul-18	30	Jul-18	30	Jul-18	30

CONDIÇÕES DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)
Jul-19	31	Jul-19	31	Jul-19	31
Jun-19	30	Jun-19	30	Jun-19	30
Mai-19	34	Mai-19	34	Mai-19	34
Abr-19	38	Abr-19	38	Abr-19	38
Mar-19	31	Mar-19	31	Mar-19	31
Fev-19	33	Fev-19	33	Fev-19	33
Jan-19	34	Jan-19	34	Jan-19	34
Dez-18	35	Dez-18	35	Dez-18	35
Nov-18	31	Nov-18	31	Nov-18	31
Out-18	36	Out-18	36	Out-18	36
Sep-18	36	Sep-18	36	Sep-18	36
Ago-18	36	Ago-18	36	Ago-18	36
Jul-18	30	Jul-18	30	Jul-18	30

CONDIÇÕES DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)
Jul-19	31	Jul-19	31	Jul-19	31
Jun-19	30	Jun-19	30	Jun-19	30
Mai-19	34	Mai-19	34	Mai-19	34
Abr-19	38	Abr-19	38	Abr-19	38
Mar-19	31	Mar-19	31	Mar-19	31
Fev-19	33	Fev-19	33	Fev-19	33
Jan-19	34	Jan-19	34	Jan-19	34
Dez-18	35	Dez-18	35	Dez-18	35
Nov-18	31	Nov-18	31	Nov-18	31
Out-18	36	Out-18	36	Out-18	36
Sep-18	36	Sep-18	36	Sep-18	36
Ago-18	36	Ago-18	36	Ago-18	36
Jul-18	30	Jul-18	30	Jul-18	30

CONDIÇÕES DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)
Jul-19	31	Jul-19	31	Jul-19	31
Jun-19	30	Jun-19	30	Jun-19	30
Mai-19	34	Mai-19	34	Mai-19	34
Abr-19	38	Abr-19	38	Abr-19	38
Mar-19	31	Mar-19	31	Mar-19	31
Fev-19	33	Fev-19	33	Fev-19	33
Jan-19	34	Jan-19	34	Jan-19	34
Dez-18	35	Dez-18	35	Dez-18	35
Nov-18	31	Nov-18	31	Nov-18	31
Out-18	36	Out-18	36	Out-18	36
Sep-18	36	Sep-18	36	Sep-18	36
Ago-18	36	Ago-18	36	Ago-18	36
Jul-18	30	Jul-18	30	Jul-18	30

CONDIÇÕES DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)
Jul-19	31	Jul-19	31	Jul-19	31
Jun-19	30	Jun-19	30	Jun-19	30
Mai-19	34	Mai-19	34	Mai-19	34
Abr-19	38	Abr-19	38	Abr-19	38
Mar-19	31	Mar-19	31	Mar-19	31
Fev-19	33	Fev-19	33	Fev-19	33
Jan-19	34	Jan-19	34	Jan-19	34
Dez-18	35	Dez-18	35	Dez-18	35
Nov-18	31	Nov-18	31	Nov-18	31
Out-18	36	Out-18	36	Out-18	36
Sep-18	36	Sep-18	36	Sep-18	36
Ago-18	36	Ago-18	36	Ago-18	36
Jul-18	30	Jul-18	30	Jul-18	30

CONDIÇÕES DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)
Jul-19	31	Jul-19	31	Jul-19	31
Jun-19	30	Jun-19	30	Jun-19	30
Mai-19	34	Mai-19	34	Mai-19	34
Abr-19	38	Abr-19	38	Abr-19	38
Mar-19	31	Mar-19	31	Mar-19	31
Fev-19	33	Fev-19	33	Fev-19	33
Jan-19	34	Jan-19	34	Jan-19	34
Dez-18	35	Dez-18	35	Dez-18	35
Nov-18	31	Nov-18	31	Nov-18	31
Out-18	36	Out-18	36	Out-18	36
Sep-18	36	Sep-18	36	Sep-18	36
Ago-18	36	Ago-18	36	Ago-18	36
Jul-18	30	Jul-18	30	Jul-18	30

CONDIÇÕES DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)
Jul-19	31	Jul-19	31	Jul-19	31
Jun-19	30	Jun-19	30	Jun-19	30
Mai-19	34	Mai-19	34	Mai-19	34
Abr-19	38	Abr-19	38	Abr-19	38
Mar-19	31	Mar-19	31	Mar-19	31
Fev-19	33	Fev-19	33	Fev-19	33
Jan-19	34	Jan-19	34	Jan-19	34
Dez-18	35	Dez-18	35	Dez-18	35
Nov-18	31	Nov-18	31	Nov-18	31
Out-18	36	Out-18	36	Out-18	36
Sep-18	36	Sep-18	36	Sep-18	36
Ago-18	36	Ago-18	36	Ago-18	36
Jul-18	30	Jul-18	30	Jul-18	30

CONDIÇÕES DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)
Jul-19	31	Jul-19	31	Jul-19	31
Jun-19	30	Jun-19	30	Jun-19	30
Mai-19	34	Mai-19	34	Mai-19	34
Abr-19	38	Abr-19	38	Abr-19	38
Mar-19	31	Mar-19	31	Mar-19	31
Fev-19	33	Fev-19	33	Fev-19	33
Jan-19	34	Jan-19	34	Jan-19	34
Dez-18	35	Dez-18	35	Dez-18	35
Nov-18	31	Nov-18	31	Nov-18	31
Out-18	36	Out-18	36	Out-18	36
Sep-18	36	Sep-18	36	Sep-18	36
Ago-18	36	Ago-18	36	Ago-18	36
Jul-18	30	Jul-18	30	Jul-18	30

CONDIÇÕES DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)
Jul-19	31	Jul-19	31	Jul-19	31
Jun-19	30	Jun-19	30	Jun-19	30
Mai-19	34	Mai-19	34	Mai-19	34
Abr-19	38	Abr-19	38	Abr-19	38
Mar-19	31	Mar-19	31	Mar-19	31
Fev-19	33	Fev-19	33	Fev-19	33
Jan-19	34	Jan-19	34	Jan-19	34
Dez-18	35	Dez-18	35	Dez-18	35
Nov-18	31	Nov-18	31	Nov-18	31
Out-18	36	Out-18	36	Out-18	36
Sep-18	36	Sep-18	36	Sep-18	36
Ago-18	36	Ago-18	36	Ago-18	36
Jul-18	30	Jul-18	30	Jul-18	30

