

Pj e ProceComCiv 0800437-54.2020.8.18.0026
MANOEL SILVA DE SOUSA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO...

10632742 - CONTESTAÇÃO (2731406 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 06/07/2020 12:07:07

06 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10632732 - CONTESTAÇÃO
 - 10632742 - CONTESTAÇÃO (2731406 CONTESTACAO 01)
 - 10632902 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10632905 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuraçao compressed web)
 - 10632910 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10632911 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (SUBSTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 9

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

PROCESSO: 08004375420208180026



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
10632 902	06/07/2020 12:07	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	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
SUS

Senha 108

CPF: - RG: 3087794 - SUS: 702B01657009.

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

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 DA SILVA SOUSA

Clinica: CLINICA MEDICA

Demand: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clínica/Exame Físico:

- ei ciliar, glau 10, sepe, retinagio.

Hora: _____

Internação

Exames Complementares:

- realizados no ex de torax e colo cervical.
deltos.

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

1. FOP: 2000-1000m 04 horas
2. Apolo 2000 a 1000 e Cola 1000
3. Nitrofurano 500 - 04 pote de 100 gos
4. Metamf 80 - 04 compr 200 mg cada.

200
Off

Hora: 20:33:47

Anotações da Classificação de Risco

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, ESCORTAÇÕES MULTIEPLAS PELO CORPO

Alergias: DESCONHECE.

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg 120/80
FC: 0 bpm

TAX: 0%

Glicemia: 0 mg/dl

FR: 0 mmppm

Peso: 0 kg

SAT 02: 0

ECG: 0

Dor:

Observação:

Conduita: AO CLÍNICO GERAL.

54196 - JOSE EDINHO MONTE ARAUJO
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Alta Óbito Evasão Transferencia

Destino:

5200 - FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA
Médico Responsável

MANOEL SILVA DE SOUSA
Responsável



P 72

SpO₂ 97% ac. lúm. Sciente

(P1) 130 x 80 mm Hg

Intubação ia G. Fecho e extubado

Kássia Andrade e Silva
Enfermeira
COREN-PI 336.765

P 50 - Encaminhado aos hvr. Concomente,
vermecido, roncoento, pupila: macta-
vicos e gotos sanguíneos, expiração, ANP

peito em nsp. Apresenta hemoptise.

P 74, SpO₂ 96% ac. ausente, (P1) 130 x 80 mm Hg.

Kássia Andrade e Silva
Enfermeira
COREN-PI 336.765





NOME DO PACIENTE: Manoel Silveira de Souza

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 5084241

SERVICO 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 Almeida de Mesquita
Matrícula: 20200
SABE
CONFÉRENCIA NACIONAL



NEURO
Car. Geral

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> MANOEL SILVA DE SOUSA		<u>Prontuário:</u> 508424
<u>Mãe:</u> MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA	<u>Pai:</u> JOAO MATIAS DE SOUSA	
<u>End. Resid.:</u> EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEPREDO PACHECO - PI - CEP: 64285-000		
<u>Nascimento:</u> 25/02/1990	<u>Idade:</u> 29a1m1Bd	<u>Sexo:</u> Masculino
		<u>Fone:</u> 66-98112-1650
<u>Responsável:</u> ANA LUCIA MOREIRA MELO		<u>CNS:</u> 702801657049764
<u>Profissão:</u> LAVRADOR		<u>Documento:</u> RG: 3087794 - SSP PI
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E. Civil:</u> União Estável

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Edige:</u> 717036	<u>Entrada:</u> 14/04/2019 23:57:51	<u>Convênio:</u> S U S	<u>Proced:</u> 030160061
<u>Motivo da Procura</u> (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLESTA (MOTOC)			
<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
	HUT DR. ZENON ROCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA	Indefinido
<u>Breve Histórico Clas. Risco:</u>		
	EXAME: Crânio + Tg + Abd/Per	
	DATA: 15/4/19 00:21	
	TECNÓLOGO	

<u>SSVV:</u>	(Hora: ____ : ____)			
<u>Peso:</u> 0,00 Kg	<u>Altura:</u> 0,00 M	<u>TMC:</u> 0,00 kg/m ²	<u>P脉:</u> bpm	<u>Pressão:</u> mmHg
<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u>				
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (MOTO-CARRO), ACERCA DE 6 HORAS, SEM USO CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, APRESENTA OTORRAGIA ESQUERDA. A) VIAS AERÉAS PERTURBADAS, FASICA SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBYLOS, PULSO: 61 BPM, SARTO: 97% C) RR: 2T, BNF, SS. PELVE ESTÁVEL E ABDOME INOCENTE D) PUPILAS ISOCÓRICAS FOTOREAGENTES E) COHESIVO				

<u>Diagnóstico Inicial:</u>	<u>CID:</u>
?	

