

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05811-4

CONTA: 000000001102-9

---

Nr. Autenticação

BRADESCO22082017050000000002370581100000001102675000 PAGO

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2017

Carta n°: 11535017

A/C: FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS

Sinistro: 3170145619 ASL-0099819/17  
Vitima: FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS  
Data Acidente: 21/08/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ANTONIO DA SILVA BARROS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 237

Agência: 000005811-4

Conta: 000000001102-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.750,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170145619      **Cidade:** União      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 21/08/2016      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo cráneo encefálico (TC: hematoma subdural).

**Descrição do exame** Sem déficit motor. Paciente se manifestou pouco durante a realização da perícia apresentando-se apático, hipotensão.  
**médico pericial:** Há relato segundo laudo do neurologista de deficit cognitivo e agressividade eventual

**Resultados terapêuticos:** Realizou tratamento conservador do Traumatismo craniano

**Sequelas permanentes:** Dano cognitivo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/08/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Bergiel Barbosa Bezerra

**CRM do médico:** 3909

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
		<b>Total</b>	<b>50 %</b>	<b>R\$ 6.750,00</b>

## PRESTADOR

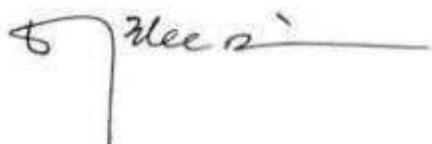
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS** Sinistro: **3170145619** Data: **21/08/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **R ONZE DE JUNHO, 1340 - CENTRO - União - PI - CEP 64120-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp /PI** ] **590053**

Data local do exame: [ **17/08/2017** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **Traumatismo crânio encefálico (TC: hematoma subdural). Sem déficit motor. Paciente se manifestou pouco durante a realização da perícia apresentando-se apático, hipotenzaz. Há relato segundo laudo do neurologista de deficit cognitivo e agressividade eventual**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **Realizou tratamento conservador do Traumatismo craniano**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Dano cognitivo**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Dano cognitivo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( **X** ) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Bergiel Barbosa Bezerra  
CRM: 3909  
MÉDICO

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2017

Carta nº: 10883386

A/C: FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS

**Sinistro:** 3170145619 ASL-0099819/17  
**Vítima:** FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 21/08/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANTONIO DA SILVA BARROS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PF



IA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, Francisco Almeida dos Santos

PORTADOR(A) DO RG Nº 590.053

EXPEDIDO POR SSP-PIAUÍ EM 27/08/182 E

CPF 244.463.032-49 /CNPJ 00000000-0000-0000-0000-000000000000, PROFISSÃO autônomo E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Almeida dos Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

**PARA CRÉDITO EM CONTA POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)**

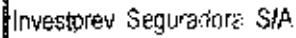
Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5211-4 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1102-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

União - RJ, 30 de Dezembro de 2016

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

 Investprev Seguradora S/A

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodetransito.com.br](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CNPJ: 42.366.302/0001-28



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 107500.000259/2017-61

Unidade de Registro: 20º DP - UNIÃO

Resp. pelo Registro: Roberto Carlos Gomes Da Silva

Data/Hora: 07/02/2017 - 11:24

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

20º DP - UNIÃO

21/08/2016 - 16:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

OUTROS - ZONA RURAL

UNIÃO

Endereço

PI 122, LOCALIDADE MORRO DOS PIRES., N°:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