CONDIÇÕES DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)
Jul-19	31	Jul-19	31	Jul-19	31
Jun-19	30	Jun-19	30	Jun-19	30
Mai-19	34	Mai-19	34	Mai-19	34
Abr-19	38	Abr-19	38	Abr-19	38
Mar-19	31	Mar-19	31	Mar-19	31
Fev-19	33	Fev-19	33	Fev-19	33
Jan-19	34	Jan-19	34	Jan-19	34
Dez-18	35	Dez-18	35	Dez-18	35
Nov-18	31	Nov-18	31	Nov-18	31
Out-18	36	Out-18	36	Out-18	36
Sep-18	36	Sep-18	36	Sep-18	36
Ago-18	36	Ago-18	36	Ago-18	36
Jul-18	30	Jul-18	30	Jul-18	30

CONDIÇÕES DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)
Jul-19	31	Jul-19	31	Jul-19	31
Jun-19	30	Jun-19	30	Jun-19	30
Mai-19	34	Mai-19	34	Mai-19	34
Abr-19	38	Abr-19	38	Abr-19	38
Mar-19	31	Mar-19	31	Mar-19	31
Fev-19	33	Fev-19	33	Fev-19	33
Jan-19	34	Jan-19	34	Jan-19	34
Dez-18	35	Dez-18	35	Dez-18	35
Nov-18	31	Nov-18	31	Nov-18	31
Out-18	36	Out-18	36	Out-18	36
Sep-18	36	Sep-18	36	Sep-18	36
Ago-18	36	Ago-18	36	Ago-18	36
Jul-18	30	Jul-18	30	Jul-18	30

CONDIÇÕES DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)
Jul-19	31	Jul-19	31	Jul-19	31
Jun-19	30	Jun-19	30	Jun-19	30
Mai-19	34	Mai-19	34	Mai-19	34
Abr-19	38	Abr-19	38	Abr-19	38
Mar-19	31	Mar-19	31	Mar-19	31
Fev-19	33	Fev-19	33	Fev-19	33
Jan-19	34	Jan-19	34	Jan-19	34
Dez-18	35	Dez-18	35	Dez-18	35
Nov-18	31	Nov-18	31	Nov-18	31
Out-18	36	Out-18	36	Out-18	36
Sep-18	36	Sep-18	36	Sep-18	36
Ago-18	36	Ago-18	36	Ago-18	36
Jul-18	30	Jul-18	30	Jul-18	30

CONDIÇÕES DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)
Jul-19	31	Jul-19	31	Jul-19	31
Jun-19	30	Jun-19	30	Jun-19	30
Mai-19	34	Mai-19	34	Mai-19	34
Abr-19	38	Abr-19	38	Abr-19	38
Mar-19	31	Mar-19	31	Mar-19	31
Fev-19	33	Fev-19	33	Fev-19	33
Jan-19	34	Jan-19	34	Jan-19	34
Dez-18	35	Dez-18	35	Dez-18	35
Nov-18	31	Nov-18	31	Nov-18	31
Out-18	36	Out-18	36	Out-18	36
Sep-18	36	Sep-18	36	Sep-18	36
Ago-18	36	Ago-18	36	Ago-18	36
Jul-18	30	Jul-18	30	Jul-18	30

CONDIÇÕES DE CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)	PERÍODO	CONSUMO (KWh)
Jul-19	31	Jul-19	31	Jul-19	31
Jun-19	30	Jun-19	30	Jun-19	30
Mai-19	34	Mai-19	34	Mai-19	34
Abr-19	38	Abr-19	38	Abr-19	38
Mar-19	31	Mar-19	31	Mar-19	31
Fev-19	33	Fev-19	33	Fev-19	33

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

DEBITE TODAS SUAS DESPESAS COM O CUSTO DE ENERGIA

Valor: 348,85 R\$ Data: 17/08/19 Valor: 5,20 R\$ Data: 17/08/19

Toda conta em aberto é considerada em atraso e sujeita a cobrança de juros e multa por atraso no pagamento. Caso o consumidor não pague a conta em atraso, a CELPE poderá interromper o fornecimento de energia elétrica e cobrar o valor devido com juros e multa por atraso no pagamento. Além disso, o consumidor poderá ser incluído no cadastro de inadimplentes e sofrer restrições no acesso a crédito e serviços bancários.

