



Número: **0800437-54.2020.8.18.0026**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Campo Maior**

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MANOEL SILVA DE SOUSA (AUTOR)		ERASMO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10632902	06/07/2020 12:07	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR
CONTORNO,
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564000642
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0237253
Data: 14/04/2019
Funcionário: MSARAIVA

Registro: 32128
Hora: 20:26:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha **108**

SUS

MANOEL SILVA DE SOUSA

Nasc.: 25/01/1990 Idade: 29 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS Profissão: LAVRADOR
End.: LOC EXTREMAS, 0 - Bairro: ZONA RURAL
Cor: PARDA Telefone: (86) 9817-57993 Mãe: MARIA RIBEIRO DÁ SILVA-SOUSA

CPF: - RG: 3087794 - SUS: 702801657009.

Civil: CEP: 64285-000
Cidade: SIGEFREDO PACHECO/PI
Pai: JOAO MATIAS DE SOUSA

Clinica: **CLINICA MEDICA**

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

*paciente vítima de acidente de motocicleta.
- vítima, sexo M, idade, 29 anos, 3 meses, 20 dias.
- julgado por - de trauma e colun cervical, dor
dorso.*

Hora: ____:____:____
☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

- 1) # OP: 2000-1 20/04/2019
- 2) Exame físico - trauma e colun cervical
- 3) Exame físico - 04/04/2019
- 4) Exame físico - 04/04/2019

Ob. 20:10 170/80 FC 72 bpm.

Hora: 20:33:47

Anotações da Classificação de Risco

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urge

Queixa/História: PAC. VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA COM TRAUMA NA CABEÇA, ESCORIAÇÕES MULTIPLAS PELO CORPO

Alergias: DESCONHECE.

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg 130/80
FC: 0 bpm

TAX: 0%

Glicemia: 0 mg/dl

FR: 0 mrpm

Peso: 0 kg

SAT O2: 0

ECG: 0

Dor:

Observação:

Conduta: AO CLÍNICO GERAL.

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

64196 - JOSE EDINO MONTE ARAUJO
Enfermeiro Responsável

5200 - FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
Médico Responsável

MANOEL SILVA DE SOUSA
Médico Responsável

P 72

SpO₂ 97% de ambiente

PA 130 x 80 mmHg

intubado na E. Fed. eucetico
compressão.

Kássia Andrade e Silva
Enfermeira
COREN-PI 336.765

72 - Entubado na H.Y. consciente,
orientado, responde, pupilas iso-
coras e foto-reflexos, eufórico, MP
pale em m.m. Apresenta hematoma
P 74, SpO₂ 96% de ambiente, PA 130 x 80 mmHg.

Kássia Andrade e Silva
Enfermeira
COREN-PI 336.765





NOME DO PACIENTE: Marcel Silva de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 508424

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".

Joana Lúcia Mendes de Menezes
Médica
SAME - HUT
CONFERE COM ORIGINAL





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 ZCH
Cin Geral

Imp: 15/04/2019 00:22:18
User: ANTONINO MOITA
(Detecção: CONSULTA)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MANOEL SILVA DE SOUSA	Prontuário:	508424
Mãe:	MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA	Pai:	JOAO MATIAS DE SOUSA
End.Resid.:	EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI - CEP: 64285-000		
Nascimento:	25/02/1990	Idade:	29a1m18d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-98112-1650
Responsável:	ANA LUCIA MOREIRA MELO	CNS:	702801657049764
Profissão:	LAVRADOR	Documento:	RG: 3087794 - SSP PI
G. Instrução:	Não informado	E.Civil:	União Estável

DADOS DO ATENDIMENTO:

Sigla:	717036	Entrada:	14/04/2019 23:57:51	Convênio:	S U S	Proced:	0301060061
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)						
Condução:	AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
Breve História Clas. Risco:	HUT DR. ZENON ROCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA EXAME: Crânio + Tx + Ab + Pelv DATA: 15/4/19 às 00:21 TECNÓLOGO	Indefinido

SGVY: (Hora: :)

Peso: 7,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m² Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTO-CARRO), ACERCA DE 6 HORAS, SEM USO CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, APRESENTA OTORRAGIA ESQUERDA.

- A) VIAS AERÉAS PERVIAS, FÁSICA SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 61 BPM, SATO2: 97%
- C) RR, 2t, BNF, S3. PÉLVIS ESTÁVEL E ABDOME INOCENTE
- D) PUPILAS ISOCÓRICAS FOTOREAGENTES
- E) COGNATIVO

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

- (1195124) - T.C. DE CRÂNIO
- (1195125) - T.C. DE TORAX
- (1195126) - T.C. DE PÉLVIS

Prescrição Médica:

SF 0,9% 500ML, EV, EMV
DIPIRONA 500MG - 1 AMP + AD, EV, AGORA
TILATIL - 1 AMP, EV, AGORA

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)


DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 15/04/2019 00:22:17



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 196540	
	AIIH: 2219100281277	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HU7	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HU7	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE MANOEL SILVA DE SOUSA	NASCIMENTO 25/02/1990	SEXO M	PRONTUÁRIO 508424
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA	RESPONSÁVEL ANA LUCIA MOREIRA MELLO
CEP 64285000	ENDEREÇO - LOGRADOURO EXTREMA			NÚMERO / LOTE S/N
BAIRRO ZONA RURAL	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO SIEGFRIDO PACHECO	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTORILÍNGO SEM USO DE CAPACETE, APRESENTANDO OTORRAGIA ESQUERDA COM QUEIXA DE CEFALÉIA ASSOCIADO À TONTURA. EM TC DE CRÂNIO: HEDA TEMPORO-PARIETAL ESQUERDA + HEMAT COM INDICATIVO CIRÚRGICO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS A CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO + TC DE CRÂNIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S064 - HEMORRAGIA EPIDURAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COM/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0403010276 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

LEITO/CLÍNICA NEUROCIRURGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) MILAO CARDOSO GUIMARAES CPF: 9746633391 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 14/04/2019
DATA ADMISSÃO 14/04/2019 23:57	DATA ALTA 24/04/2019 11:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

Tipo ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SERIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 03834612391 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE / AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 15/04/2019 09:30:47 CPF: CRM:
---	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061207058800000010088712
Número do documento: 2007061207058800000010088712



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1825 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-270 CNPJ: 05.522.917/0022-02



Ficha de Prescrição e Evolução Médica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Consulta: 717036

Imp: 15/04/2015 00:22:18

Nome: MANOEL SILVA DE SOUSA	Prontuário: 508424	Local:	Leito:
Tipo Sanguíneo:	Fator RH:	Peso (Kg): 0,00	Altura (M): 0,00
		IMC (Kg/m2):	0,00

ITEM:	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO:	SINAIS VITAIS:																																																																																
	SE 0,9% 500ML, EV, BMV DIPIRONA 500MG - 1 AMP - AD, EV, AGORA TILATIL - 1 AMP, EV, AGORA		<table><thead><tr><th>HORA:</th><th>T:</th><th>P:</th><th>R/SatO2:</th><th>PA:</th><th>Dor:</th><th>Glicemia</th><th>Diurese</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	HORA:	T:	P:	R/SatO2:	PA:	Dor:	Glicemia	Diurese																																																																								
HORA:	T:	P:	R/SatO2:	PA:	Dor:	Glicemia	Diurese																																																																												
			REGISTROS DE ENFERMAGEM:																																																																																
			01/15 - Pac. em SO, sob efeito de anestesia ge- neral, intubado sob VM realizada por equipe de SB m. 15, conforme solicitação verbal do neuro- cirurgião (Dr. Thiago). Bom volume urinário. Cristiane T. Pereira CRO-PI 14117 ENFERMEIRA																																																																																





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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 38470 - Em: (15/04/2019)

Atendimento	Protocolo	Paciente	Dt. Nasc.	Clinica	Enfermeira	Leito	Médico Assistente				
036899	508424	MANOEL SILVA DE SOUSA	25/02/1990	CLINICA NEUROLOGIA - P07	SUPLENTE	09	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS				
Evolução:		TCE HEP-PO na musculatura			Diagnóstico/Comorbidades:						
Hora:		C/TC controlado Amarelo			PÓS OP HIDA						
Seq.		Descrição-Apresentação/Prescrição:		Dose	Unid.	Via	Int.	Recons.	Dil. Vol.	Horarios	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta		ORAL Tipo BRANCA, Androgênio									
1		CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO		1,00	Frasco	EV	12/12h				
2		RANITIDINA 150MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 8 ML		50,00	mg	EV	8/8h				
3		FENITOÍNA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 5ML FAZER 2ML + 100ML SF 0,9% EV 8/8h		1,00	Ampola	EV	8/8h				
4		DIFENIDOL 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FÉBRE		1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		
5		BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 8 ML EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS		1,00	Ampola	EV	8/8h		AD		
6		HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA		1,00	Ampola	IM	8h				
7		TRAMADOL 100MG/2ML ENTETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 8/8h - EM CASO DE DOR		1,00	Ampola	EV	8h		SF 0,9%		
8		MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4h SE		1,00	Ampola	EV	8h		AD		
9		CAPTOPRIL 25MG SE PA > 160/110mmHg		2,00	Comprim	Oral	8/8h				
10		CEFALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ. DI		1,00	Frasco	EV	6/6h				
11		TENOICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.		1,00	Ampola	EV	12/12h				

Observações Gerais: CABECEIRA ELEVADA 30° / FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA / SINAIS VITAIS NORMAIS / NEUROCHECK 2/2 H





**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

UNIDADE DE SAÚDE:

[illegible]

MÉDICO / CRM:





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 96 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.317/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 38976 - Em: (18/04/2019)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dr. Naso:	Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:		
236999	508424	MANOEL SILVA DE SOUSA	25/02/1990	CLÍNICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 212	LEITO 09	MARCUS VINÍCIUS OLIVEIRA DOS SANTOS		
Evolução:		Hora: <i>Até Hospital de Urgência de Teresina</i>							
Diagnóstico/Comorbidades:		PÓS OP REDA <i>Siga curso - G14</i>							
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA,								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				8:05: Pct de alta hospitalar. Envia somelão COREN 388417
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 8 AD	50,00	mg	EV	8/8h				(SUSPENSO)
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 6AD EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h		AD		
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	ID	8h				
6	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6h - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	8h		SF 0,9%		
7	MORFINA, 10MG/ML, INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4h SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	8h		AD		
8	CAPTOPRIL 25MG SE PAD 160/110MMHG	2,00	Compri	Oral	8/8h				
9	TENOXICAM 20MG/ML, DÓ P/SCOL, INJ. C/2ML	1,00	Ampola	EV	12/12h				
10	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG	1,00	Compri	Oral	8/8h				
11	LEVOMEPROMAZINA 4% (40MG/ML), SOL. ORAL GOTAS C/20ML. FAZER 10 GOTAS VO À NOITE	1,00	Frasco	Oral	24/24h				