<u>Exames Complementares:</u>
(1195124) - T.C. DE CRANIO
(1195125) - T.C. DE TORAX
(1195126) - T.C. DE PELVE

<u>Prescrição Médica:</u>
SP 0,9% 500ML, EV, FMV
DIPIRONA 500MG - 1 AMP + AD, EV, AGORA
TIATIL - 1 AMP, EV, AGORA

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>		
<u>Observação (Adulto):</u>	<u>DATA:</u> ____ / ____ / ____	<u>HORA:</u> ____ : ____

<u>Rassinatura Paciente ou Responsável</u>
--

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





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) 236991

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

J96540

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES 5828856	Código de Internação 2369
4-CNES 5828856	

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
10-Mae: MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA	11-Fone: 86-98112-185		
13-Resp: ANA LUCIA MOREIRA MELO	14-Cor: Parda		
15-Endr: EXTREMA - ZONA RURAL - CEP: 64285-000	17-Cod.IBGE: 221065	18-UF: PI	19-CEP: 64285-000
16-Munic: SIGEPREDO PACHECO			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Queda de moto com ferida na

21 - Condições que justificam a internação:

Rico de Marte

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

TC crânio: RENAL F-T-D

-Diagnóstico Inicial:

Hemorragia epidural

24-CID Prim: 5064	25-CID Sec: 	26-CID Terc:
--------------------------	---------------------	----------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 29-Documento: 30-Caráter: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

0403010276 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

Tempo:

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02 01 CPF 974.663.523-91

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

THIAGO CARDOSO GUIMARÃES

14/04/2019

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



PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36- Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguidora:

40-Nº. Bilhete:

41-Série:

37- Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBO:

38- Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado:

47-Data Autorização:

Dr. EDNAN SOARES COUTINHO
CRM-PI 2007061207058800000010088712
Data: 14/04/2020
Ass. Ednan Soares Coutinho
Ass. Ednan Soares Coutinho

48-Documento:

49-Nº. Documento:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: **(SOLIMAS BRITO)**
Consulta Local: **717036**



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 196540	
	AIH: 2219100281277	

FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
	MANOEL SILVA DE SOUSA		25/02/1990	M	508424
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	RESPONSÁVEL		
		MARIA RIBEIRO DA SILVA SOUSA	ANA LUCIA MOREIRA MELO		
CEP	ENDERÉCOS - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE		
64385000	EXTREMA		SN		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
ZONA RURAL			SIGEFREDO PACHECO	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

VITIMA DE ACIDENTE MOTORIZADO 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.

CONDICÕES 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

CO/M/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 0403010276 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL

LEITO/CLÍNICA NEUROCRURGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
CARATÉR URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 14/04/2019
DATA ADMISSÃO 14/04/2019 23:57	DATA ALTA 24/04/2019 11:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	CRM: TILAO CARDOSO GUIMARAES CPF: 97466352391

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° 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: 00834812391 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE / AVALIAÇÃO / AUDITORIA
DATA ANÁLISE: 15/04/2019 09:30:47	CRM: DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

João Luis Mendes
SANTOS
CONFERTE COM O
PACIENTE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otton Tito 1826 Redenção - Fone: 86 3218 6445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

SUS

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 717036

Imp: 12/04/2015 00:22:18

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: MANOEL SILVA DE SOUSA	Prontuário: 508424	Local:	Leito:
Tipo Sanguíneo:	Fator RH:	Peso (Kg): 0,00	Altura (M): 0,00 IMC (Kg/m ²): 0,00

ITEM:	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO:	SINAIS VITAIS:							
			HORA:	T:	P:	R/SatO2:	PA:	Dor:	Glicemias	Diurese
	SE 0,9% 500ML, EV, PMV DIPIRONA 500MG - 1 AMP - AD, EV, AGORA TILATIL - 1 AMP, EV, AGORA									
<i>Dr. Rafael Júnio A. da Costa Médico CRM-PI: 6994</i>										
<i>João Alvaro Matos Santos Enfermeiro</i>										
REGISTROS DE ENFERMAGEM:										
01/15 - Pedi em 50, sob efeito de anestesia geral, intubado sob via reanizada para operação de seta no 16, conforme solicitação verbal do mesmo cirurgião (Dr. Thiago). Bem volumoso urinário.										
<i>Chilton Francisco CORDEIRO ENFERMEIRO</i>										





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)

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02			PRESCRIÇÃO MEDICAL					
Atendimento	Procurátor: Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:		
236899	508424 MANOEL SILVA DE SOUZA	25/02/1990	CLINICA NEUROLOGIA - PCT	SUPERIOR	072	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS		
Evolução:	TCE HEP-PC na melhora			Alergias:	Diagnóstico/Comorbidades:			
Hora:	C/TC controlado				POG OF RSDA			
Seq.: Descrição-Apresentação/Prescrição: Dose: Unid.: Via: Int.: Recoms: Dil.Vol.: Horários: RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:								
Dietas	ORAL Tipo BRANDA, Arches Benendo Laranja							
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SÓRIO FISIOLOGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h			
2	RANTITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 8 AD	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	DIPRICA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	8/8h	AD		
5	BROMOPERIDA 0,05/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 8AD EM CASO DE MAUASAR OU VÁMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h	AD		
6	HALOOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	SN			
7	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 8/8h - EM CASO DE DOR	1,00	Ampola	EV	SN	SF 0,9%		
8	INTENSIVA MORFINA 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3ML/8H/4/48 SE	1,00	Ampola	EV	SN	AD		
9	DOR INTENSA CAPOTOPRIL 25MG SE PAD 150/110MMHG	2,00	Comprim	Oral	8/8h			
10	CEFALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ. D1	1,00	Frasco	EV	8/8h			
11	TERNOXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h	P. Elton Bezerra 063		