08 AGO 2019

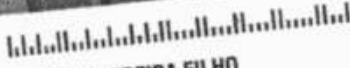
1ª Edição: Outubro de 2015
 2ª Edição: Outubro de 2015
 3ª Edição: Outubro de 2015
 4ª Edição: Outubro de 2015
 5ª Edição: Outubro de 2015
 6ª Edição: Outubro de 2015
 7ª Edição: Outubro de 2015
 8ª Edição: Outubro de 2015
 9ª Edição: Outubro de 2015
 10ª Edição: Outubro de 2015
 11ª Edição: Outubro de 2015
 12ª Edição: Outubro de 2015
 13ª Edição: Outubro de 2015
 14ª Edição: Outubro de 2015
 15ª Edição: Outubro de 2015
 16ª Edição: Outubro de 2015
 17ª Edição: Outubro de 2015
 18ª Edição: Outubro de 2015
 19ª Edição: Outubro de 2015
 20ª Edição: Outubro de 2015
 21ª Edição: Outubro de 2015
 22ª Edição: Outubro de 2015
 23ª Edição: Outubro de 2015
 24ª Edição: Outubro de 2015
 25ª Edição: Outubro de 2015
 26ª Edição: Outubro de 2015
 27ª Edição: Outubro de 2015
 28ª Edição: Outubro de 2015
 29ª Edição: Outubro de 2015
 30ª Edição: Outubro de 2015
 31ª Edição: Outubro de 2015
 32ª Edição: Outubro de 2015
 33ª Edição: Outubro de 2015
 34ª Edição: Outubro de 2015
 35ª Edição: Outubro de 2015
 36ª Edição: Outubro de 2015
 37ª Edição: Outubro de 2015
 38ª Edição: Outubro de 2015
 39ª Edição: Outubro de 2015
 40ª Edição: Outubro de 2015
 41ª Edição: Outubro de 2015
 42ª Edição: Outubro de 2015
 43ª Edição: Outubro de 2015
 44ª Edição: Outubro de 2015
 45ª Edição: Outubro de 2015
 46ª Edição: Outubro de 2015
 47ª Edição: Outubro de 2015
 48ª Edição: Outubro de 2015
 49ª Edição: Outubro de 2015
 50ª Edição: Outubro de 2015
 51ª Edição: Outubro de 2015
 52ª Edição: Outubro de 2015
 53ª Edição: Outubro de 2015
 54ª Edição: Outubro de 2015
 55ª Edição: Outubro de 2015
 56ª Edição: Outubro de 2015
 57ª Edição: Outubro de 2015
 58ª Edição: Outubro de 2015
 59ª Edição: Outubro de 2015
 60ª Edição: Outubro de 2015
 61ª Edição: Outubro de 2015
 62ª Edição: Outubro de 2015
 63ª Edição: Outubro de 2015
 64ª Edição: Outubro de 2015
 65ª Edição: Outubro de 2015
 66ª Edição: Outubro de 2015
 67ª Edição: Outubro de 2015
 68ª Edição: Outubro de 2015
 69ª Edição: Outubro de 2015
 70ª Edição: Outubro de 2015
 71ª Edição: Outubro de 2015
 72ª Edição: Outubro de 2015
 73ª Edição: Outubro de 2015
 74ª Edição: Outubro de 2015
 75ª Edição: Outubro de 2015
 76ª Edição: Outubro de 2015
 77ª Edição: Outubro de 2015
 78ª Edição: Outubro de 2015
 79ª Edição: Outubro de 2015
 80ª Edição: Outubro de 2015
 81ª Edição: Outubro de 2015
 82ª Edição: Outubro de 2015
 83ª Edição: Outubro de 2015
 84ª Edição: Outubro de 2015
 85ª Edição: Outubro de 2015
 86ª Edição: Outubro de 2015
 87ª Edição: Outubro de 2015
 88ª Edição: Outubro de 2015
 89ª Edição: Outubro de 2015
 90ª Edição: Outubro de 2015
 91ª Edição: Outubro de 2015
 92ª Edição: Outubro de 2015
 93ª Edição: Outubro de 2015
 94ª Edição: Outubro de 2015
 95ª Edição: Outubro de 2015
 96ª Edição: Outubro de 2015
 97ª Edição: Outubro de 2015
 98ª Edição: Outubro de 2015
 99ª Edição: Outubro de 2015
 100ª Edição: Outubro de 2015

08 AGO 2019




GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E HABITAÇÃO
SECRETARIA DA FAZENDA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Boleto de Pagamento de Licenciamento 2019
Veículos Usados


ANTONIO PEREIRA FILHO
RUA TRAV MANOEL SANTANA 56
CASA
CENTRO
56850-000 FLORES PE
PCK6268 HONDA/CG 160 FAN

Carta
PÉRIODO 2019-2019 DE PE
DETRAN-PE
← CONTRAIO
Data Postagem
21/01/2019

 *Pernambuco*

08 AGO 2019





Título Social de Energia Elétrica Criado pela Lei 10.438, de 25/04/03

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. 24 de Março, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 10.825.821/0001-09 | Ins. Est. 1005943-95 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS GRACAS DA SILVA BARBOSA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MANOEL SANTANA 56 B

CPF 901.700.914-49 NIS 20818407463

CENTRO FLORES
FLORES/PE
56650-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BARRA RENDA COM FMS

CPF DO CLIENTE	TIPO DE CONSUMO	DATA DE VIGÊNCIA
071017888	UFCA	30/07/2019
DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA
24/07/2019	20/08/2019	11/04/21

UNIDADE CONSUMIDORA	PERÍODO
4005938882	07/2019
DATA DE VIGÊNCIA	DATA DE VIGÊNCIA
31/07/2019	23/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	248,40

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo de 30 kWh	30,0000000	5,39145179	1,61
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	5,44649992	3,81
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	5,68974999	6,83
Consumo Ativo superior a 220 kWh	88,0000000	5,74418054	5,06
acréscimo Bandeira AMARELA			3,79
Contrib. Sum. Pública Municipal			46,34
ICMS Subvenção CDE 487 083944177 2405/19			1,43
ICMS Subvenção Base/Recita			2,55
Multa por atraso - IP 087093780 - 22/06/19			3,70
Juros por atraso - IP 087093780 - 22/06/19			0,50
Atualização IPM/NF 087093780 - 22/06/19			0,66
Compensação CMC 08/19			-4,34
Bonus ITRF - art 21 da Lei 10.438/2003			-2,31

TOTAL DA FATURA

248,40

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
IP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	DATA	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA
000000	CAT	000000	30/07/19	40.000,00	000000	31/07/19	40.000,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE FISCALIDADE		COMPENSAÇÃO DE CONSUMO	
Mês/Ano	Consumo (kWh)	Base de Cálculo	%	Valor do ICMS	Valor do ICMS
Jul-19	373	188,87	21,00	40,21	40,21
Jun-19	325	188,87	21,00	40,21	40,21
Mai-19	288	188,87	21,00	40,21	40,21
Abr-19	258	188,87	21,00	40,21	40,21
Mar-19	238	188,87	21,00	40,21	40,21
Fev-19	218	188,87	21,00	40,21	40,21
Jan-19	198	188,87	21,00	40,21	40,21
Dez-18	178	188,87	21,00	40,21	40,21
Nov-18	158	188,87	21,00	40,21	40,21
Out-18	138	188,87	21,00	40,21	40,21
Set-18	118	188,87	21,00	40,21	40,21
Ago-18	98	188,87	21,00	40,21	40,21
Jul-18	78	188,87	21,00	40,21	40,21

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Fornecido por meio de sistema eletrônico de acesso público (Sistema de Acesso Público - SAP) em conformidade com a Lei nº 10.438/2003, a partir de 01/01/2019, o cliente deve acessar o sistema para verificar o consumo e o valor da fatura. O cliente deve acessar o sistema pelo endereço: www.celpe.com.br. O cliente deve acessar o sistema pelo endereço: www.celpe.com.br. O cliente deve acessar o sistema pelo endereço: www.celpe.com.br.