Exatões Gerais: CABCINA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA + SINAIS VITAIS REGULARES + NEUROCHECK 2/2 X

1 (18/04/2019 06:59:06) (MARCUS VINÍCIUS)



PRESCRIÇÃO MEDICA No.: 40009 - Em: (24/04/2019)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dt.Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:		
138999	SDR124	MANOEL SILVA DE SOUSA	25/02/1990	CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 212	LEITO 03	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS		
Evolução:			Alergias:			Diagnóstico/Comorbidades:			
Hora:			TÓP OP REDA						
<p>EC=157 cm de 16/16</p> <p>Col: Troc capto do subel neo</p>						<p>22/06/26</p>			
Sag.	Descrição/Prescrição/Observação	Dose	Unid.	Via	Int.	Resona	Dil. Vol.	Horarios	RELATORIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA, LAXANTE								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				10.6: Fome com náusea Pl TC crânio - 11.00. Deu 11.00. Deu 11.00. Deu 11.00. Deu
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 8 AD	50,00	mg	IV	8/8h			11.22.07	
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD	14.22.06	7.20.00. 26 subel - 4.20.00. 26 Bexiga - 8.20.00. 26 Col. 11.00. 26 26.00.00. 26
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 8 AD EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	12/12h		AD		
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	SN				
6	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6h - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN		SF 0,9%		
7	CAPTOPRIL 25MG SE PD 160/110MMHG	2,00	Comprim	Oral	8/8h				
8	FENITOÍNA SÓDICA 50MG/ML, INJ. 5ML FAZER 2ML + 100ML SF 0,9%	100,00	mg	EV	8/8h			14.22.06	
9	CLONAZEPAM 2,5 MG/ML ; FRASCO 20ML FAZER 10 GOTAS VO À NOITE	1,00	Frasco	Oral	24/24h			21	
10	ÓLEO MINERAL PURO 15G/100ML	10,00	ml	Oral	8/8h			14.22.06	

Observações Gerais: CABEÇA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA DE NECK + INSPIRATORIA + SINAIS VITAIS REGULARES + NEUROCHECK 7/2

UT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPTONIZADA

EXAMINE: 279210
DATA: 24-04-74
TECHNOLOGO

TERNOLOO

UR: 84 de actia
hospitalar





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Manoel Silva de Jesus</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>HEIDA</i>		
Operação - Tipo <i>Drenagem HEIDA</i>		
Cirurgião <i>Tiago Guimarães</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesiologista <i>João</i>	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>15/01/19</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

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

- 1- Pê na cavidade dorsal, sob anestesia geral; 2- Incisão, sutura e
- 3- Incisão curvada, 2- Incisão curvada protuberância parietal @, 1-
- 4- Abertura e drenagem de um. temporal; 5- Lavagem
- 6- Lavagem parietal @, 6- Drenagem de dorsal; 7-
- 8- Anestesiante dorsal + hemostasia; 9- Lavagem
- 10- Dreno e curativo; 10- Sutura por planos; 11-
- 12- Curativo

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612070588000000010088712
Número do documento: 20070612070588000000010088712

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612070588000000010088712
Número do documento: 20070612070588000000010088712

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612070588000000010088712
Número do documento: 20070612070588000000010088712

Mod. 78 HUT



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO		
NOME DO PACIENTE <u>Monsel Silva de Sousa</u>						
DATA: <u>15/04/19</u>	P. ARTERIAL: <u>110 x 70 mmHg</u>	PULSO: <u>90 bpm</u>	RESPIRAÇÃO: <u>100 / min</u>	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA: <u>Paciente chega em ambulância com diagnóstico de asma 3+3+6</u>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO: <u>Suficiente para manter a circulação</u>				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <u>sem sinais de obstrução</u>				ASMA		BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICÓIDES		OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS		EFEITOS
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
1. A.R.		1. 260				
2. A.R.		2. 240				
3. A.R.		3. 2				
LÍQUIDOS		SO-LITO 500				
		SANGUE 400				
		OUTROS 100				
TEMPERATURA		38				
P. ARTERIAL		150				
V. O		160				
PULSO		1				
INÍCIO E FIM ANESTESIA		140				
X		120				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		80				
O		40				
RESPIRAÇÃO		20				
		10				
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS						
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						
INCIDENTE - ACIDENTE						
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						

MOD 76 - HUT

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07
 http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612070588000000010088712
 Número do documento: 20070612070588000000010088712



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA: 15/04/2019

NOME DO PACIENTE:	Manoel Silva de Sousa	PRONTUÁRIO Nº:	508424
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	pac	Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO:	Diogo	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Suaiz	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Fuad	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 11,24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 6,5, 7,0	PAR	05	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	120		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	06	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 14	UNID.	02					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA		05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Bisturi nº 11		01	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Bisturi nº 15		02	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Bisturi nº 17		01	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				Bisturi nº 19		01	
ALCOFIL 6	01			Bisturi nº 21		01	
MONONYLON 20,30	07			Bisturi nº 23		01	
FITA UMBILICAL				Bisturi nº 25		01	
VICRYL 2,0	3,0			Bisturi nº 27		01	
PROLENE 2,0, 2,0	05			Bisturi nº 29		01	
				ENFERMARIA:			
				CIRCULANTE: Panna			



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07













<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612070588000000010088712>

Número do documento: 20070612070588000000010088712

NOME <u>Marcos Silva de Sousa</u>		IDADE <u> </u> anos	DATA <u>15/04</u>
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>03</u> h <u>25</u> min	TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL (<input type="checkbox"/> RAQUE (<input type="checkbox"/> BLOQUEIO (<input type="checkbox"/> PERIDURAL (<input type="checkbox"/> SEDACÃO		
CIRURGIA REALIZADA <u>Hematomas - Catodul</u>			CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	HORÁRIO		
	ADMISSÃO	07:10	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	147/86	128/73	135x72
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	82	70	84
SATURAÇÃO DE O2 (%)	97	96%	93%
TEMPERATURA AXILAR (°C)			-
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			-
NOME/ MATRÍCULA	Raquel	20050101-ENF	Louisa

ÍNDICE DE ALDRETREE KROULIK			ADMISSÃO		S.	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2
	PA em 20-40% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2
	Desperta, se solicitado	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0

<p>ESCALA DE DOR ADMISSÃO</p>      	TOTAL	09			
<p>ESCALA DE DOR ALTA</p>      	ASS.	<i>mauro</i>			<p>Mº Agostinho CORREIA</p>

SONDA VESICAL		DRENO DE SUÇÃO		DRENO TORACICO		DVE		COLOSTOMIA		SONDA NASOG(NA	
hs	250 mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				
hs	mL	hs	mL	hs	mL	hs	mL				

03.25 - Paciente chega na RPA no POI de diatamante ci-
nurgico de hematoma extradural, consolido, extubo-
lao spca, hemodinamicamente instavel, em HIL, sem
queixa, dente suco funcionando, diurese por SUD V= 250 ml
moenta

07150 Después de 100 ml de disuena concentrada
por SVD. m

08:05 vltor de SP. PN. 1000

<p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p>	<p>HORÁRIO</p>	<p>ANESTESIOLOGISTA</p>
---------------------------------	-----------------------	--------------------------------

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

0: 1 2 3 1 EMERGÊNCIA PED. UTI: 1 PED 1 NEURO 1 GERAL 1 4 1 QUEIM. CLÍNICA: 1 PED 1 ORTOMED 1 CIR 1 IME



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3219 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MANOEL SILVA DE SOUSA** (Prontuário: 508424)
 Endereço: **EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000**
 Nascimento: 25/02/1990 Idade: 29a1m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 717036
 Requisição: 943227 Solicitação: 15/04/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
 Controle: 1195124 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 15/04/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- FRATURA CRANIANA NA REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA, ESTENDENDO-SE À MASTÓIDE ESQUERDA.
- HEMATOMA EXTRA-DURAL NA REGIÃO TEMPORO-PARIETAL À ESQUERDA.
- HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR NA REGIÃO TEMPORO-OCCIPITAL ESQUERDA, CONTENDO BOLHAS GASOSAS.
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDE.
- DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MEDIANA PARA DIREITA (0,7 cm).
- CONTUSÕES HEMORRÁGICA NOS LOBOS FRONTAL, TEMPORAL E PARIETAL À ESQUERDA.
- AUSÊNCIA DE HIDROCEFALIA.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/04/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Josana Lúcia Almeida de Albuquerque
 Mestranda em Física
 SAG 15/04/2019
 CONFERÊNCIA





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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MANOEL SILVA DE SOUSA** (Prontuário: 508424)
Endereço: **EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64265-000**
Nascimento: 25/02/1990 Idade: 29a1m19d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 236999
Requisição: 943686 Solicitação: 16/04/2019 Solicitante: THIAGO CARDOSO GUIMARÃES
Controle: 1196126 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 09

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 16/04/2019

T.C. DE CRÂNIO

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

RELATÓRIO:

- CRANIOTOMIAS FRONTAL, TEMPORAL E PARIETAL ESQUERDAS COM CATETER INTERPOSTO NO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO ADJACENTE.
- HEMATOMAS SUBGALEAIS AGUDOS DIFUSOS, BILATERALMENTE, DE MAIOR VOLUME À ESQUERDA.
- EDEMA/HEMATOMA EM REGIÕES PERIORBITÁRIA E GENIANA À ESQUERDA.
- ÁREAS DE EMFISEMAS SUBCUTÂNEOS EM REGIÃO FRONTAL BILATERAL E TÊMPORO-PARIETAL ESQUERDA.
- HEMATOMAS SUBDURAIS AGUDOS EM CONVEXIDADES FRONTAL, TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL ESQUERDAS APAGANDO SULCOS CORTICAIS ADJACENTES.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS COM EDEMAS MARGINAIS EM LOBOS TEMPORAL E OCCIPITAL ESQUERDO. CAUSANDO COMPRESSÃO SOBRE O VENTRÍCULO LATERAL ESQUERDO.
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDE AGUDA EM REGIÃO FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 16/04/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Sr. Otto Tico 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MANOEL SILVA DE SOUSA** (Prontuário: 508424)
 Endereço: **EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000**
 Nascimento: 25/02/1990 Idade: 29a1m23d Sexo: Masculino Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: 236999
 Requisição: 945071 Solicitação: 20/04/2019 Solicitante: **JÓAO ALFREDO BARROS PAZ**
 Controle: 1198954 Convênio: **S U S** CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 08

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 20/04/201

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- CRANIOTOMIAS FRONTAL, TEMPORAL E PARIETAL ESQUERDAS.
- HEMATOMAS SUBDURAIS AGUDOS EM CONVEXIDADES FRONTAL, TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL ESQUERDAS, APAGANDO SULCOS CORTICAIS ADJACENTES.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS COM EDEMAS MARGINAIS EM LOBOS TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL ESQUERDOS, CAUSANDO COMPRESSÃO SOBRE O VENTRÍCULO LATERAL ESQUERDO.
- LEVE DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MEDIANA PARA DIREITA (0,5 CM).
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/04/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MANOEL SILVA DE SOUSA** (Prontuário: 508424)
Endereço: **EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000**
Nascimento: 25/02/1990 Idade: 29a1m27d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 236999
Requisição: 946689 Solicitação: 24/04/2019 Solicitante: MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS
Controle: 1202036 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 09

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 24/04/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- CRANIOTOMIA FRONTO-PARIETO-TEMPORAL A ESQUERDA.
- HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO-PARIETO-TEMPORAL A ESQUERDA.
- PEQUENOS HEMATOMAS SUBDURAIS AGUDOS AO NÍVEL DA CRANIOTOMIA.
- APAGAMENTO PARCIAL DO VENTRÍCULO LATERAL ESQUERDO, COM DESVIO CONTRALATERAL DAS ESTRUTURAS MEDIANAS, MEDINDO 0,7 CM.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS COM EDEMAS MARGINAIS EM LOBOS TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL ESQUERDOS.
- MATERIAL HEMÁTICO EM TENDA CEREBELAR A DIREITA.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 24/04/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612070588000000010088712
Número do documento: 20070612070588000000010088712



PACIENTE: MANOEL SILVA DE SOUSA
MÉDICO SOLICITANTE: EMERSON BRANDÃO SOUSA
IDADE: 29a 3m 11d SEXO: M PEDIDO: 608236
CÓD. PAC: 615340 DATA: 07/06/2019



TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TÉCNICA:

Aquisição volumétrica da base do crânio até o vértex, sem a injeção IV do meio de contraste.

RELATÓRIO:

Craniectomia temporo-parietal esquerda, notando-se perda de massa óssea no osso temporal inferior / mastóide deste lado.

Preenchimento parcial de células mastoideas esquerdas por material hipoatenuante, denotando mastoidopatia.

Hipoatenuação córtico-subcortical observada na região temporo-parietal esquerda, com efeito atrófico caracterizado por alargamento de sulcos corticais adjacentes e efeito ex-vacuum sobre o corno temporal do ventrículo lateral esquerdo, sugestiva de encefalomalácia/gliose.

Restante do parênquima cerebral com atenuação preservada.

Espaços periencefálicos, demais sulcos e cisternas encefálicas preservados.

Ventrículo lateral direito e terceiro ventrículo com morfologia, dimensões e topografia normais.

Tronco encefálico e cerebelo com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Quarto ventrículo com morfologia, dimensões e topografia normais.

Ausência de processos expansivos ou coleções hemorrágicas intra/extra-axiais detectáveis ao método.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Craniectomia temporo-parietal esquerda, notando-se perda de massa óssea no osso temporal inferior / mastóide deste lado.

- Preenchimento parcial de células mastoideas esquerdas por material hipoatenuante, denotando mastoidopatia.

- Hipoatenuação córtico-subcortical observada na região temporo-parietal esquerda, com efeito atrófico caracterizado por alargamento de sulcos corticais adjacentes e efeito ex-vacuum sobre o corno temporal do ventrículo lateral esquerdo, sugestiva de encefalomalácia/gliose.

DR CAIO CESAR DANTAS COSME
Médico Radiologista
CRM 5059

Emitido em: 10/06/2019 às 13:07:33 - Pedido: 608236 - Paciente: MANOEL SILVA DE SOUSA

Página 1 de 1

Dr. Alexandre S. Azeite	Dr. Agnir C. Carvalh	Dr. André Lobato R. Filho	Dr. Carlos D. Costa	Dr. Charles R. B. Velloso	Dr. Emerson C. da S. Júnior	Dr. Hugo E. Rangel	Dr. Sanderly H. de A. C. Gomes	Dr. Fernando Araújo
CRM-4627	CRM-6771	CRM-2697	CRM-5769	CRM-2654	CRM-5962	CRM-3391	CRM-5012	CRM-1860
Dr. Gisele L. Mendes	Dr. Sebastião D. M. B. Filho	Dr. João D. Costa	Dr. José Roberto	Dr. Luciano P. Dias	Dr. Renato de O. Pereira	Dr. Robert W. M. Santos	Dr. Renato C. Spermo	Dr. Thiago M. Santana
CRM-5372	CRM-4378	CRM-4274	CRM-1621	CRM-4944	CRM-4186	CRM-3401	CRM-3401	CRM-3542

• ULTRA-X CENTRO - Rua Anísio de Abreu, 598, Centro/Sul

• ULTRA-X JOCKEY - Rua Angélica, 318, Jockey

• ULTRA-X MEDICAL LESTE - Av. Aviador Ipiranga Rocha, 1430, 2º andar, Jockey

tel 3194.5555
clinicaultrax.com





POLICLÍNICA PAZ LTDA

Av. Alberto Boná, 211 - Centro • Campo Maior - Piauí
Contato: Claro (86) 99430-2834 / Vivo (86) 98122-8180 / Tim (86) 99842-6988
CNPJ: 06.738.876/0001-16 • Insc. Est.: 19.300.090-3
E-mail: policlínicapaz@gmail.com

POLICLÍNICA PAZ

Ultrassonografias
Mamografia
Endoscopia Digestiva

Doppler de Carótidas
Exames Radiológicos
Eletrocardiograma (ECG)

Eco Cardiograma
Eletroencefalograma
Consultas Médicas

Internações Eletivas e de Urgência
Exames Laboratoriais
Pequenas Cirurgias

RECEITUÁRIO

Nome do paciente (preencher em abreviada)	Data de Nascimento	Idade	Sexo
Manoel Silva de Sousa			<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino

Paciente portador de sequelas
cervicais e torácicas,
história de traumatismo
craquiano provocado por acidente
de motocicleta no dia 14.04.19
foi submetido a craniotomia no
dia 15.04.19.

(CID-10: T90 + R51)
Recebeu alta do tratamento em
28.10.19.

DATA: 28/10/19

Dr. João Carvalho
Neurologia
CRM - PI 1958

Carimbo e Assinatura de
Médico Solicitante

- Voltando à consulta queira trazer esta receita -



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Manoel Silva de Sousa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.087.794 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/01/12

NOME MANOEL SILVA DE SOUSA

FILIAÇÃO MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA
JOÃO MATIAS DE SOUSA

NATURALIDADE CAMPO MAIOR-PI DATA DE NASCIMENTO 25/02/1990

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 65497 L A-54 F 133
EXP CAMPO MAIOR-PI 19/03/02

CPF 051.062.593-20

ASSINATURA DO DIRETOR

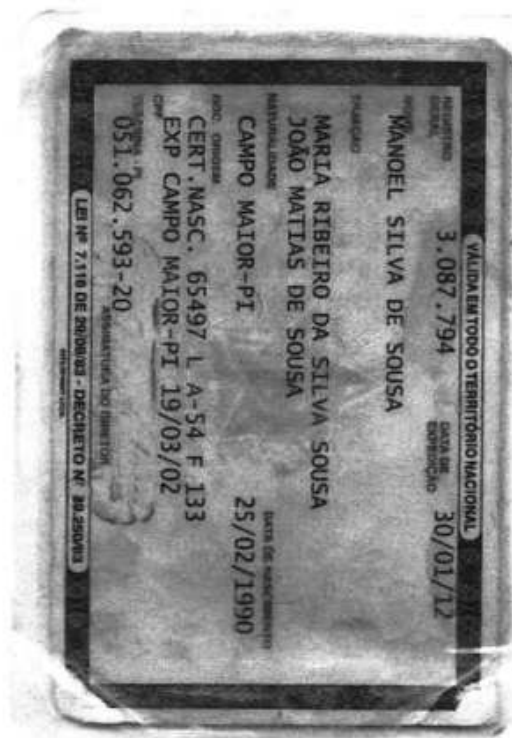
LEI Nº 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83

Recebido em:

02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



ANTONIO ARAUJO DA SILVA
0116814

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.084.501 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/01/13

NOME ANTONIO ARAUJO DA SILVA

RELACÃO

ANTONIA SOUSA ARAUJO.
FRANCISCO SOARES DA SILVA NETO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
CAMPO MAIOR-PI 12/06/1980

DTC. ORIGEM

CERT. NASC. 59591 L A50 F 155V

EXP CAMPO MAIOR-PI 11/09/98

TERREIRA-PI

914.187.203-72 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013227896949
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	00173865033	R.N.E.R.C.	EXERCÍCIO
1713			2018
0000	NOME		
0000	MARIA DO CARMO DA SILVA OCMRS		
0000	*****		
0000	*****		
0000	CPF / CNPJ		
1010	99780380353	PLACA	NIO-1157
0000	PLACA ANT / UF	CHASSI	9C2JC4110AR541086
0000			
0000	ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL	
0000	PAS/MOTOCICLE/NENHUMA	GASOLINA	
0000	MARCA / MODELO	ANO FAB	ANO MOD
0000	HONDA/CG 125 TAN KS	2009	2010
0000	CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR/PREDOMINANTE
0000	02P/0124CC	PARTICU	PRETA
0000	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
0000			1ª IPVA
0000	PAGA / RVA	PARCELAMENTO / COTAS	2ª
0000			3ª PAGO
0000	PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IDF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
0000	SEGURO		
0000	SEM RESTRICOES	OBSERVAÇÕES	
0000	DOCUMENTO DE POSTE OBRIGATORIO		
0000	NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA		
0000	LOCAL	DATA	
0000	JUAZEIRO DO PIQUI	17/08/2018	
0000	MANTENEDOR DO SEGURO		
0000	DETRAN - PI		