Page 3 of 11 | 15/04/2019 08:54:18 | [MANOJ'S VINTAGE]



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

Assinado eletronicamente por EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:06:37
http://tiny.pie.ius.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/view_seam?x=20070612070588000000010088712

Número do documento: 2007061207058800000010088712

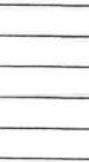
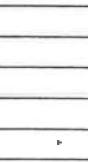
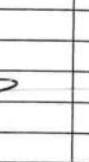
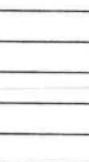
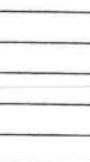
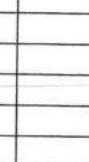
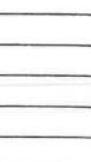
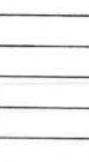
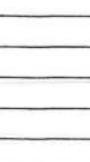
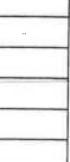
Num. 10633003 Pág. 8



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE Wendy de Souza		PRONTUÁRIO	CLÍNICA NCB	ENE. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO
DATA / HORA DA PRESCRIÇÃO 15/01/19	MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:				
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
1- Dext jeso stc 2 ^o orden 2- st 87% - 2500 ml (2) 21h 3- Captopril 40 (2) 6/6h 4- Diuram - 8mg (2) 6/6h - m 5- Plavil - 80mg (2) 1/12h - m 6- Omniprol 10g (2) 1/12h 7- Tichol - 10g (2) 22/12h 8- Tramadol 100 + veal 50 (2) 8/16h 9- Omeprazol 20mg 10- FSW - CCC 66						
 						
COPIA:              						

MÉDICO / CRM:



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. 9

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 9445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

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

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
236999	508424 MANOEL SILVA DE SOUSA	25/02/1990	CLINICA NEUROLOGICA P07	ENFERMARIA 212	LEITO 09	MARCUS VENICIOS OLIVEIRA DOS SANTOS
Evolução:	Até (Hospital suspenso) Hora: <i>18:00</i>			D1. <i>EDNAN</i> Alertas: <i>EDNAN</i>	Diagnóstico/Comorbidades: <i>Pós OP KERA</i> <i>Sua confusão - G14</i>	
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Hora:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA,					9:05: Pct de alto
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLOGICO) 100ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h	<i>despachar. Ento semelhanç COREN 38976</i>
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 8 AD	50,00	mg	EV	8/8h	<i>(SUSPENSO)</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	6/6h	<i>18/04/2019</i>
4	BRONOFRIDINA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 8 AD EM CASO DE NAUFRÉGIO OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h	<i>18/04/2019</i>
5	HALOOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITACAO PSICOMOTOR	1,00	Ampola	IM	8h	<i>18/04/2019</i>
6	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6H - EM CASO DE DOR	1,00	Ampola	EV	8h	8% 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	CAPTOFPRYL 25MG SE FAZ 160/110MG	2,00	Comprim	Oral	8/8h	
9	TENOXICAM 20MG/ML, PÓ P/BOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h	
10	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG	1,00	Comprim	Oral	8/8h	<i>EDNAN</i>
11	LEVOMEPROTIAZINA 4% (40MG/ML), SOL. ORAL GOTAS C/20ML FAZER 10 GOTAS VO À NOITE	1,00	Frasco	Oral	24/24h	<i>EDNAN</i>

Evações Gerais: CABECEIRA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 R

1 18/04/2019 06:59:06 | MARCUS VENICIOS



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

Num. 10632902 - Pág. 10

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Mayara
 PRESCRIÇÃO MÉDICA N.º: 40009 - EM: (24/04/2019)