DISTRIBUIÇÃO E PREVISÃO DAS INTERFERÊNCIAS				MÉDIA DE DEMANDA			
PERÍODO	VALOR ATUAL	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO	PERÍODO	VALOR ATUAL	VALOR MÍNIMO	VALOR MÁXIMO
Jul-19	6,36	6,40	10,86	Jul-19	220	203	231
Jun-19	1,40	1,36	6,72	Jun-19			
May-19	6,36	6,17	6,80	May-19			

Fonte: CELPE 13.02 - Valor do ICMS de 21,00% do Sistema de Acesso Público - SAP 19.19

21 AGO 2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092410440028500000011458397

Número do documento: 20092410440028500000011458397



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 ANTONIO PEREIRA FILHO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 452.545.084/134, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.809.724/22

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANNAM BEATRIZ DA SILVA GOMES

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>TV. MANOEL SANTANA</u>	Número: <u>56</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>FLORES</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>TAINHADEAMELIA@HOTMAIL.COM</u>		CEP: <u>56.850-000</u>
		Tel.(DDD): <u>87.9935-5533</u>

Local e Data: FLORES-PE 05/08/2019

Antonio Pereira Filho
Assinatura do Declarante

08 AGO 2019

DLDR1.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:00

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092410440028500000011458397>

Número do documento: 20092410440028500000011458397

Num. 12109202 - Pág. 25



TRIUNFO
CADA VEZ MELHOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

044

Data e Hora: 05-06-19 07:08	Nº. Ocorrência
Nome: Maria Beatriz da Silva Gomes	Data Nascimento: 15-02-75
Profissão:	Sexo: F
End.: Camp. Habitacional - St. Brim Jesus	Doc. Ident.:
Responsável: Laegem Soares da Silva (mãe)	
End/Fone: mto 9111	
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>	
Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>	

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:
-------------------	--------	--------------

Histórico e Exame Físico:

Margem esquerda m. queros dando a hantans de ulom de nato em
poras ho mo lino Sines a dr m p' duto. Nap vimen em vnti
do Ecom CCRing ada hndatado apues restes a dno.
- DR e W m E mnt SR R2 - 17 30 Fv

Tratamento: Fck. adeno e dr m p' duto.
ho. Gculno? frctus?
Solicite hndatado do hnto tolopo

S. 56 99 259
HOSPITAL.

Impressão Diagnóstica:

Dr. Christens de Carvalho Marques
CRM-PE 22636

08 AGO 2019

Destino do Paciente	Residência <input type="checkbox"/>	Internado <input type="checkbox"/>	Transferido <input type="checkbox"/>
Removido para Hospital			

Óbito às	horas do dia
----------	--------------

Médico - Carimbo e CRM:





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM

Encaminhamento para Especialista

Unidade de Origem:

Paciente: *Ednan Soares Coutinho, 40 anos, médico de família*

Registro: *CRM 22636*

Dados Clínicos: *paciente com dor abdominal e náuseas
relatadas desde o dia 05/08/2019, com início súbito.
Não há febre, vômito ou alteração de hábitos intestinais.*

Exames Complementares Resultados: *Exame de urina: normal.
Exame de sangue: normal.
Exame de fezes: normal.
Exame de imagem: normal.*

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Adotada:

Justificativa do Encaminhamento:

Encaminhado para:

Data: *05/08/19*

Nome:

CRM: *22636*

Unidade do Especialista:

Exame Clínico:

Exames Complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

LOCAL: ☐ Na Unidade de Origem
☐ Na Unidade de Referência
☐ Outro Serviço

08 AGO 2019

Nome:

CRM:

Data:



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HREC

2 - CNES: 24281315

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HREC

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS): 819800463019061144

6 - SIS PRENATAL:

7 - SENHA/REGULAÇÃO: 93462

8 - Nº DO PRONTUÁRIO:

9 - NOME DO PACIENTE: Dr. Rodrigo de S. Soares

10 - DATA DE NASCIMENTO: 15/02/2015

11 - SEXO: Masc ☐ Fem ☒

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Nadene Lopes de Nascimento

13 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO:

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): B. Bonifácio - Casas populares -

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Tramanda

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO: PIE

17 - UF: 5618101010

18 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRICO CLÍNICO/EXAME FÍSICO: Fim de Suplementar - Holes D

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Prone + Esm. Jm + M. de

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fim de Holes D

22 - CID 10 PRINCIPAL: Fim de C. de TTT D

23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO:

24 - CID 10 SECUNDÁRIO:

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Intensiv (diagn)

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

28 - CLÍNICA:

29 - CARATER DA INTERNAÇÃO:

30 - DOCUMENTO:

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 060 + 88134 - 99

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 05/06/19

34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Marcelo Alves

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ DA SEGURADORA:

39 - Nº DO BILHETE:

40 - SÉRIE:

41 - CNAE DA EMPRESA:

42 - CBOR:

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

44 - () EMPREGO () EMPREENDEDOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO:

46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:

47 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 08 AGO 2019

48 - DOCUMENTO:

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO:

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 1464
Data 07/08/2019
Hora 12:14

PACIENTE	Nome: <u>Mr. Bradley M. Sen. G.</u> Categoria: <u>SLB</u>
	Sexo: <u>M</u> Idade: <u>67</u> Cor: <u>B</u> Estado Civil: <u>Divorciado</u>
RESPONSÁVEL	Naturalidade: <u>Tramanda - PE</u> Profissão: <u>Engenheiro</u>
	Endereço: <u>R. Manoel Gomes da Silva, 100 - Imbuí - PE</u>
RESPONSÁVEL	Pessoa de Quem Depende: <u>Benedita Lopes de Menezes</u> Parentesco: <u>Mãe</u>
	Endereço: <u>R. Manoel Gomes da Silva, 100 - Imbuí - PE</u>
Internado por Ordem de _____ Ass. Médico - CRM _____	
<input type="checkbox"/> Clínico <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgico <input type="checkbox"/> Hora do Atendimento Médico _____ Pressão Arterial _____ MX _____ MN _____ Pulso _____ BPM Temperatura _____ °C Peso _____ Queixa Principal: <u>Fato - 10 dias</u>	
ATENÇÃO MÉDICA	História da Doença Atual: <u>Parto a termo a termo - 10 dias</u>
	<u>trans (Atropelamento) - 10 dias - 10 dias</u>
	<u>10 dias</u>

10.533.500/2019-22
HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE IMBUÍ
Av. Manoel Gomes da Silva, 100 - Imbuí - PE
CEP: 55.000-000 - Imbuí - PE

08 AGO 2019



UNIDADE

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente

Mr. Brading de S. G. G.