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

PI Nº 013227896949 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2018	17/08/2018
VIA	CPF / CNPJ
1	99780380353
PLACA	NIO-1157
RENAVAM	MARCA / MODELO
26130-1157	HONDA/CG 125 TAN KS
ANO FAB	ANO MOD
2009	2010
CHASSI	
9C2JC4110AR541086	
PRÊMIO TARIFÁRIO	
PRÊMIO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
000,00	000,00
CUSTO DO BILHETE (R\$)	TOTAL A SER PAGO (R\$)
000,00	185,50
PAGAMENTO	DATA DE VIGÊNCIA
COTA ÚNICA	10/07/2018
SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 09.340.600/0001-04	

Recebido em:

02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



**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: **3190459738**

Nome do(a) Examinado(a): **MANOEL SILVA DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

LOCALIDADE BAIXA FRIA, S/N - RURAL - Castelo do Piauí - PI - CEP 64340-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3087794**

Data e local do acidente: [**14/04/2019**] **PI 115, NA LOCALIDADE PEDREIRA - MUNICÍPIO DE CASTELO I**

Data e local do exame: [**13/08/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA TEMPORAL ESQUERDA, HEMATOMA EXTRA-DURAL, HEMATOMA SUBDURAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA LÚCIDO E ORIENTADO, DEAMBULANDO COM AUXÍLIO DE TERCEIROS, APRESENTANDO VERTIGEM PERSISTENTE, COM TESTE DE ROMBERG POSITIVO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☐] Sim [☒] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

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 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 60 dias

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

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

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

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 a valoração do dano corporal.

Vítima em tratamento pela precocidade do trauma com as sequelas encontradas.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI



CARTA DE REANALISE

SINISTRO 3190 / 606141

Eu, MANOEL SELVA DE SOUSA portador do RG:
3.087.794 e CPF: 051.062.593-20 Residente na Rua
AV SÃO FRANCISCO nº 151
Bairro: CENTRO Cidade: SUAZEDO DO PIAUÍ UF: PI

Venho através desta carta solicitar o
reanálise do meu processo de invalidez. Por
que o valor que recebi por pouco, pelas as
lesões que tenho devido ao acidente. Eu
era uma pessoa normal e hoje não consigo
exercer minhas atividades de trabalho, devido
as lesões que tenho neurológicas, me encontro
incapacitado para o meu trabalho. Sinto
dores fortes de cabeça, tonturas hoje sou uma
pessoa totalmente dependente de cuidados de
terceiros para lembrar de tudo que preciso.
Gostaria que me mandasse para uma nova
perícia e que constate todas essas lesões
que tenho. Agradeço a seguradora se der
em atender a minha solicitação de reanálise.

Cidade SUAZEDO DO PIAUÍ - PI, () 19 / 11 / 2019

Manoel Silva de Sousa
Assinatura da Vítima



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190606141 **Cidade:** Castelo do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA TEMPORAL ESQUERDA, HEMATOMA EXTRA-DURAL E SUBDURAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE, OTORRAGIA À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: VÍTIMA LUZADA E ORIENTADA, DEAMBULANDO COM AUXÍLIO DE TERCEIROS, APRESENTANDO VERTIGEM PERSISTENTE, COM TESTE DE ROMBERG POSITIVO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA EXTRADURAL E SUPORTE CLÍNICO EM INTERNAÇÃO HOSPITALAR. EVOLUÇÃO SEM INTERCORRÊNCIAS COM ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/11/2019

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190606141 **Cidade:** Castelo do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA TEMPORAL ESQUERDA, HEMATOMA EXTRA-DURAL E SUBDURAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE, OTORRAGIA À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: VITIMA LUZADA E ORIENTADA, DEAMBULANDO COM AUXÍLIO DE TERCEIROS, APRESENTANDO VERTIGEM PERSISTENTE, COM TESTE DE ROMBERG POSITIVO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA EXTRADURAL E SUPORTE CLÍNICO EM INTERNAÇÃO HOSPITALAR. EVOLUÇÃO SEM INTERCORRÊNCIAS COM ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/11/2019

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190606141 **Cidade:** Castelo do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA TEMPORAL ESQUERDA, HEMATOMA EXTRA-DURAL, HEMATOMA SUBDURAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA.
P. 1,5,6,12,13,

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X - VÍTIMA COM 29 ANOS / FOLHA CIRÚRGICA E FOLHA DE ANESTESIA-P.12,13/ LAUDO E EXAME DE IMAGEM - P. 16 À 20.
- SINISTRO 3190/459738 (14/04/2019) - CANCELADO, APÓS PERÍCIA (13/08/2019), COMO VÍTIMA EM TRATAMENTO. INDICANDO NOVA AVALIAÇÃO EM 60 DIAS./ DIAGNÓSTICO: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA TEMPORAL ESQUERDA, HEMATOMA EXTRA-DURAL, HEMATOMA SUBDURAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE./ RESULTADOS TERAPÊUTICOS: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA.

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 cranio-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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190606141 **Cidade:** Castelo do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA TEMPORAL ESQUERDA, HEMATOMA EXTRA-DURAL, HEMATOMA SUBDURAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA.
P. 1,5,6,12,13,

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X - VÍTIMA COM 29 ANOS / FOLHA CIRÚRGICA E FOLHA DE ANESTESIA-P.12,13/ LAUDO E EXAME DE IMAGEM - P. 16 À 20.
- SINISTRO 3190/459738 (14/04/2019) - CANCELADO, APÓS PERÍCIA (13/08/2019), COMO VÍTIMA EM TRATAMENTO. INDICANDO NOVA AVALIAÇÃO EM 60 DIAS./ DIAGNÓSTICO: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM FRATURA TEMPORAL ESQUERDA, HEMATOMA EXTRA-DURAL, HEMATOMA SUBDURAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE./ RESULTADOS TERAPÊUTICOS: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA.

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 cranio-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:

Nome: MANOEL SILVA DE SOUSA
RG: 3.087.794 Órgão Emissor: SSP/PI CPF: 051.062.593-20
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: DESEMPREGADO
Endereço: AV. SÃO FRANCISCO Nº 151
Bairro: CENTRO CEP: 64.343.000 Cidade/UF: JUAZEIRO
Telefone: () () ()

OUTORGADO: (Dados do procurador)

Nome: ANTONIO ARAÚJO DA SILVA
RG: 2.084.501 Órgão Emissor: SSP/PI CPF: 914.187.203-72
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: AUTÔNOMO
Endereço: AV. NILÓ OLIVEIRA Nº 147
Bairro: FRIPISA CEP: 64.280.000 Cidade/UF: CAMPO MAIOR
Telefone: (86) 99413.1468 (86) 98157-4399 ()

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de **encaminhar e solicitar o pedido de indenização do seguro obrigatório - DPVAT**, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre a perícia medica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima MANOEL SILVA DE SOUSA

CPF: 051.062.593-20 Data do acidente: 14/04/2019

Cobertura solicitada: (☒) Invalidez Permanente () DAMS () Morte

CAMPO MAIOR - PI 22-10-2019

Local e data

Manoel Silva de Sousa

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0262913/19

Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA

CPF: 051.062.593-20

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 14/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL SILVA DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MANOEL SILVA DE SOUSA : 051.062.593-20

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/08/2019
Nome: MANOEL SILVA DE SOUSA
CPF: 051.062.593-20

MANOEL SILVA DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/08/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374800/19

Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA

CPF: 051.062.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/04/2019

Titular do CPF: MANOEL SILVA DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ANTONIO ARAUJO DA SILVA : 914.187.203-72

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

MANOEL SILVA DE SOUSA : 051.062.593-20

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: 28/10/2019
Nome: ANTONIO ARAUJO DA SILVA
CPF: 914.187.203-72

ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374800/19

Número do Sinistro: 3190606141

Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA

Data do acidente: 14/04/2019

CPF: 051.062.593-20

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL SILVA DE SOUSA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 21/11/2019
Nome: ANTONIO ARAUJO DA SILVA
CPF: 914.187.203-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2019
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ANTONIO ARAUJO DA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



**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: **3190606141**

Nome do(a) Examinado(a): **MANOEL SILVA DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

AV SAO FRANCISCO , 151 - CENTRO - Juazeiro do Piauí - PI - CEP 64343-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3087794**

Data e local do acidente: [**14/04/2019**] **PI 115 LOCALIDADE PEDREIRA - MUNICIPIO DE CASTELO DO F**

Data e local do exame: [**05/11/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO COM FRATURA TEMPORAL ESQUERDA, HEMATOMA EXTRA-DURAL E SUBDURAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE, OTORRAGIA À ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VITIMA LUZCIDA E ORIENTADA, DEAMBULANDO COM AUXILIO DE TERCEIROS, APRESENTANDO VERTIGEM PERSISTENTE, COM TESTE DE ROMBERG POSITIVO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRURGICO COM DRENAGEM DE HEMATOMA EXTRADURAL E SUPORTE CLÍNICO EM INTERNAÇÃO HOSPITALAR. EVOLUÇÃO SEM INTERCORRÊNCIAS COM ALTA MÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano neurológico

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 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)

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

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

% 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

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 a valoração do dano corporal.


Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI





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, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190606141

Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL SILVA DE SOUSA

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 15030442

Pag. 01029/01030 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190606141

Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MANOEL SILVA DE SOUSA

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. 00303/00304 - carta_02 - INVALIDEZ

00090152



Carta nº 15050151





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, 19 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190606141

Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL SILVA DE SOUSA

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **MANOEL SILVA DE SOUSA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000616**

Conta: **00000119684-8**

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190606141 Vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA

Data do Acidente: 14/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL SILVA DE SOUSA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00175/00176 - carta_09 - INVALIDEZ

00070088



Carta nº 15167371



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: **051.062.593-20** 4 - Nome completo da vítima: **MANOEL SILVA DE SOUSA**

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

5 - Nome completo: **MANOEL SILVA DE SOUSA** 6 - CPF: **051.062.593-20**
7 - Profissão: **DESEMPREGADO** 8 - Endereço: **LOCALIDADE BAIXA FRIA** 9 - Número: **S/N** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **CASTELO DO PIAUÍ** 13 - Estado: **PI** 14 - CEP: **64.340-000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): **(86)981465079**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: **0616** CONTA: **00118225** 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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) ☐ 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 (vairascer)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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, Tererina, 02 de Agosto de 2019

* Manoel Silva de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0325180019 3 - CPF da vítima: 051.062.593-20 4 - Nome completo da vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA

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

5 - Nome completo: MANOEL SILVA DE SOUSA 6 - CPF: 051.062.593-20
7 - Profissão: LAVADOR 8 - Endereço: AVENIDA SÃO FRANCISCO 9 - Número: 151 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: JUAZEIRO DO NORTE 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.343-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0636 CONTA: 119684 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil de vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito de 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 (filhos)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JUAZEIRO DO NORTE PI 22.10.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

10/2/2019





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

342 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 128567.000385/2019-81

Unidade de Registro: DP DE CASTELO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Francisco Kempes De Sousa Cruz

Data/Hora: 09/07/2019 - 09:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE CASTELO DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CASTELO DO PIAUÍ

Endereço

PI 115, NA LOCALIDADE PEDREIRA, MUNICÍPIO DE CASTELO DO PIAUÍ, Nº:

Complemento

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Data/Hora

14/04/2019 - 18:30

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MANOEL SILVA DE SOUSA

RG: 3.087.794 SSPPI PI

Mãe: MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA

Pai: JOÃO MATIAS DE SOUSA

Endereço: AVENIDA SÃO FRANCISCO, Nº 151

Complemento: BAIRRO CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JUAZEIRO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-8112-1850

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: ANA LUCIA MOREIRA MELO

RG: 1.620.070 SSPPI PI

Mãe: MARIA MOREIRA MELO

Pai: JOSÉ FERREIRA MELO

Endereço: AVENIDA SÃO FRANCISCO, Nº 151

Complemento: BAIRRO CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JUAZEIRO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-8112-1850

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Recebido em:

02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

1 - HONDA. CG 125 FAN KS

Condutor: MANOEL SILVA DE SOUSA

RG: 3.087.794 Órgão: SSPPI UF RG: PI

End: AVENIDA SÃO FRANCISCO Número: 151 Complemento: BAIRRO CENTRO

Cidade: JUAZEIRO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: MARIA DO CARMO

Cidade: JUAZEIRO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: PREJUDICADO

Ano: Placa:

2010 NIO1157

Chassi:

9C2JC4110AR541086

Renavam:

00173865054

Cor:

Preta

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia de Polícia Civil para informar que na data supracitada estava transitando pela Pi-115 à noite, quando próximo a localidade PEDREIRA, quando avistou dois animais(VACA), o noticiante conseguiu se esquivar da primeira, mas colidiu com a segunda perdendo o controle de sua motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, COR PRETA DE PLACA NIO-1157 vindo a bater no quebra mola, com a queda obteve escoriações e apresentando otorragia com queixa de cefaleia associado a tontura. Sendo socorrido e levado ao hospital de CAMPO MAIOR e seguida sendo encaminhado ao HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA-HUT, onde realizou cirurgia e todo tratamento necessário. Motivo pelo qual compareceu a esta delegacia para registro de

Boletim de Ocorrência emitido em: 09/07/2019 09:22 - SisBO@2011-2019 ATI

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612070588000000010088712

Número do documento: 20070612070588000000010088712

Num. 10632902 - Pág. 45



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

342 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 128567.000385/2019-81

ocorrência. Era o que tinha a informar.

Francisco Kempes De Sousa Cruz
Francisco Kempes De Sousa Cruz - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

Manoel Silva de Sousa
MANOEL SILVA DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Recebido em:

02 Ago 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUNDOS

Boletim de Ocorrência emitido em: 09/07/2019 09:22 - SisBO@2011-2019 AT1



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612070588000000010088712>
Número do documento: 20070612070588000000010088712

Num. 10632902 - Pág. 46



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

342 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 128567.000385/2019-81

Unidade de Registro: DP DE CASTELO DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Francisco Kempes De Sousa Cruz

Data/Hora: 09/07/2019 - 08:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE CASTELO DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CASTELO DO PIAUÍ

Endereço

PI 115, NA LOCALIDADE PEDREIRA, MUNICÍPIO DE CASTELO DO PIAUÍ, Nº:

Complemento

Data/Hora

14/04/2019 - 18:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MANOEL SILVA DE SOUSA

RG: 3.087.794 SSP/PI

Mãe: MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA

Pai: JOÃO MATIAS DE SOUSA

Endereço: AVENIDA SÃO FRANCISCO, Nº 151

Complemento: BAIRRO CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JUAZEIRO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-8112-1850

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: ANA LUCIA MOREIRA MELO

RG: 1.620.370 SSP/PI

Mãe: MARIA MOREIRA MELO

Pai: JOSÉ FERREIRA MELO

Endereço: AVENIDA SÃO FRANCISCO, Nº 151

Complemento: BAIRRO CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JUAZEIRO DO PIAUÍ

Telefone(s): 86-8112-1850

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

Recebido em:

02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA CG 125 FAN KS

Condutor: MANOEL SILVA DE SOUSA

RG: 3.087.794 Órgão: SSP/PI UF: PI

End: AVENIDA SÃO FRANCISCO Número: 151 Complemento: BAIRRO CENTRO

Cidade: JUAZEIRO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: MARIA DO CARMO

Cidade: JUAZEIRO DO PIAUÍ UF: PI Bairro: PREJUDICADO

Ano: Placa: Chassi:

2010 NJO1157 9C2JC4110AR541086

Ronavam:

00173865054

Cor:

Preta

RELATO DA OCORRÊNCIA

O noticiante compareceu a esta delegacia de Polícia Civil para informar que na data supracitada estava transitando pela PI-115 à noite, quando próximo a localidade PEDREIRA, quando avistou dois animais(VACA), o noticiante conseguiu se esquivar da primeira, mas colidiu com a segunda perdendo o controle de sua motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, COR PRETA DE PLACA NJO-1157 vindo a bater no quebra mola, com a queda obteve escoriações e apresentando otorragia com queixa de cefaleia associado a tontura. Sendo socorrido e levado ao hospital de CAMPO MAIOR e seguida sendo encaminhado ao HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA-HUT, onde realizou cirurgia e todo tratamento necessário. Motivo pelo qual compareceu a esta delegacia para registro de

Boletim de Ocorrência emitido em: 09/07/2019 09:22 - SisBO@2011-2019 ATI

Página 1/2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612070588000000010088712>
Número do documento: 20070612070588000000010088712

Num. 10632902 - Pág. 47





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

342 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 128567.000385/2019-81

ocorrência. Era o que tinha a informar.

Francisco Kempas De Sousa Cruz
Francisco Kempas De Sousa Cruz - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA

Manoel Silva de Sousa
MANOEL SILVA DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação



Recebido em:
02 ABR 2019
MEDIDA CORRETIVA DE
SEGURANÇA



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: **051.062.593-20** 4 - Nome completo da vítima: **MANOEL SILVA DE SOUSA**

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

5 - Nome completo: **MANOEL SILVA DE SOUSA** 6 - CPF: **051.062.593-20**
7 - Profissão: **DESEMPREGADO** 8 - Endereço: **LOCALIDADE BAIXA FRIA** 9 - Número: **S/N** 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **CASTELO DO PIAUÍ** 13 - Estado: **PI** 14 - CEP: **64.340-000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): **(86)981465079**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: **0616** CONTA: **00118225** 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 (vairascor)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)

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, **Tererina, 02 de Agosto de 2019**

* **Manoel Silva de Sousa**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0325180019 3 - CPF da vítima: 051.062.593-20 4 - Nome completo da vítima: MANOEL SILVA DE SOUSA

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

5 - Nome completo: MANOEL SILVA DE SOUSA 6 - CPF: 051.062.593-20
7 - Profissão: LAVADOR 8 - Endereço: AVENIDA SÃO FRANCISCO 9 - Número: 151 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: JUAZEIRO DO NORTE 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.343-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0636 CONTA: 119684 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (filhos)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JUAZEIRO DO NORTE, 22.10.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

10/2/2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061207058800000010088712

Número do documento: 2007061207058800000010088712

**HOSPITAL REGIONAL DE CAMPO MAIOR**

CONTORNO,
SAO LUIZ, CAMPO MAIOR/PI - 64280-000
CNPJ: 06553564000642
(86) 3252-4546 - (86) 3252-1372

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0237253
Data: 14/04/2019
Funcionario: MSARAIVA

Registro: 32128
Hora: 20:26:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 108

SUS

MANOEL SILVA DE SOUSA

Nasc.: 25/01/1990 Idade: 29 ANOS, 3 MESES, 20 DIAS Profissão: LAVRADOR Civil: CEP: 64285-000
End.: LOC EXTREMAS, 0 - Bairro: ZONA RURAL Cidade: SIGEFREDO PACHECO/PI
Cor: PARDA Telefone: (86) 9817-57993 Mãe: MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA Pai: JOAO MATIAS DE SOUSA

Clinica: CLINICA MEDICA

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060118 ACOHLIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO
0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame físico:

paciente vítima de acidente de moto. - c/ceto, glax 10, sepe, alteração.

Hora: ____:____
☐ Internação

Exames Complementares:

- pulzido no v. de torax e colu cervical, sem
dulto.

Diagnostico provavel:**Prescrição Médica:**

Recebido em:
02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

- 1) # O.P. - 2000-11-10 - em 04 horas
- 2) Polite para a - torax e colu cervical
- 3) Exame físico - 04 horas - 00 horas
- 4) Viteira 1/21 - 04 horas - 07 horas

04 22:10 980-990 FC 72 bpm.

20:50
Cfide

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 20:33:47

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: PACT. VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA COM TRAUMA NA CABEÇA, ESCORIAÇÕES MULTIPLAS PELO CORPO

Alergias: DESCONHECE.