Atendimento	Pronutário	Paciente:	Dt.Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
136994	508634	MARCEL SILVA DE SOUSA	25/02/1990	CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 211	LEITO 03	MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS			
Evolução: Hora: <i>E 06-17 CP daf/h</i> <i>Col: Tbl cefiro do sibol nov sibol 06</i> Diagnóstico/Comorbidades: <i>PO5 OF RIBA</i>										
Sig.	Descrição/Representação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recorr.:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dietas	ORAL, TIPO BRANDA, LAXANTE									<i>10h: Foncomunicação P1 TC cronic</i>
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SÓRIO FISIOLOGICO) 1000ML SIST FECHADO		1,00	Frasco	EV	12/12h				<i>16/20 7</i>
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML FAZER 2ML + 8 AD		50,00	mg	EV	8/8h				<i>14 2206</i>
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML EM CASO DE DOR OU FEVEREIRO		1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		<i>70bina 26</i>
4	BROMOCRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML FAZER 2ML EM CASO DE MAUSAS OU VÓMITOS		1,00	Ampola	EV	12/12h		AD		<i>laxante - infuso tópico laxante e bronquite</i>
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML EM CASO DE AGITACAO PSICOMOTOR		1,00	Ampola	IM	SN				<i>col/AD tópico nov degradação tópico</i>
6	TRAMADOL 100MG/2ML INFETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6h - EM CASO DE DOR INTENSA		1,00	Ampola	EV	SN		SF 0,9%		<i>degradação tópico</i>
7	CAPTOFIL 25MG SE P/AD 160/1100MG		2,00	Comprim.	Oral	8/8h				<i>DR. MARCOS VINICIUS O. DOS SANTOS</i>
8	FENITOINA SÓDICA 50MG/ML, INJ. 5ML FAZER 2ML + 100ML SF 0,9%		100,00	mg	EV	8/8h				<i>CRM-PI: 3950</i>
9	CLONAZEPAM 2,5 MG/ML, FRASCO 20ML FAZER 10 GOTAS VO À NOITE		1,00	Frasco	Oral	24/24h				<i>21</i>
10	ÓLEO MINERAL EURO 150/100ML		10,00	ml	Oral	8/8h				<i>14 2206</i>

Observações Gerais: CABECEIRA ELEVADA 30° - FISIOTERAPIA - MUSCULOS RESPIRATORIA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 1/2 h
 Neurocirurgião CRM-PI: 3950

HUT DR. ZENON ROCHA
 TOMOGRAFIA CEFALO-ABDOMINAL
 EXAME: 17/04/2019
 DATA: 24/04/2019
 TECNICO: *DR. ZENON ROCHA*

J.R.: P07 de ext-02-00
 Hospitalar *DR. ZENON ROCHA*



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 filho de Jaua</i>		
Diagnóstico pré-operatório <i>HEMIA</i>		
Operação - Tipo <i>Drenagem HEIA</i>		
Cirurgião <i>Juizinho</i>	1º Assistente	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista <i>José</i>	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <i>15/01/19</i>	Ínicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		

Relatório Imediato do Patologista
Acidente Durante a Operação

Descrição da Operação.
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1- Pôr anestesia dural, sub aracnóidea, paral, 2- Anexos, sub aracnóidea e crânio arquivar, 3- Fissura cutânea profunda e parcial (2). 4- Abertura e dural de um temporal, 5- Craniotomia temporal parcial (2), 6- Drenagem de óstros, 7- Encarceramento dural e hemostase, 8- Fechamento 9- Dreno, 10- cura, 11- Drenagem parcial por gastos, 12- Curar

Mod. 78 HUT



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO		
DATA: 15/04/19		P. ARTERIAL 100 x 70 mmHg	PULSO 90 bpm	RESPIRAÇÃO 100 l/min	TEMPERATURA 36,5°C	PESO 70 kg	ALTURA 175 cm
EXAMES DE SANGUE		GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLÓBINA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA Recente alergia ao amendoim causando desordem. Oliguria 3+3+6							
SISTEMA CIRCULATÓRIO		SISTEMA RESPIRATÓRIO			SISTEMA DIGESTIVO		
SISTEMA RESPIRATÓRIO		SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL					CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADAS	EFEITOS	
					TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÉNIO					
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 ml 400 ml SANGUE 300 ml 200 ml OUTROS 100 ml			500 ml 500 ml 500 ml 500 ml		
TEMPERATURA T		C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40			38 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40		
P. ARTERIAL V O PULSO							
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS					SEQUÊNCIA		
TÉCNICAS		Anest. gen			1. Clor. 2. Fentan. 3. S. g. 4. A. Kroen. 5. D. g. 6. D. m. 7. D. m. 8. D. m. 9. D. m. 10. D. m. 11. Prostag. 12. Trop. 13. Trop. 14. Trop. 15.		
OPERAÇÕES		Thorac. 1. Thorac. 2. Thorac. 3. Thorac. 4. Thorac. 5. Thorac. 6. Thorac. 7. Thorac. 8. Thorac. 9. Thorac. 10. Thorac. 11. Thorac. 12. Thorac. 13. Thorac. 14. Thorac. 15.			DURAÇÃO		
CIRURGIÕES		T. H. 1. T. H. 2. T. H. 3. T. H. 4. T. H. 5. T. H. 6. T. H. 7. T. H. 8. T. H. 9. T. H. 10. T. H. 11. T. H. 12. T. H. 13. T. H. 14. T. H. 15.			INCIDENTE - ACIDENTE		
ANESTESISTAS		J. P. S. 1. J. P. S. 2. J. P. S. 3. J. P. S. 4. J. P. S. 5. J. P. S. 6. J. P. S. 7. J. P. S. 8. J. P. S. 9. J. P. S. 10. J. P. S. 11. J. P. S. 12. J. P. S. 13. J. P. S. 14. J. P. S. 15. J. P. S.			A. L. 1. A. L. 2. A. L. 3. A. L. 4. A. L. 5. A. L. 6. A. L. 7. A. L. 8. A. L. 9. A. L. 10. A. L. 11. A. L. 12. A. L. 13. A. L. 14. A. L. 15. A. L.		
PARTICULARIDADES					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS		