N.º do Registro

Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico

Asbudo + Larynx + Sutura

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos

pt - PAIS e 5 auster. Inicial de

- Asbudo + Larynx a SP, a
- Sutura de pele e carne
- Carne
- pele suspensa

11.553.200219.25
HOSPITAL DE CIRURGIA
Av. Amador de Aguiar, 100 - 5.º andar - PE
CEP: 55.070-000 - Av. da Ingazeira - PE

08 AGO 2019

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Cirurgião

Dr. Marcelo Alves
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
CRM-PE 7381 | CREMER-PE

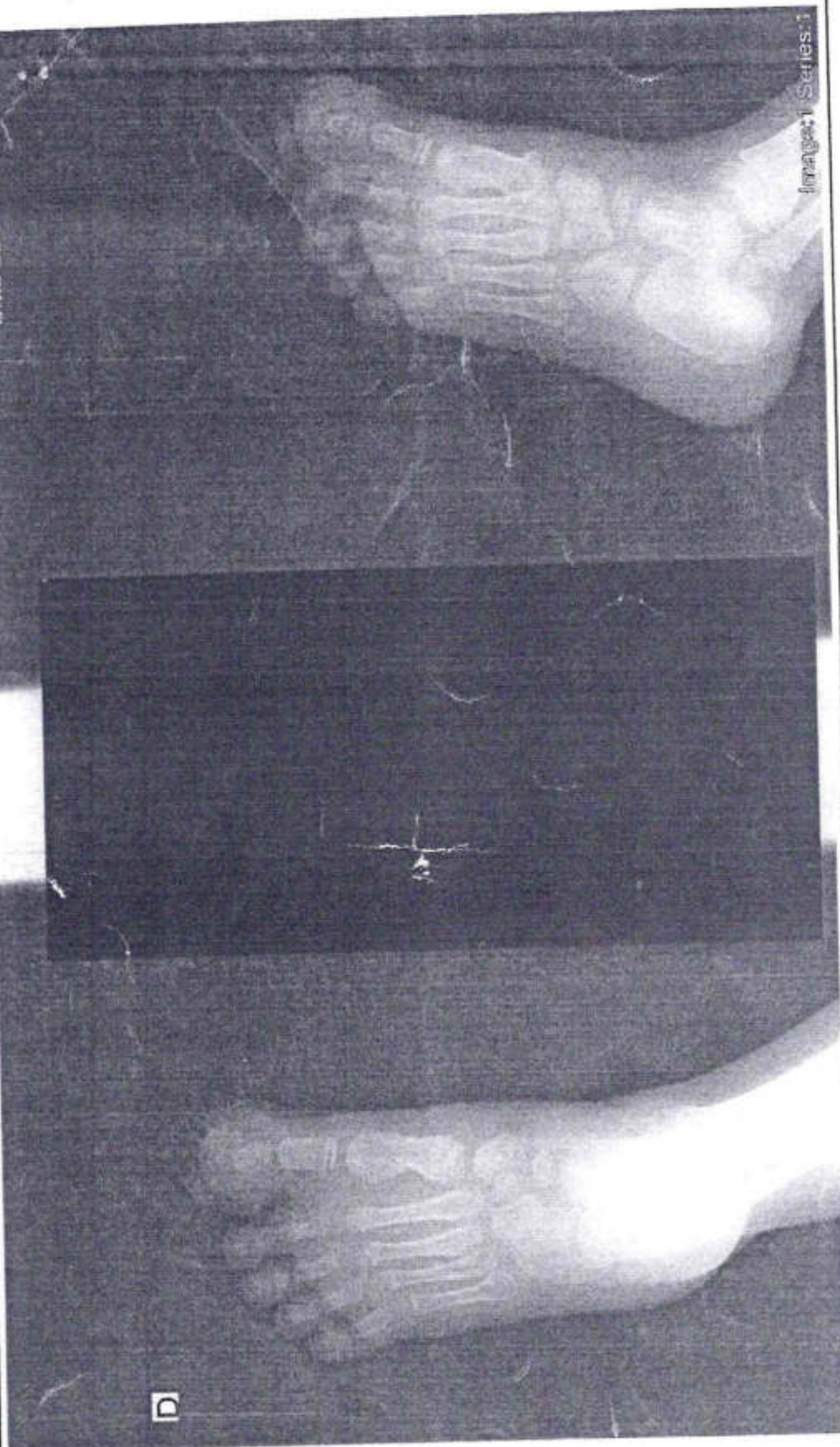
Licença 107 2617-1002 19015-1320



PatientID: 2019060512230
Name: ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

Sex: Feminino
BirthDate: 15.02.2015
Age: 4a.

Data do estudo: 05.06.2019



08 AGO 2019



HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CAMARA
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

GOVERNO DE
Pernambuco

ATESTADO MÉDICO

Atesto que:

Ana Beatriz Bonet Gle

Profissão:

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

- ☐ Afastar-se do trabalho por _____ dias
- ☒ Afastar-se das aulas por 30 dias
- ☐ Afastar-se da Educação Física por _____ dias
- ☐ É portador de deficiência física permanente incapacidade para sua atividade
- ☐ Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença*
- ☐ Acompanhante do paciente _____

* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.

Serão informados diagnósticos, o C.I.D. 10, e o tempo previsto na recuperação.