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg 130/80

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl 184

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Condulta: AO CLÍNICO GERAL.

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

64196 - JOSE EDINO MONTE ARAUJO
Enfermeiro Responsável

Francisco Rodrigues
Médico
CRM PI 5200

MANOEL SILVA DE SOUSA

5200 - FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
Médico Responsável



P 72

SpO₂ 97% de ambiente

(P1) 130 x 80 mmHg

ritmo cardíaco 96. Fatores
compressão

Kássia Andrade e Silva
Enfermeira
COREN-PI 336.765

22-50 - Encaminhado ao HUR. Consciente,
orientado, sensível, pupilas isocó-
licas e foto-reflexos, reflexos, MP
pulso em 96. Apresenta hematóides.
P 74, SpO₂ 96% de ambiente, (P1) 130 x 80 mmHg

Kássia Andrade e Silva
Enfermeira
COREN-PI 336.765

Recebido em:

02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



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:	12/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL SILVA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 000000119684-8

Nr. da Autenticação 5FAC3EFCF5664FA0



CAIXA

Distribuição Piauí

SEM CÓDIGO

1380195-3

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Nazaré 753 - Centro - Teresina - PI
(085) 301.0400 - Fone/Fax: (085) 301.089-5
FAX: (085) 301.089-5
Regime especial de atendimento aos clientes em 24h

Nº da Nota Fiscal: 017669538

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE, no âmbito
desta UG nº 10.437 de 24 de abril de 2011.

CONTA Nº	PERÍODO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
FEVEREIRO/2019	19-02-2019	118	73,88

MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA
LC BAIXA FRIA S/N SIGEFREDO PACHECO B-RURAL
CPF: 00000165780312
CEP: 64.340-000 - CASTELO DO PIAUÍ

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO	DATA DE VENCIMENTO
Parcela	12/02/2019
Parcela	11-01-2019
Parcela	14-03-2019
Parcela	11-02-2019
Parcela	12-02-2019
Parcela	32

RESID. BX. RENDA	MONO	A1293561	1.4.1.1	115
------------------	------	----------	---------	-----

HISTÓRICO DE CONSUMO		RESUMO DA CONTA		
JAN/19	102	CONSUMO	50 A R\$ 0,300370 =	9,01
DEZ/18	118		70 A R\$ 0,514933 =	36,04
NOV/18	130		18 A R\$ 0,772400 =	13,90
OUT/18	135	DIFERENÇA DE TARIFA		46,01
SET/18	116	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		32,27
AGO/18	119	MULTA POR ATRASO 01/19-00		1,14
JUL/18	108	JUROS POR ATRASO 01/19-00		0,05
JUN/18	110			
MAI/18	69			
ABR/18	113			

LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO DE PAGAMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 11-02-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

ASSINADO EM: BA45.5DB3.6479.C98C.6E88.6446.739F.3417

COMPARAÇÃO DE CUSTOS	INDICADORES DE CUSTO
Consumo	21,26
Energia	41,03
Transmissão	6,94
Distribuição	4,37
Tributos	31,36
Base de Cálculo	104,96
Alíquota ICMS	22,00%
Valor do ICMS	23,09
Valor do PIS	1,47
Valor do COFINS	6,60

7,27	14,53	29,06	3,86	7,73	15,45	4,14
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
CAMPO MAIOR				12/2018		20,65

Recebido em:

02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 359 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 (Insc. Estadual: 15.391.383-5)
Sede: Rua do Centro de Energia Física - Senehal
Seguindo a Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

Para contato
comercial, informe
seu NÚMERO

SEU CÓDIGO

0831290-7

Nº da Nota Fiscal: 025340236

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	09/08/2019	30	21,97

ANA LUCIA MOREIRA MELO LUCIA VARIEDADES E PAPELARIA S
AV. SÃO FRANCISCO 151 CENTRO

CNPJ: 00003527292349

CNPJ: 00003527292349 - JUAZEIRO DO PIAUÍ

Atual:	Atual:
Anterior: 17361	Acrescentar: 02/08/2019
Constante de Multicatégoria: 17343	Próxima Leitura: 05/07/2019
Consumo Medido: 1.000	Emissor: 03/09/2019
Consumo Estimado: 18	Apresentação: 01/08/2019
Fonte de Faturamento: 30	Data de Consumo: 02/08/2019

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Utilização: MINIMO, Número Medidor: 783442, Poste: 23, Código Pat.: 23, área 22,00m²

RESISTÊNCIA: 783442, DESCRIÇÃO DA CONTA: 1-1-1-1, 23

MÊS	VALOR	CONSUMO	VALOR
JUL/19	15	30 A R\$ 0,686312 =	20,58
JUN/19	19	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	1,89
MAI/19	20	BÔNUS ITAPIU - ART. 21 LEI N.	0,50
ABR/19	21	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,41
MAR/19	25	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	0,88
FEV/19	24		
JAN/19	23		
DEZ/18	28		
NOV/18	28		
OUT/18	33		

DEBÍTO: 21,97
R\$ 21,97 - 8,3205

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mês/Ano: 07/2019, Valor R\$: 23,36. Unidade consumidora sujeita a pagamento de vencimento de energia elétrica a partir de 17/08/2019 em função das contas vencidas nesta data. O não pagamento poderá acarretar suspensão de fornecimento de energia elétrica. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar esta aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 5 15 20 25

RESERVAÇÃO DO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA: R\$ 23,36

Distribuição:	Alíquota ICMS:	Valor do ICMS:
5,56	10,71	20,58
1,81	1,81	

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
0,88	1,40%	0,29
1,62	6,49%	1,33

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
7,27	14,53	29,06
3,86	7,73	15,45
4,14		

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
0,00	0,00	0,00

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
7,27	14,53	29,06
3,86	7,73	15,45
4,14		

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
0,00	0,00	0,00

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
7,27	14,53	29,06
3,86	7,73	15,45
4,14		

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
0,00	0,00	0,00

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
7,27	14,53	29,06
3,86	7,73	15,45
4,14		

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
0,00	0,00	0,00

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
7,27	14,53	29,06
3,86	7,73	15,45
4,14		

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
0,00	0,00	0,00

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
7,27	14,53	29,06
3,86	7,73	15,45
4,14		

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
0,00	0,00	0,00

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
7,27	14,53	29,06
3,86	7,73	15,45
4,14		

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
0,00	0,00	0,00

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
7,27	14,53	29,06
3,86	7,73	15,45
4,14		

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
0,00	0,00	0,00

Unidade Consumidora	Unidade Consumidora	Unidade Consumidora
7,27	14,53	29,06
3,86	7,73	15,45
4,14		



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061207058800000010088712

Número do documento: 2007061207058800000010088712



06421012



CTCE SRE VADOR BA PE 11
ANTONIO ARAUJO DA SILVA
AV AV MILO OLIVEIRA 1412
CASA FRIPIZA
64280-000 CAMPO MAIOR PI

DATA DE VENCIMENTO: 25/09/19 - DATA DE POSTAGEM: 13/09/19



215210573084030000038913030130919

Sucesso via internet e outros serviços
Via App Minha Claro
Registre-se no app: claro.com.br
Para mais informações
Sua Claro é melhor do que 1000
Para mais informações, ligue 1000
Para mais informações, ligue 1000

Veja aqui o que está sendo cobrado:		
1. Plano Contratado	R\$	49,99
2. Outros Lançamentos	R\$	1,20
Total	R\$	51,19

Período de Uso
de 07/08/2019 a 06/09/2019

Vencimento
25/09/2019

Valor médio no último faturar: R\$ 44,07

* Plano Contratado 86 99412 1453
Oferta Contrata: Claro MA
Aplicativo Claro
Claro Controle Plus - Minutos Ilimitados (158)
Desconto Claro Controle 4GB - Minutos Ilimitados (158)
Serviços Incluídos no seu Plano
Pacote de Dados: Claro 4GB

Valor R\$
49,99

1,20

Sub Total - Plano Contratado

R\$ 49,99

3. Outros Lançamentos
ou de Débito

1,20

Sub Total - Outros Lançamentos

R\$ 1,20

Total a Pagar:

R\$ 51,19

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



Pague sua conta nos bancos e lojas credenciadas e o boleto por atraso será cobrado na próxima conta. Contribua e pague FUSF e FUNTIF (6% e 0,20% do valor da
em caso de repasse do cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1131. Ao ligar, informe o nº do reclamo, seu nome e endereço na prestadora.

Atendimento Especializado

Para mais informações



Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
ANTONIO ARAUJO DA SILVA	110452294	07/08/19 a 06/09/19	R\$ 51,19	25/09/19
Claro NE DDD 81 e 89				

84810000000-8 | 51190221201-7 | 90925110452-5 | 28402118122-9



Atenuação Médica: a assinatura deve ser feita em uma das partes
esta parte da folha, para não danificar o código de barras.

00401012

Pág. 1 de 2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061207058800000010088712

Número do documento: 2007061207058800000010088712



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)
Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 06

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 Ovidória: 0800 021 92 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/BIBLIOTECAS/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 ARAÚJO DA SILVA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 934.387.903 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MANOEL SILVA DE SOUSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.062.593, 20

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima MANOEL SILVA DE SOUSA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.062.593, 20, 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>AV: NÍLO OLIVEIRA</u>	Número: <u>1917</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>FRIEIRA</u>	Cidade: <u>CAMPO - MAIOR</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.280-000</u>	Tel. (DDD): <u>86-99413-5468</u> <u>86-98357-4399</u>

Local e Data: CAMPO - MAIOR - PI 22.10.2019

Antonio Araújo da Silva

Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, MARIA DO CARMO DA SILVA GOMES,
RG nº 2.017.154, data de expedição 08/03/16,
Órgão SSP, portador do CPF nº 997.803.803-53,
com domicílio na cidade de JUAZEIRO DO PIAUÍ, no Estado de
PIAUI, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
NELINHO ANDRADE, nº 2233,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
MANOEL SILVA DE SOUSA, cujo o condutor era
MANOEL SILVA DE SOUSA.
Veículo: MOTO Modelo: _____ Ano: 2010
Placa: NIO 1157 Chassi: 9C2JC4110AR541086
Data do Acidente: 14/04/2019

Local e Data: 02 de agosto de 2019, Teresina

Recebido em:

Maria do Carmo da Silva Gomes

Assinatura do Declarante

02 AGO 2019

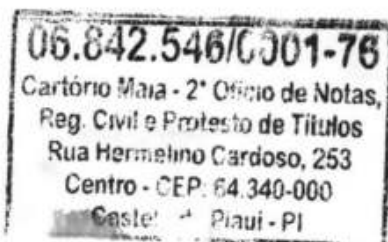
Manoel Silva de Sousa

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Reconheço a(s) firma(s) autêntica(s) de Maria do Carmo da Silva Gomes e Manoel Silva de Sousa em Testemunho _____ da verdade
Cartório do Piauí-PI 30/07/2019
Manoel Silva de Sousa
Tabela





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

Recebido em:

02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

NOME DO PACIENTE: Manoel Silva de Sousa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 508424

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".