MOD 76 - HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

Figs. N° _____

Proc. N°

Rubrica

DATA: 15 / 04 / 2009

NOME DO PACIENTE:	Marcos Silveira de Souza	PRONTUÁRIO N°:	50 2424
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA:	PEC	Nº DA SALA:	
CIRURGÃO:	Diogo	CPF N°:	
AUXILIAR:		CPF N°:	
ANESTESIA:	Suel	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA:	Felicie	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 6570	PAR	05	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 75	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	10		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	30		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			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Bal. 25g (6)		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Surgicel		04	
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Bala Pack 600		02	
CAT. GUT. CROMADO S/AG				Biobraser		01	
ALCOFIL	6	01		Gomita de beturi		01	
MONONYLON	20,30	07		Cromicromo		01	
FITA UMBILICAL				Sonda Fally		01	
VICRYL	2,0	3,0		Editor Fichado		01	
PROLENE	2,0,2,1	05					
				ENFERMARIA:			
				CIRCULANTE:	Panna		



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Marcos Sávio de Souza **IDADE** anos **DATA** 15/04
HORÁRIO DE ADMISSÃO 03 hs 25 min **TIPO DE ANESTESIA** GERAL RAQUE BLOQUEIO PERIDURAL SEDAÇÃO
CIRURGIA REALIZADA Hematoma - Extramedul **CIRURGIANO** _____

SINAIS VITais	HORÁRIO		
	ADMISSÃO	07:10	SAIDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	147/86	128/73	135/72
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	82	70	84
SATURAÇÃO DE O2 (%)	97	96%	93%
TEMPERATURA AXILAR (0°C)			
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)			
NOME/ MATRÍCULA	<i>Reginaldo Coutinho</i> <i>Reginaldo Coutinho</i>	<i>Reginaldo Coutinho</i>	<i>Reginaldo Coutinho</i>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK		ADMISSÃO		SA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2
	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1
	Tem apneia	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2
	PA em 20-48% do nível anestésico	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1	1
	Não responde	0	0	0
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ESCALA DE DOR ALTA	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SONDA VESICAL	DRENO DE SUÇÃO	DRENO TORACICO	IDVE	COLOSTOMIA	SONDA	NASOG. NA
hs 250 mL	hs mL	hs mL	hs mL			
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL			

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
03:25 - Paciente chega na PPA no POC de tratamento cirúrgico de hematoma extramedular, consciente, estabilizado, sem sequelas, hemodinamicamente estável, em Hb, sem queixas, diante suor funcional, diurese por SUD V= 250 mL
07:00 Despergulho 600 mL de diurese concentrada
07:00 Despergulho 600 mL de diurese concentrada
08:00 Vlt de SRPNA

PREScrição MÉDICA	ALTA SRPA
HORÁRIO	
ANESTESIOLOGISTA	
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []	
01 [] 11 [] 12 [] 13 [] EMERGÊNCIA PED. UTI [] IPED [] NEURO [] GERAL [] 14 [] QUEIM. CLÍNICA [] IPED [] IORT [] NEU [] ICIR [] IME	





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tita 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: 64265-000**
 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: 15/04/20

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 SUBARACNOÍDE.
- 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



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. 16



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 (Frontuário: 508424)		
Endereço:	EXTREMA - ZONA RURAL - SIGEFREDO PACHECO - PI CEP: 64265-000		
Nascimento:	25/02/1990	Idade:	29a1m19d
Requisição:	943686	Solicitação:	16/04/2019
Controle:	1196126	Convênio:	SUS
			Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 236999
			Solicitante: THIAGO CARDOSO GUIMARÃES
			CLÍNICA 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 SUBCUTÂNEO 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 COMPRESÃO SOBRE O VENTRÍCULO LATERAL ESQUERDO.
- HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE 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

Professional Responsável

Assinatura digitalizada
Assinatura digitalizada
Assinatura digitalizada




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
Requisição:	945071	Solicitação: 20/04/2019	Origem: INTERNAÇÃO
Controle:	1198954	Convênio: SUS	Solicitante: JOAO ALFREDO BARROS PAZ
		CLÍNICA NEUROLOGIA - P07	Atendimento: 236999 ENFERMARIA 212 LEITO 08

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:

- CRANOTOMIAS FRONTAL, TEMPORAL E PARIETAL ESQUERDAS.
- HEMATOMAS SUBDURAIS AGUDOS EM CONVEXIDADES FRONTAL, TEMPORAL, PARIETAL E OCCIPITAL ESQUERDAS, APAGANDO SULCOS CORTICais ADJACENTES.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS COM EDÉMAS 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.