Fica a critério do Médico Perito, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico:

Procedimento:

CID 10

Afogados da Ingazeira

19 de 05 de 2019

Dr. André Santa Peixoto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 18426

08 AGO 2019



Hospital Regional Emília Câmara

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PERNAMBUCO
RECEITUÁRIO

GOVERNO DE
Pernambuco

Nome:

Endereço:

SS:
Morce retina p/
Kds

Dr. André Pinto Peixoto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 9426

Data:

Médico CRM

08 AGO 2019



ANT BEATRIZ

Pro Rmsuamento

de

ORÇAMENTO

CLC

15 DIA


Dr. Leonardo A. Lima
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PC 22498

06/08/19

08 AGO 2019



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

MATRÍCULA:
1311930155 2015 1 00068 130 0015708 47

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Quinze de Fevereiro de Dois Mil e Quinze

DIA MÊS ANO

15 2 2015

HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

06:55 Serra Talhada - PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF

Triunfo - PE

LOCAL DE NASCIMENTO

HOSPITAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHAES

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

LIEGEN LOPES DA SILVA e JOSÉ RONALDO GOMES DA SILVA

AVÓS

MARIA DO SOCORRO LIMA DA SILVA e MANOEL LOPES DA SILVA

FRANCISCA GOMES DA SILVA

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Dez de Março de Dois Mil e Quinze

NÚMERO DA DNV

30642171060

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

ATO GRATUITO.

Cartório do Registro Civil de Triunfo

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Triunfo, 10 de março de 2015

TRIUNFO

RUA CEL MONTEIRO, 72 - CEP: 56.870-000 - Centro - Triunfo - PE



O conteúdo deste documento foi assinado digitalmente pelo Oficial do Registro Civil.

Para verificar a sua autenticidade acesse o site abaixo:

<https://www.programamiracertidao.pe.gov.br/verificacao/certidao.jsp>

Informe o código: 094F7A00-05C3-427E-BD53-1E2D3FC2D9A0

Data da Assinatura:

10/03/2015 15:18:18

08 AGO 2019



you também está obrigado a us-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não  eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricitdade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda as recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conhea sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predisoem a acidentes pela distração.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Oses, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrific-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conhea o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de us-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



00045

Série

78034

Número

Assinatura do Portador

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *José Romelo Soares da Silva*
Loc. Nasc. *Brasília - DF* Est. *DF* Data *22/08/53*
Filiação *Estado Civil*
Doc. N *2.244.444-2*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em *1/1/53* Doc. Ident. N *1*
Exp. em *1/1/53* Estado *DF*
Obs.: *Assinatura do Funcionário*
Data Emissão *18/02/53* DRT *2676242*

Assinatura do Portador
Marcos Vinícius Pereira de Lima
IDENT. 2676242

ALTERAOES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
Doc.
Nome
Doc.
Nome
Doc.
Est. Civil
Doc.
Est. Civil
Doc.
Nascimento
Doc.

08-AGO-2019





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **064.809.724-22**

Nome: **JOSE RONALDO GOMES DA SILVA**

Data de Nascimento: **12/08/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **31/01/2004**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:13:25** do dia **08/08/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **3BB5.5A21.ED13.7D14**



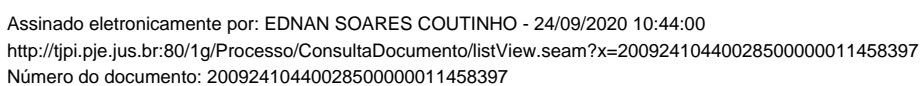
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

08 AGO 2019

08/08/2019 11:13



08 AGO 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610

Cidade: Triunfo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

Data do acidente: 05/06/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA DE TECIDO DO PÉ, DOR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO HÁLUX E APRESENTA DISCRETA MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: APRESENTA LIMITAÇÃO PARA A MOBILIDADE E DOR A PALPAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE HÁLUX E METATARSO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: **4 ANOS

*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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



OUTORGADO:

PODERES: peid

Local e data: FLORES-PE 05/08/2019

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



Reconheço Por Autenticidade e firma de JOSÉ RONALDO GOMES DA SILVA, em 06/07/2019 a
 dou 18. Em text. *Ass* de verdade. Substitua: EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA. E-mail
 3/1. TERNR.00. FERC: 0.40. Total:4,79. Selo:0073841FECON20190600181.



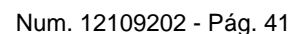
Edson de Moraes da Souza
Substituto

Substituted

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

10



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270718/19

Número do Sinistro: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

CPF: 064.809.724-22

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/06/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

Comprovante de residência

ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES : 064.809.724-22

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

ANTONIO PEREIRA FILHO

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



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:	16/09/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	675,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02739-1

CONTA: 000000021527-9

Nr. da Autenticação 58FF0D87B0C16D43



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 - 24/09/2020 10:44:01

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092410440087000000011458408>

Número do documento: 20092410440087000000011458408



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,



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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: 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 relacionada ao beneficiário)

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)

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/09/2020 10:44:01

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092410440087000000011458408>

Número do documento: 20092410440087000000011458408

Num. 12109214 - Pág. 11

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: 1449 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
interne

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) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS,
C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES.
D) GLASGOW 15 PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE
E) LESÃO EM HÁLUX DIREITO, EM JOELHO ESQUERDO E RM LÁBIO SUPERIOR.

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

Diagnóstico Inicial:

? Trauma bilateral de condilo + Sinfise de mandíbula

CID:
502.6

Exames Complementares:

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

Prescrição Médica:

Dr. Aline Sousa
Esp. Cirurgia e Traumatologia
Doc. Médico Federal
CRO-PI 4254

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 27157474000306 - 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		
05-2019	Medida	00	13	1 Residencial - Normal	
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	VALOR
ANterior 17/09/2019	1389	13	48,81
ATual 17/10/2019	1389		0,00

TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA	
RESIDENCIAL	DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (N)	VALOR REFERENTE AGUA - 47,80		
0 1,0 3,0000 00	> Residencial-Normal	13,0 m3	47,80
10 25 5,7120 00	JUROS POR ATRASO	001/001	0,05
25 999999 9,8610 00	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 DESCONFORMIDADE	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 DESCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ESCOLHIDA COLI	1275	1275	0	Ausencia	Ausente
	1275	1275	0	Ausencia	Ausente