RG: 590055 SSP PI

Mae: MARIA PIRES DE ALMEIDA SANTOS

Pai: FRANCISCO VAZ DOS SANTOS

Endereço: RUA 11 DE JUNHO, N° 1340

Bairro: SÃO SEBASTIÃO

Cidade: UNIÃO

Telefone(s): 86-9609-7237

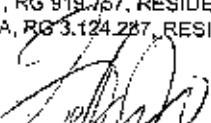
NATUREZA DA OCORRÊNCIA

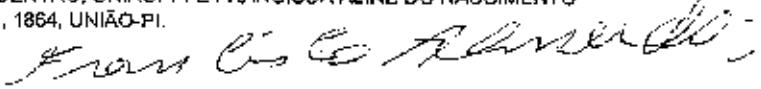
Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE NA DATA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS, PILOTEAVA A MOTOCICLETA YAMAHA FACTOR YBR 125 K, COR PRETA, PLACA: NIQ-1867, CHASSIS: 9C8KE1520B0015042, RENAVAM: 268259291, DE PROPRIEDADE DE MARIA DO CARMO MACHADO DE ASSUNÇÃO, CPF: 151.373.763-53, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E SOFREU UMA QUEDA QUE LHE CAUSOU VÁRIAS LESÕES NA CABEÇA, QUE O ACIDENTE FOI TESTEMUNHADO POR: CARLOS DA SILVA FRANÇA, RG: 919.757, RESIDENTE NA RUA 11 DE JUNHO, 1340, CENTRO, UNIÃO-PI E FRANCISCA ALINE DO NASCIMENTO BARBOSA, RG: 3.124.287, RESIDENTE NA RUA 15 DE NOVEMBRO, 1864, UNIÃO-PI.

  
Roberto Carlos Gomes Da Silva - Mat. 1084658  
AGENTE DE POLÍCIA

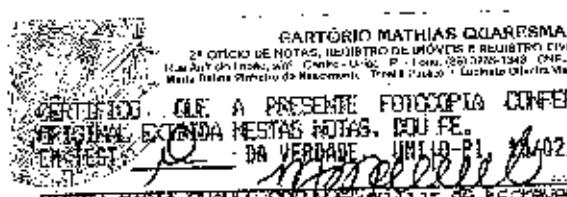
  
FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS - Noticiante  
Responsável pela Informação

~~Ferdinando Martins Araújo  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. 2698447  
Delegado de Polícia~~



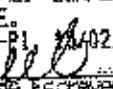
COMARCA DE UNIÃO  
CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA  
SEGUIMENTO  
WIRELESS  
Nº 014036  
Série 185

Boletim de Ocorrência emitido em: 07/02/2017 11:43 - SisBO@2011-2017 ATI



CARTÓRIO MATHIAS QUARESMA

21 Ofício de Notas, INQUÍSTOR DE PROVÍNCIA E REGISTRO CIVIL DE UNIÃO PI  
Mae: Maria das Graças de Oliveira, Nasc.: 06/01/1948, CNE: 11.312.472-001-02  
Mae: Maria das Graças de Oliveira, Nasc.: 06/01/1948, CNE: 11.312.472-001-02

CERTIFICO DE QUE A PRESENTE FOTOCOPIA CONFERE COM A  
ORIGINAL EXPANDA NESTAS NOTAS. SOU PE. 

DATA: 07/02/2017 HORA: 11:43

VALOR: R\$ 0,20 TJO: 0,44 Selos: 0,25 Total: 2,67 Selos: 0,25 TJO: 0,44

1124 v. 1.0





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francisco Almeida dos Santos, portador da carteira de identidade nº 590.053 e inscrito no CPF/MF sob o nº 244.965.132-49, residente e domiciliado na Rua 11 de Julho, Cidade URUGUAIANA, Estado PARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Francisco Almeida dos Santos

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Uruguaiana, 30 de dezembro de 2016

Local e data





**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Fernando Almeida nos sumos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 183453