(JOÃO 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 1620 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:	29a1m27d
Sexo:	Masculino	Origem:	INTERNAÇÃO
Atendimento:	236999		
Requisição:	946689	Solicitação:	24/04/2019
Solicitante:	MARCUS VÍNICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS		
Controle:	1202036	Convênio:	SUS
CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 212	LEITO 08	

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 Cesar)

TERESINA - PI 24/04/2019

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Professional Responsável



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:

Cranectomia temporo-parietal esquerda, notando-se perda de massa óssea no osso temporal inferior / mastóide desse 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 corpo temporal do ventrículo lateral esquerdo, sugestivo de encéfalite. (K1, 61)

sono-temporal do ventrículo lateral esquerdo, sugestiva de encéfalomalacia/gliose. Restante do parênquima cerebral com atrofia e perivasculite.

Restante do parênquima cerebral com atenuação preservada. Espaços perineurais, demais sulcos e cisternas cistofálicas normais.

Ventriculo lateral direito e terceiro ventrículo, com morfologia atípica, com dilatação.

Ventriculo lateral direito e terceiro ventrículo com morfologia, dimensões e topografia. Tronco encefálico e cerebelo com morfologia, dimensões e topografia.

Quarto ventrículo com morfologia, dimensões e topo. 5

Quarto ventrículo com morfologia, dimensões e topografia normais.
Ausência de processos expansivos ou coleções hemorrágicas intra/extraxiais 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 mastoídeas 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/ciliose.

DR CAIO CESAR DANTAS COSME
Médico Radiologista
CRM 5059

Emitiu em: 10/06/2019 às 13:07:33 - Pedido: 608236 - Paciente: MARCIL SILVA DE SOUSA Página 1 de 1

- **ULTRA-X CENTRO** - Rua Antônio de Abreu, 590, Centro/Sul
 - **ULTRA-X JOCKEY** - Rua Antônio de Abreu, 318, Jockey
 - **ULTRA-X MEDICAL FESTE** - Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 1450, Setor Leste, Jockey

46-3194-5555
www.46-3194.com





POLICLÍNICA PAZ LTDA

Av. Alberto Bona, 211 - Centro - Campo Maior - PI
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: policlinicapaz@gmail.com

Ultrassonografias

Mammografia

Endoscopia Digestiva

Doppler de Artérias
Exames Radiológicos

Electrocardiograma (ECG)

Eco Cardiograma
Electroencefalograma

Consultas Médicas

Intervenções Estéticas e de Urgência
Exames Laboratoriais
Pequenas Cirurgias

RECEITUÁRIO

Nome do paciente (preencher com abreviar)

Manoel Sílvio de Souza

Data de Nascimento

Idade

Masculino
 Feminino

orientado volte com suas que-
cimbras, cefaleia e tontura;
história de traumatismo
crâniano provocado por acidente
de motocicleta no dia 14.04.19
foi submetido a craniotomia no
dia 15.04.19.

(CID-10: T90+ RS11)
Recebeu alta do tratamento em
28.10.19.

DATA: 28/10/19

Dr. João Carvalho
Neurologia
CRM-PI 1857

- Voltando à consulta queira trazer esta receita -





Recebido em:

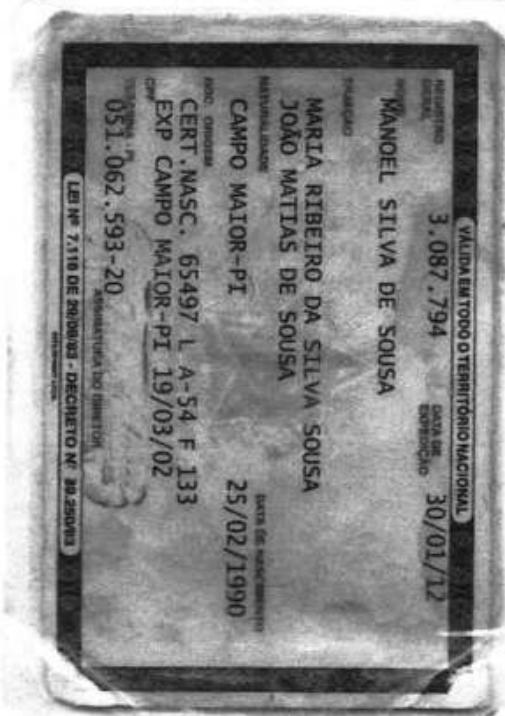
02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