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



0451869-

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Contrib. Energia Elétrica - Série B-1
Registro Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ/PI

Nº da Nota Fiscal 029074335

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

CONTÁBILIS	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 LEITURA	
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:	30

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

HISTÓRICO		RESCATE DO BICHO	
Mês/ano consumo			
SET/19	368	CONSUMO 394 A R\$ 0,944936 =	372,30
AGO/19	285	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTP)	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\$ 1.24 - R\$ 6.957,18

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabens! Até o dia 23/10/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

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

COMPOSIÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO		VALOR DA CONTRIBUIÇÃO	
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:	1,40%
Tributos:	121,98	Valor do COFINS:	6,49%
			17,64

DRE - Anexo 1 - Consolidado - 2019								
	DRE			L.R.			D.M.	P.L.
	Margem	Transfere	Recor	Margem	Descentral	Recor		
1.1 -	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Reservado	0,00			0,00			0,00	
Composto	LISESINA MACAIEIRA			Reservado			0,00	0,00

Compositor: TERESINA MACALEM

Received	28/2/2019	Accepted	30/2/2019
----------	-----------	----------	-----------



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 nº9.613/98.

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)

Imp: 29/09/2019 17:36:28
(User: ANTONINO MOITA)
(Estação: CONSULPAD3)

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
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



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

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ 4 HORAS. RELATA USO DE CAPACETE E DOR. APRESENTANDO LIMITAÇÃO DE ABERTURA DA BOCA. NENHOS 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 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
CRM 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

Neurop. B:3h

Acidado, em dor, ERM
Tdo arco em evolução de herpes
infecção de pele de corpo
liberado do nuca

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	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fx de condila bilateral</i>					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		
EFEITOS						
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO 1 2 3 <i>Sec</i> <i>Drum</i>				TOTAL DE DOSES
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 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						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS		<i>Anestesia Geral Balançada</i>				
OPERAÇÕES		<i>Chirurgia Fx condila bilateral</i>				
CIRURGIÕES		<i>Salomão / Ingo</i>				
ANESTESISTAS		<i>Dr. Lúcio Gonçalves Graça</i> MÉDICO CRM-PA 4538				
PARITICULARIDADES						
INCIDENTE - ACIDENTE						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						

- SEQUÊNCIA
- 1 - Anestesia Geral
 - 2 - Anestesia Geral
 - 3 - Anestesia Geral
 - 4 - Anestesia Geral
 - 5 - Anestesia Geral
 - 6 - Anestesia Geral
 - 7 - Anestesia Geral
 - 8 - Anestesia Geral
 - 9 - Anestesia Geral
 - 10 - Anestesia Geral
 - 11 - Anestesia Geral
 - 12 - Anestesia Geral
 - 13 - Anestesia Geral
 - 14 - Anestesia Geral
 - 15 - Anestesia Geral
- DURAÇÃO
- INCIDENTE - ACIDENTE
- CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS



FUNDAÇÃO 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 REGULAÇÃO DE TERESINA - Transporte, para realizar o transporte do referido paciente.

Motivo do Chamado:

AVALIAÇÃO CLÍNICA/EXAME - HOSPITAL

Estabelecimento de Origem:

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR

Estabelecimento de Destino:

HOSPITAL DE URGÊNCIA 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 MANDÍBULA? PROCEDO COM SUTURA + SOLICITOR REGULAÇÃO HUT PARA TC DE FACE.

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DO CRANIO OU DOS OSSOS DA FACE PARTE NAO ESPECIFICADA

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x80(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 80bpm **SATURAÇÃO:** 99% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 15rpm

GLICEMIA: **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:** 15 **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 29/09/2019 14:09:38

Dr. Ednan Soares Coutinho
Médico
CRM 7148

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
--	--	--

Nome: EDINALDO MACHADO SANTOS				
End. Resid.: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM				
Cidade: TERESINA - PI			CEP: 64000-010	
Sexo:	Nascimento:	Idade:	Estado Civil:	Profissão:
Masculino	26/12/1967	51a9m3d	União Estável	DESEMPREGADO

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)

[illegible]

Data: / /

Ass. Médico ~~Solo~~ ^{Grande}

Auditor

Date: / /

Assinatura - CPF



SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Prontuário:

524288

Internação:

248534

Nome: **EDINALDO MACHADO SANTOS**

End. Resid.: RUA SAO JOSE 1419 - ANGELIM

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo:

Masculino

Nascimento:

26/12/1967

Idade:

51a9m3d

Estado Civil:

União Estável

Profissão:

DESEMPREGADO

Internação

Alta

Permanência

Data

Hora

Data

Hora

29/09/2019

19:57

___/___/___

__:__

Diagnósticos:

Cod. CID:

CID Principal:

Fratura bilateral de condilo

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)
+ maxilar

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: Renê Samara
COREN 284363

Rua Cito Táv. 1400, Bairro Pindamon-
Teresina-PI CEP 64010-775.
CNPJ nº 07.577.295/0008-05

66 3229 - 4247

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		Dt. Nasc.: 26/12/1967		Clínica: SALA VERDE		Prescrição Médica No.: 67491 - Em: (29/09/20)	
Prontuário: 524288		Via: EV		Recons: 24/24h		Enfermaria: Leito: Médico Assistente:	
Descrição-Apresentação/Observação:		Dose: 1,00		Unid.: Frasco		Alergias:	

Seq.	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose	Unid.	Via	Int.	Recons	Dil.	Vol.	Horários	Relatório de Enfermagem
1	ORAL TIPO LÍQUIDA PASTOSA, Cloreto de Sódio 0,9% (Soro Fisiológico) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	24/24h					29/09. Aberto PA: 14
2	CEFALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ.	2,00	Frasco	EV	6/6h					
3	DEXAMETASONA 4MG/ML, INJ. 2,5ML	1,00	Ampola	EV	12/12h					
4	DIPYRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML	1,00	Ampola	EV	6/6h					
5	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	1,00	Ampola	EV	8/8h					
6	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. Em caso de vômito	1,00	Ampola	EV	8/8h					
7	LOSARTANA POTÁSSICA 50MG	1,00	Comprim	Oral	12/12h					

SSV + COSG DE 6/6RS
BOCHECHO COM CLOREXIDINA 0,12%, 2X AO DIA, 15ml de solução em cada bochecho.