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





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 ZCH
Car Gomes

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 15/04/2019 00:22:18
User: ANTONINO MOITA
(Estação: CONSULPA03)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MANOEL SILVA DE SOUSA			Prontuário:	508424
Mãe:	MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA		Pai:	JOAO MATIAS DE SOUSA	
End.Resid.:	EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI - CEP: 64285-000				
Nascimento:	25/02/1990	Idade:	29a1m18d	Sexo:	Masculino
Responsável:	ANA LUCIA MOREIRA MELO		Fone:	86-98112-1850	
Profissão:	LAVRADOR		CNS:	702801657049764	
G. Instrução:	Não informado		Documento:	RG: 3087794 - SSP PI	
			E.Civil:	União Estável	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Idigo:	717036	Entrada:	14/04/2019 23:57:51	Convênio:	S U S	Proced:	0301060061
Motivo da Procura	(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC						
Condução:	AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR						

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
	HUT DR. ZENON ROCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA EXAME: Crânio + Tx + Abd/Pel DATA: 18/4/19 em 00:21	Indefinido
Breve História Clas. Risco:		

SSVV:	(Hora: ____ : ____)								
Peso:	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 (MOTO-CARRO), ACERCA DE 6 HORAS, SEM USO CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, APRESENTA OTORRAGIA ESQUERDA.

- A) VIAS AEREAAS PERVIAS, FASICA SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, PULSO: 61 BPM, SATO2: 97%.
- C) RR, 2T, BNF, SS. Pelve estável e abdome inocente
- D) PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES
- E) CURATIVO

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:

- (1195124) - T.C. DE CRANIO
- (1195125) - T.C. DE TORAX
- (1195126) - T.C. DE PELVE

Prescrição Médica:

SF 0,9% 500ML, EV, PMV
DIPIRONA 500MG - 1 AMP + AD, EV, AGORA
TILATIL - 1 AMP, EV, AGORA

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 15/04/2019 00:22:17

Recebido em:

02/03/2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Márcia 97390
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





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



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Nome: MANOEL SILVA DE SOUSA

Prontuário: 508424

Consulta: 717036

Impr: 15/04/2019 00:22:18

Tipo Sanguíneo:

Fator RH:

Peso (Kg):

Altura (M):

0,00

IMC (Kg/m²):

0,00

ITEM:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO:

SINAIS VITAIS:

SF 0,9% 500ML, EV, PMV
DIPIRONA 500MG - 1 AMP + AD, EV, AGORA
TILATIL - 1 AMP, EV, AGORA

HORA: T: P: R/SatO2: PA: Dor: Glicemia Diurese

Dr. Rafael Junio A. da Costa
Médico
CRM-PI: 6994

REGISTROS DE ENFERMAGEM:

01: 45 - Pte. em SO, sob cpdo de anedonia q-
ual, imbutado sob m. realizada paragem de
SVD n: 16, comparam. observação imbut do mesmo
diagnóstico (m. Thayer). Tem noturno univ. de
Cristine Trigueiro de Mello Espin
COREN - PI 149117
ENFERMEIRA

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Médica
CRM-PI: 6994
CONFERE COM O ORIGINAL

Recebido em:
02 Ago 2019
MEDICINA CORRETORA DE
SEGUIROS



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 38470 - Em: (15/04/2019)

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.:	Clinica:	Enfermagem:	Leito:	Médico Assistente:
236999	508424	MARCEL SILVA DE SOUSA	25/02/1990	CLINICA NEUROLOGIA - P07	SUPLENTE	09	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS

Diagnóstico/Comorbidades:
F05.09 HDA

Seq.:	Descrição-Apresentação/Constituição:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
-------	--------------------------------------	-------	--------	------	-------	---------	------------	-----------	--------------------------

1	CIORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 8 AD	50,00	mg	EV	8/8h				
3	FENITOÍNA SÓDICA 50MG/ML, INJ. 5ML FAZER 2ML + 100ML SF 0,9% EV 8/8h	1,00	Ampola	EV	8/8h		AD		
4	DIPLOONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	8/8h		AD		
5	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 8AD EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	IM	SN				
6	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITACÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	EV	SN		SF 0,9%		
7	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6h - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN		AD		
8	MORFINA 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4h SF	2,00	Comprim	Oral	8/8h				
9	CAPTOPRIL 25MG SE PAV 160/110mmHg	1,00	Frasco-	EV	6/6h				
10	CEFALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ. DI	1,00	Ampola	EV	12/12h				
11	TEROXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h				

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° / FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA / SINAIS VITAIS: TEMPERATURA 36,5°



**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**

UNIDADE DE SAÚDE:

2

MÉDICO / CRM:





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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 38976 - Em: (18/04/2019)

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dr. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
236999	508424	MANOEL SILVA DE SOUSA	25/02/1990	CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 212	LEITO 09	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS				
Evolução:		Dr. Edson de Jesus									
Hora:		Alergia: Nenhum									
Seq.:		Descrição-Apresentação/observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta											
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO)		1,00	Frasco	EV	12/12h					8:05: Pt de alta
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.		50,00	mg	EV	8/8h					Verpaden. contra
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Ampola	EV	6/6h					Somelou CORNU 388417
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Ampola	EV	8/8h					(505PEN50)
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML.		1,00	Ampola	IM	SN					
6	TRANADOL 100MG/2ML INJETAVEL.		1,00	Ampola	EV	SN					
7	MORETINA 10MG/ML INJ. C/1ML.		1,00	Ampola	EV	SN					
8	CAPTOPRIL 25MG		2,00	Comprim	Oral	8/8h					
9	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.		1,00	Ampola	EV	12/12h					
10	FENITOINA SÓDICA 100 MG		1,00	Comprim	Oral	8/8h					
11	LEVONEPRONAZINA 4% (40MG/ML), SOL. ORAL		1,00	Frasco	Oral	24/24h					

Observações Gerais:

CABECHEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA + SINAIS VITAIS REGULARES + NEUROCHECK 2/2 B

18/04/2019 06:59:06

MARCUS VINICIUS



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Manoel Silva de Jesus</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>HEIDA</i>		
Operação - Tipo <i>Drenagem HEIDA</i>		
Cirurgião <i>Thiago Guimarães</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista <i>José</i>	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>15/01/19</i>	Início	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)


1. Fôl na deulata dorsal, sda encéfalo geral; 2. Anestesia, antipirina e compressas aquecidas; 3. Incisão cutânea parietal posterior @; 4. Abertura e drenagem de um abscesso; 5. Lavagem com solução fisiológica @; 6. Drenagem de HEIDA; 7. Amarelo de dorsal + hemostático; 8. Comprimido; 9. Dreno e curativo; 10. Sutura por planos; 11. Curativo

Joana Lúcia Mendes da Mesquita
Médica - 47350
SABE - 1071
CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. Thiago C. Guimarães
Médico Cirurgião
CRM 13.000.000-0
SABE 1071

Mod. 76 HUT



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 196540	
	AIH: 2219100281277	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE MANOEL SILVA DE SOUSA	NASCIMENTO 25/02/1990	SEXO M	PRONTUÁRIO 508424
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA	RESPONSÁVEL ANA LUCIA MOREIRA MELO
CEP 64285000	ENDEREÇO - LOGRADOURO EXTREMA			NUMERO / LOTE S/N
BAIRRO ZONA RURAL	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO SIGEFREDO PACHECO	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOBILÍSTICO SEM USO DE CAPACETE, APRESENTANDO OTORRAGIA ESQUERDA COM QUEIXA DE CEFALÉIA ASSOCIADO À TONTURA. EM TC DE CRÂNIO: HEDA TEMPORO-PARIETAL ESQUERDA + HSAT COM INDICATIVO CIRÚRGICO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS A CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO + TC DE CRÂNIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S064 - HEMORRAGIA EPIDURAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0403010276 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

LEITO/CLÍNICA NEUROCIRURGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) THIAGO CARDOSO GUIMARAES CPF: 97466352391
CARÁTER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 14/04/2019
DATA ADMISSÃO 14/04/2019 23:57	DATA ALTA 24/04/2019 11:00
MOTIVO 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)) JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 03834832391	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CRM: 15/04/2019 09:30:47
--	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

Joana Luísa Mendes de Menezes
Matrícula: 47280
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

236999

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

196540

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

236999

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MANOEL SILVA DE SOUSA

6 - Prontuário: 508424

7-CNS: 702801657049764

8-Nascimento: 25/02/1990

9-Sexo: Masculino

RG: 3087794 - SSP PI

11-Mãe: MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA

12-Fone: 86-98112-1850

13-Resp: ANA LUCIA MOREIRA MELO

14-Cor: Parda

15-End: EXTREMA - ZONA RURAL - CEP: 64285-000

16-Munic: SIGEFREDO PACHECO

17-Cod. IBGE: 221065

18-UF: PI

19-CEP: 64285-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Queda de cabeça com 1 do ac

21 - Condições que justificam a internação:

Risco de morte

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

TC crânio: HENA F-T-D @

-Diagnóstico Inicial:

Hemorragia epidural

24-CID Prin:
S06425-CID Sec.:
26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:
0403010276

27-Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.:

02

01

CPF

32-Doc. Méd. Solic.:
974.663.523-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

THIAGO CARDOSO GUIMARÃES

34-Data Solicitação:

14/04/2019

35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

37- () Acidente Trabalho Típico

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (SOLIMAR BRITO)

Consulta Local: 717036

Consulta SUS:

Impressão: 15/04/2019 01:28:30



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
DATA: 15/04/19	P. ARTERIAL 110 x 70 mmHg	PULSO 92 bpm	RESPIRAÇÃO 100 f.	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA Paciente chega em sala com sang. descontrolado Glasgow 3+3+6							
SISTEMA CIRCULATÓRIO Suficiente hem. em an. anhem. hemodissemia							
SISTEMA RESPIRATÓRIO tabul. sem hister. de alergia							
SISTEMA DIGESTIVO							
SISTEMA URINÁRIO							
ESTADO MENTAL							
CORTICOIDES ATARAXICOS OUTROS							
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO							
FÍSICOS							
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)							
APLICADO AS EFEITOS							
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO					TOTAL DE DOSES
		1 AR					
		2 AR					
		3 SEVO					
LÍQUIDOS		SO-UTO 500					
		SANGUE 400					
		OUTROS 100					
TEMPERATURA T		C°					
P. ARTERIAL V O PULSO		38					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS							
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES							
INCIDENTE - ACIDENTE		Abuso 1, Abuso 2					
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							

MOD 76 - HUT

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 7390
SAÚDE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____
Proc. Nº _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 15 / 04 / 2019

NOME DO PACIENTE: <u>marcel silva de sauto</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>50 84 24</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>gsc</u>	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: <u>frago</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>gual</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>frago</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 11,24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 615,710	PAR	05	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	120		PVPI DE GERMANTE	ML	50	
ALGODÃO	BOLA	02		PVPI TÓPICO	ML	50	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	06	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	50		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº 14	UNID.	02					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA		05	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Beletrados		04	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				surgeon		02	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Bele Pare omo		01	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				Bioboplar		01	
ALCOFIL 0	01			Conte de bisturi		01	
MONONYLON 20,30	07			craniotomo		01	
FITA UMBILICAL				sonde Foley		01	
VICRYL 2.0	3.0			calibre Fichard		01	
PROLENE 4.0, 3.0	05						
				ENFERMARIA:			
				CIRCULANTE: <u>Panne</u>			

João Mendes de Mesquita
Matr. 17350
SME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Manuel Silva de Sousa

HORÁRIO DE ADMISSÃO 03 hs 25 min

IDADE _____ anos

DATA 15/04

CIRURGIA REALIZADA Hematomas - Extradural

TIPO DE ANESTESIA ☒ GERAL ☐ RAQUE ☐ BLOQUEIO ☐ PERIDURAL ☐ SEDAÇÃO

CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS

HORÁRIO

	ADMISSÃO		SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>147/186</u>	<u>07:10</u>	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>82</u>	<u>128/173</u>	<u>135x72</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>97</u>	<u>70</u>	<u>84</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		<u>96.1</u>	<u>93.1</u>
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<u>Raquel</u>	<u>MF Ana Carolina</u>	<u>Souza</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

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

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR ALTA



TOTAL 09

ASS. Manuel

MF Ana Carolina
COREN-PI 20517 - ENF

☒ Sonda Vesical

☒ Dreno de Sucção

☐ Dreno Torácico

☐ DVE

☐ Colostomia

Sonda () Nasog () Nasoe

hs <u>8:50</u> mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

03:25 - Paciente chega na RPA no PCU de atendimento cirúrgico de hematoma extradural, sonolento, extubado, SpO₂ hemodinamicamente estável, em H₂O, sem queixas, dreno sucker funcionando, diurese por SVD V= 850 mL

07:10 Despuzeado por SVD. 800 mL de diurese concentrada

08:05 volta de SRPA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORT [] NEU [] CIR [] MÉD

**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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MANOEL SILVA DE SOUSA** (Prontuário: 508424)
Endereço: EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000
Nascimento: 25/02/1990 Idade: 29a1m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 717036
Requisição: 943227 Solicitação: 15/04/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
Controle: 1195124 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 15/04/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- FRATURA CRANIANA NA REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA, ESTENDENDO-SE À MASTÓIDE ESQUERDA.
- HEMATOMA EXTRA-DURAL NA REGIÃO TEMPORO-PARIETAL À ESQUERDA.
- HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR NA REGIÃO TEMPORO-OCCIPITAL ESQUERDA, CONTENDO BOLHAS GASOSAS.
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDE.
- DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MEDIANA PARA DIREITA (0,7 cm).
- CONTUSÕES HEMORRÁGICA NOS LOBOS FRONTAL, TEMPORAL E PARIETAL À ESQUERDA.
- AUSÊNCIA DE HIDROCEFALIA.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/04/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47760
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061207058800000010088712>

Número do documento: 2007061207058800000010088712

Num. 10632902 - Pág. 73



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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MANOEL SILVA DE SOUSA** (Prontuário: 508424)
Endereço: EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000
Nascimento: 25/02/1990 Idade: 29a1m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 717036
Requisição: 943228 Solicitação: 15/04/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
Controle: 1195125 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 15/04/2019

T.C. DE TORAX

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

- PARÊNQUIMA PULMONAR COM TRANSPARÊNCIA NORMAL.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/04/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47290
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612070588000000010088712>

Número do documento: 20070612070588000000010088712

Num. 10632902 - Pág. 74



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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MANOEL SILVA DE SOUSA** (Prontuário: 508424)
Endereço: EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000
Nascimento: 25/02/1990 Idade: 29a1m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 717036
Requisição: 943229 Solicitação: 15/04/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
Controle: 1195126 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 15/04/2019

T.C. DE PELVE

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

- URETERES DISTAIS DE CALIBRE NORMAL.
- BEXIGA DE CONTORNOS REGULARES E DIMENSÕES NORMAIS.
- PRÓSTATA SEM ACHADOS RELEVANTES.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIAS DE LESÕES EXPANSIVAS NA CAVIDADE PÉLVICA.

CONCLUSÃO: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME INFERIOR NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/04/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes da Mesquita
Matrícula: 47390
SANE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MANOEL SILVA DE SOUSA** (Prontuário: 508424)
Endereço: EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000
Nascimento: 25/02/1990 Idade: 29a1m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 717036
Requisição: 943230 Solicitação: 15/04/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
Controle: 1195127 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 15/04/2019

T.C. DE ABDOME SUPERIOR

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E Pelve DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 15/04/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 41390
SAMT - HUT
CONFERE COM ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061207058800000010088712>

Número do documento: 2007061207058800000010088712

Num. 10632902 - Pág. 76



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: **MANOEL SILVA DE SOUSA** (Prontuário: 508424)
Endereço: EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000
Nascimento: 25/02/1990 Idade: 29a1m19d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 236999
Requisição: 943686 Solicitação: 16/04/2019 Solicitante: THIAGO CARDOSO GUIMARÃES
Controle: 1196126 Convênio: SUS CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 09

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 16/04/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- CRANIOTOMIAS FRONTAL, TEMPORAL E PARIETAL ESQUERDAS COM CATETER INTERPOSTO NO TECIDO CELULAR SUBCUTANEO ADJACENTE.
- HEMATOMAS SUBGALEAIS AGUDOS DIFUSOS, BILATERALMENTE, DE MAIOR VOLUME À ESQUERDA.
- EDEMA/HEMATOMA EM REGIÕES PERIORBITÁRIA E GENIANA À ESQUERDA.
- ÁREAS DE ENFISEMAS SUBCUTÂNEOS EM REGIÃO FRONTAL BILATERAL E TÊMPORO-PARIETAL ESQUERDA.
- HEMATOMAS SUBDURAIS AGUDOS EM CONVEXIDADES FRONTAL, TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL ESQUERDAS APAGANDO SULCOS CORTICAIS ADJACENTES.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS COM EDEMAS MARGINAIS EM LOBOS TEMPORAL, E OCCIPITAL ESQUERDO, CAUSANDO COMPRESSÃO SOBRE O VENTRÍCULO LATERAL ESQUERDO.
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDE AGUDA EM REGIÃO FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 16/04/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

Joana Luiza Mendes da Mesquita
Matrícula: 17350
SAME HUT
CONFERE COM ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612070588000000010088712>

Número do documento: 20070612070588000000010088712

Num. 10632902 - Pág. 77

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MANOEL SILVA DE SOUSA** (Prontuário: 508424)
Endereço: EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000
Nascimento: 25/02/1990 Idade: 29a1m23d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 236999
Requisição: 945071 Solicitação: 20/04/2019 Solicitante: JOAO ALFREDO BARROS PAZ
Controle: 1198954 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 09

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 20/04/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- CRANIOTOMIAS FRONTAL, TEMPORAL E PARIETAL ESQUERDAS.
- HEMATOMAS SUBDURAIS AGUDOS EM CONVEXIDADES FRONTAL, TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL ESQUERDAS, APAGANDO SULCOS CORTICAIS ADJACENTES.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS COM EDEMAS MARGINAIS EM LOBOS TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL ESQUERDOS, CAUSANDO COMPRESSÃO SOBRE O VENTRÍCULO LATERAL ESQUERDO.
- LEVE DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MEDIANA PARA DIREITA (0,5 CM).
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/04/2019

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAÚDE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MANOEL SILVA DE SOUSA** (Prontuário: 508424)
Endereço: EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64285-000
Nascimento: 25/02/1990 Idade: 29a1m27d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 236999
Requisição: 946689 Solicitação: 24/04/2019 Solicitante: MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS
Controle: 1202035 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 09

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 24/04/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- CRANIOTOMIA FRONTO-PARIETO-TEMPORAL A ESQUERDA.
- HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO-PARIETO-TEMPORAL A ESQUERDA.
- PEQUENOS HEMATOMAS SUBDURAIS AGUDOS AO NÍVEL DA CRANIOTOMIA.
- APAGAMENTO PARCIAL DO VENTRÍCULO LATERAL ESQUERDO, COM DESVIO CONTRALATERAL DAS ESTRUTURAS MEDIANAS, MEDINDO 0,7 CM.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS COM EDEMAS MARGINAIS EM LOBOS TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL ESQUERDOS.
- MATERIAL HEMÁTICO EM TENDA CEREBELAR A DIREITA.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 24/04/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

Recebido em:
02 AGO 2019
MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Joana Lúcia Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SIAUT - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061207058800000010088712>

Número do documento: 2007061207058800000010088712

Num. 10632902 - Pág. 79