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. 22



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. 23



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	2.084.501	DATA DE EXPEDIÇÃO 21/01/13
NOOME	ANTONIO ARAUJO DA SILVA	
RESIDÊNCIA		
ANTONIA SOUSA ARAUJO.		
FRANCISCO SOARES DA SILVA NETO		
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	
CAMPÔ MAIOR-PI	12/06/1980	
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 59591 L-A50 F 155V	
CPF	EXP CAMPO MAIOR-PI 11/09/98	
TERENNA-PI	914.187.203-72 ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.118 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83		



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

Num. 10632902 - Pág. 24

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CPF / PIS / PASEP	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1713	00173865031		2018
0006	NOME		
0008	MARIA DO CARMO DA SILVA GOMES		
0009	ENDERECO		
0010	CEP 65800-000		
0011	10000		
0012	CPF / CNPJ	PLACA	
0008	99780380153	NÍO-1157	
0010	PLACA ANTO / UF	CHASSI	
		SC2JC4110AR541086	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLE/NENHUMA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 125 TAN KS		2009	2010
CAP / POF / CIL		CATEGORIA	
02P/0124CC		PARTICU	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
I		1º	IPVA
P	FAIXA IPVA	2º	
V		3º	PAGO
A			
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)	
SEGUR		PAGO	
PRÉMIO OBRIGATÓRIO			
SEM RESTRIÇÕES			
DOCUMENTO DE PÓTE OBRIGATÓRIO			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAL		DATA	
JUAZEIRO DO PIRI		17/08/2018	
NOTA FISCAL DE PAGO LOVAD DIRETÓRIO GERAL DO DETRAN - PI			

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

PI N° 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

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	99780380153	NÍO-1157
REFAVAM	MARCA / MODELO	
0008	HONDA/CG 125 TAN KS	
0010	ANO FAB	CATEGORIA
2009	09	SC2JC4110AR541086
PRÉMIO TARIFÁRIO		
000,00	000,00	000,00
000,00	000,00	000,00
CUSTO DO BILHETE (R\$)		
000,00	000,00	000,00
CUSTO DO SEGURO (R\$)		
000,00	000,00	000,00
TOTAL PREÇO PAGAMENTO (R\$)		
185,50		
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO
COTA ÚNICA		10/07/2018
PARCELADO		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.348.666/0001-04



Recebido em:

02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



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. 25

**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 sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (décits 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 1606141

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

Venho através desta carta solicitar a reanálise do meu processo de invalidade. Por que o valor que recebi foi pouco, infelizmente, que fui devido ao acidente. Eu, sou uma pessoa normal e hoje não consigo exercer minhas atividades de trabalho, devido as lesões que fui devido ao acidente. Sinto imensamente para o meu trabalho. Sinto ter dor de cabeça, tonturas, hoje sou uma pessoa totalmente dependente de medicamentos para lembrar de tudo que preciso. Gostaria que me mandasse para uma nova clínica que contasse todas essas lesões que fui. Agoradeus a Seguradora, poderia me atender a minha solicitação de reanálise.

Cidade JANUARIA DO PIAUÍ, () 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: VITALIZADA 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: VITALIZADA 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 crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



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 crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MANOEL SILVA DE SOUSA
RG: 3.087.794 Órgão Emissor: SSP/PE CPF: 051.062.593.20
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: SOLTEIRO Profissão: DESENHADOR
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/PE CPF: 914.187.203-72
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO Profissão: ATÔNOMO
Endereço: AV. NILÓ OLIVEIRA Nº 1477
Bairro: FIPISA CEP: 64.280.000 Cidade/UF: CAMPOMAIOR
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 médica 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
CAMPOMAIOR - PI 22.10.2019

Local e data

manoel silva de souza

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

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MANOEL SILVA DE SOUSA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



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. 34

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

ANTONIO ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



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. 36

**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 CRANIOENCEFÁLICO 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.

VIATIMA LU?CIDA E ORIENTADA, 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 CIRU?RGICO 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)?

[] 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.



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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15030442

Pag. 01029/01030 - carta_01 - INVALIDEZ



00020515



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. 39



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.

Pag. 00303/00304 - carta_02 - INVALIDEZ



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15050151



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. 40

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

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

00070088
Pag. 00175/00176 - carta_09 - INVALIDEZ

Carta nº 15167371



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. 42



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
051.062.593-20 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

Recebido em _____

02 AGO 2019

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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou 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
víma ou
beneficiári
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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina, 02 de Agosto de 2019

*manoel silva de souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019

TESTEMUNHAS





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro da ASL: **037512029** 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: TRABALHADOR	8 - Endereço: AVENIDA SÃO FRANCISCO	9 - Número: 151	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO	12 - Cidade: JUNQUEIRO DO PIAUÍ	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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0636**

CONTA: **119684**

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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) 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 Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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)

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, **JUNQUEIRO DO PIAUÍ - PI - 02.10.2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antonio Araujo da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019