Observações Gerais:

Sutura em região de lábio.

Dr. Marco Góffino
Esp. Cirurgia e Urologia
Bacharelado em Medicina
CRP-PI 4448

Dr. Alene Sousa
Esp. Cirurgia e Urologia
Bacharelado em Medicina
CRP-PI 4254

Dr. Alene Sousa
Esp. Cirurgia e Urologia
Bacharelado em Medicina
CRP-PI 4254





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

[illegible]

Alto Hospital





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>	Anestesiista <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 com decúbito dorsal sob efeito de anestesia geral
Antesepia + infiltração local com lidocaína com adrenalina
Acesso retromandibular bilateral + diámbios + redução condilar + fixa-
ção de placa 2.0 bilateral.
Sutura com vicryl 4.0 e nylon 5.0
Cuidativo.

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

Mod. 76 HUT





86 3305 6005
comercial@medicallifehospitalar.com
www.medicallifehospitalar.com
Av. Odilon Araújo, 475 - Piquara,
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

Procedimiento realizado:

Código de compatibilidade: 0702 050487

Nome do Médico/CRM/CRO: La Solomaz

Data da utilização do material: 30/09/19

Convênio:

Local:



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	 2219101436178000010053001000027698108158333 Protocolo / Data Hora de Autorização 322190014845803 - 08/10/2019 16:58:24
--	--	--

Natureza da Operação: Venda de mercadorias adquiridas terceiros			
Inscrição Estadual 194936333	Insc.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 027698/01 R\$ 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		<input type="checkbox"/>					
Endereço	Município	UF	Quantidade	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto / Peso Lq.

Cod.	Descrição do Produto	NCM	CST	CFOP	Unid.	Quant.	Vlr.Unit.	Vlr. Total	BC.ICMS	Vlr.IPI	Al. ICMS	Al. IPI
	PLACA DE RECONTOURNO 3,0 MM (CH) DE PARAFUSOS) TRILMEC SUSTAP. 010005482 LIT. 10380 FMS. 3339/0015. NRE 31/11/1999. TMS. Acme. Fornecedor R\$ 30,39 e 31,84 e 31,84 - Fonte 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.Ao 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): 0404020500 - 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		

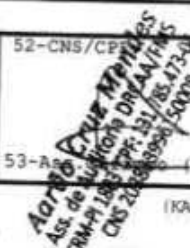
38-Profissional Responsável: ONIO HENRIQUE BORGES FERRO	40-Tp. Documento: CPF	 41-Ass. de Dr. Salomão Cury-Rod Oka Cirurgião Plástico Especialista Implantista Otorrinolaringologista CRM-PB 9847 (CRM)
39-Data Solicitação: 30/09/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 762.415.643-15	

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: 131183-473-4
		53-Ass. de Dr. Karla Batista Ass. de Avaliação de Qualidade CRM-PB 18837 (Rg.Conselho) CNS 202889950150008 (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

ESCALA DOR ALTA

TOTAL				
ASS.				

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasogástrica
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 complexa de mandíbula causante, orientada, respiração normotensa, apnéia, sem queixas.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

Amanda Gomes Vale Avelino
ANESTESIOLOGISTA
CRM/PA 4981

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

Posso ir

() () () () 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:	Frat - 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.				Crispim → 02			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Lâmina 15 → 01			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 5-0		02		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: Glau.			
VICRYL							
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 URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE EDINALDO MACHADO SANTOS	NASCIMENTO 26/12/1967	SEXO M	PRONTUÁRIO 524288
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARIA JOSE MACHADO SANTOS	RESPONSÁVEL FERNADO 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 SÍNFISE (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))

CARÁTER
URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO
29/09/2019

ANTONIO HENRIQUE BORGES FERRO
CPF: 76341564315 CRM:

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: FERNADO DOUGLAS ALVES DA SILVA	14-Cor: Sem Informação
15-End: 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 Profissional Solicitante: Antonio Cruz Rod Oka Impressão digital CRM PI 1847

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	48-Documento:	49-Num. Documento:
() CNS () CPF		50-Assinatura Profissional Autorizador: Antonio Cruz Rod Oka Impressão digital CRM PI 1847	51-Assinatura Paciente ou Responsável: Antonio Cruz Rod Oka Impressão digital CRM PI 1847

**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

T.C. DE CRANIO

Data Exame: 29/09/2019

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

RELATÓRIO:

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO NORMAL.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 29/09/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 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







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

CONTRAN

DETTRAN - PI 9020170540877 Nº 013937241310
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 569866014 GOB. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

EDINALDO MACHADO SANTOS

CPF / CNPJ 78660700325 CHASSI 9C2JC4120DR532738 PLACA OUV-9866

PLACA ANT / UF: -

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MENHILHA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

CAP / POT / CIL 002P/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º IPVA 2º 3º PAGO

P V FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) JOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

SEM RESTRICOES

TERESINA DATA 30/5/2019

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: EDNALDO MACHADO SANTOS
MANTOUEIRO LUIZ ELIENAI - PI

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

PI Nº 013937241310 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 78660700325 CPF / CNPJ EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 30/5/2019 PLACA OUV-9866

RENAVAM 569866014 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB 2013 CAL TARE 09 Nº CHASSI 9C2JC4120DR532738

PREMIO TARIFARIO DENATRAN (R\$) 4,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,04

FAB (R\$) 4,00 JOF (R\$) 0,32 CUSTO DO BILHETE (R\$) 84,58

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 TOTAL A SER PAGADO (R\$) 28/05/2019


X COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO

SEGURADORA LIDER - 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

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



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>1.050.299</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>1419</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: TERESINA 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/postalestra.
Jessica Aline de Menezes Silva - ESCRIVENTE 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
JESSICA ALINE DE MENEZES SILVA
Escritura



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473092/19

Vítima: EDINALDO MACHADO SANTOS

CPF: 786.607.003-25

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 29/09/2019

Titular do CPF: EDINALDO MACHADO SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

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

EDINALDO MACHADO SANTOS : 786.607.003-25

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