**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".





**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: <b>FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS</b>		Prontuário: <b>183953</b>
Mae: <b>MARIA PIRES DE ALMEIDA SANTOS</b>	Pai: <b>FRANCISCO VAZ DOS SANTOS</b>	
End.Resid.: <b>RUA 11 DE JUNHO N 1340 - SAO SEBASTIÃO - UNIAO - PI - CEP: 64120-000</b>		
<u>Nascimento:</u> <b>04/02/1964</b>	<u>Idade:</u> <b>52a:6m:17d</b>	<u>Sexo:</u> <b>Masculino</b> <u>Fone:</u> <b>86-99428-1146</b>
<u>Responsável:</u> <b>MARILENE MACHADO</b>		<u>CNS:</u> <b>704500105259723</b>
<u>Profissão:</u> <b>LAVRADOR</b>		<u>Documento:</u> <b>RG: 79111 - SSPI</b>
<u>G. Instrução:</u> <b>Fundamental Incompleto</b>		<u>E.Civil:</u> <b>Comunhão</b>
<u>End. profissional:</u> <b></b>		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código: 564340	Data: 21/08/2016 19:08:00	Condução: ABUSO DE DROGAS NO TRÂNSITO	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S J S	
Acid. Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Típico: Não	CID Secundário: V299

#### PROJOS DA CLASSIFICACAO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma:</u> AGRESSÃO	<u>Evento Principal:</u> Hemorragia menor incontrolável	<u>Destino:</u> CIRURGIÃO CEFAL	<u>Classificação:</u> Amarelo
		<u>Profissional Clas. Risco:</u> Profissional Clas. Risco:	
<u>Breve História:</u> PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NA APROXIMADAMENTE 3 HORAS DE MIR, ATENDEU AOS PRIMEIROS SINTOMAS A DIRETIVA, ESCORRÊNCIAS EM MIO E FACE, REFERIA DO TORCO, MIGRA		<u>medicolo</u> MARIA DAS GRACAS DE MELO SOUSA CORR - 327093 Em: 21/08/2015 19:22:36	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Presente en la noche de 10  
hr a 3 h en Otonapa Vega sur. El  
conserv. Rep. de 162  
No. 62

DR. ZENON ROCHA *Paints of Glasgow 15 exposures*  
GRAFIA COMPUTADORIZADA *Albums, Kitchener e poly*

PA: 120/80 mmHg PULSO: 80 FC: 80 bpm TEPERATURA: 37.0°C

MEXICO Luis Perez, 63

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES: EXAME V.C. abd. tot.

em ① São Paulo - 1000 e 60 Abertura LAUDO PROVISÓRIO

⑨ robin in tree, etc. etc. + the house INVESTIGATE

13 [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)

Page 2 of 2017

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: *3º Piso 0003*

3930-0012/9068  
0001  
GPO  
1970  
GPO

DATA: / / HORA: : : CELESTIAL POSITION: CHART USED: TIME OF OBSERVATION: CLIPPER USED:

Assinatura Paciente ou Responsável Assinatura - Profissional Médico



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-01

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

1º PARECER  
Data: 21/08/2016 19:08:00  
CNPJ: 05.522.917/0022-01

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO ALMEIDA DOS SANTOS		Prontuário: 183953
Mãe: MARIA PIRES DE ALMEIDA SANTOS	Pai: FRANCISCO VAZ DOS SANTOS	
End. Resid.: RUA 11 DE JUNHO N 1340 - SAC SEBASTIAO - UNIAO - PI - CEP: 64120-000		
Nascimento: 04/02/1964	Idade: 52a:6m:17d	Sexo: Masculino Fone: 86-99428-1146
Responsável: MARILENE MACHADO	CNS: 704600100259723	
Profissão: LAVRADOR	Documento: RG: 79111 - SSPI	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Comcubinato	
End. Local.: - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 564340	Data: 21/08/2016 19:08:00	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOS)	Convênio: S 0 S	

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / / : : : : ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>TC Anzg jd vs ee O Abt. En jd CO Alt Anzg Gênero jd</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : : : : <i>21/08/16 21:00</i>	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 21/08/16 21:00 ESPECIALISTA: NCR	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <i>TC G Galago 14 TC fach. contusão + HSXA, Nervos + Drenagem CO: Cels.</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : : : : <i>21/08/16 21:00</i>	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

**INVESTIGADO**  
13 MAR 2017