TESTEMUNHAS





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

Data/Hora

Tipo Local

VIA PÚBLICA

14/04/2019 - 18:30

Município

CASTELO DO PIAUÍ

Bairro

Endereço

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

OUTROS - ZONA RURAL

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MANOEL SILVA DE SOUSA

RG: 3.087.794 SSPPI PI

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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

Nome: ANA LUCIA MOREIRA MELO

RG: 1.620.070 SSPPI PI

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

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

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

Ano: Placa: Chassi:

Renavam: Cor:

Condutor: MANOEL SILVA DE SOUSA

2010 NIO1157 9C2JC4110AR541086

00173865054 Preta

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: Bairro: PREJUDICADO

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=2007061207058800000010088712>

Número do documento: 2007061207058800000010088712

Num. 10632902 - Pág. 45



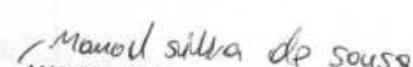
Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

342 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 128567.000385/2019-81

ocorrência. Era o que tinha a informar.


Francisco Kempes De Sousa Cruz - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA


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



Recebido em:
02 AGO 2019
MEDIDA CORRETORA DE
SEGURANÇA

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



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. 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 - 09:23

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE CASTELO DO PIAUÍ

Data/Hora

14/04/2019 - 18:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

CASTELO DO PIAUÍ

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

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

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MANOEL SILVA DE SOUSA

RG: 3.087.794 SSPPI PI

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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): 86-8112-1860

Nome: ANA LUCIA MOREIRA MELO

RG: 1.620.570 SSPPI PI

Tipo Envolv.: TESTEMUNHA

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

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

Ano: Placa: Chassi:

Renavam: Cor:

Condutor: MANOEL SILVA DE SOUSA

2010 NIO1157 9C2JC4110AR541086

00173865054 Preta

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: Bairro: PREJUDICADO

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 segundo 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 TEIXEIRAS-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=2007061207058800000010088712>

Número do documento: 2007061207058800000010088712

Num. 10632902 - Pág. 47



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

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

Número do documento: 20070612070588000000010088712

Num. 10632902 - Pág. 48



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 N°: 128567.000385/2019-81

ocorrência. Era o que tinha a informar.


Francisco Kemptes De Sousa Cruz - Mat.
AGENTE DE POLÍCIA


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



Recebido em:
02/09/2019
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 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
051.062.593-20 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0616**

CONTA: **00118225**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

Recebido em _____

02 AGO 2019

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 permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (veio nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> 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.

24

Impressão digital da vítima ou beneficiário que assinou o rogo

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

V002/2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **037512029** 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: TRABALHADOR	8 - Endereço: AVENIDA SÃO FRANCISCO	9 - Número: 151	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO	12 - Cidade: JUNQUEIRO DO PIAUÍ	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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0636**

CONTA: **119684**

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

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

Doutra, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado/Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
--	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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)

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, **JUNQUEIRO DO PIAUÍ - PI - 02.10.2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antonio Araujo da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

102/2019



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

Ficha de Atendimento (Emgência)

Atendimento: P0237253

Registro: 32128

Data: 14/04/2019

Hora: 20:26:00

Funcionario: MSARAIVA

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 108

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**

Demand: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060118 ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

História Clinica/Exame fisico:

-*paciente vítima de acidente de moto. - ei elata, glosa 10, sepe, alteração.* Hora: ____:
 Internação

Exames Complementares:

- *realizado rax de tórax e colo cervical.*

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

Recebido em:

02 AGO 2019

**MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS**

*1. F.O.P. 2000ml 10% em 04 horas
2. Solto gosa e tórax e colo 00ml
3. Hipoxia respi. oxigênio 00% 00g
4. Volutum 00ml ou 0000ml 00g*

20.50

00

08 32'10 0200-931. FC: 70 bpm.

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 MULTIEPLAS PELO CORPO

Alergias: DESCONHECE.

Medicação Usual:

PA: 0 mmHg *130/80*

TAX: 0°C

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl *184*

FR: 0 rpm

SAT 02: 0

Dor:

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduita: AO CLÍNICO GERAL.

*64196 - JOSE EDINO MONTE ARAUJO
Enfermeiro Responsável*

Dados da Alta

Alta Óbito Evasão Transferencia

Destino:

*Francisco Rodrigues
Medic. Hora:
CRM PI 5200*

MANOEL SILVA DE SOUSA

5200 - FRANCISCO RODRIGUES DA SILVA

P 72

SpO₂ 97% ac ambiente
P_A 130 x 80 mmHg

extremidade da C. Fato suspeito

Kássia Andrade e Silva
Enfermeira
COREN-PI 336.765

22:50 - Encaminhado ao HUT. Consciente, orientado, respondente, pupilas irregulares e bolocegantes, espessas, ANP perito em ASN. Apresenta hematomas P 74, SpO₂ 96% ac ambiente, P_A 130 x 80 mmHg.

Kássia Andrade e Silva
Enfermeira
COREN-PI 336.765

Recebido em:

02/09/2019

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

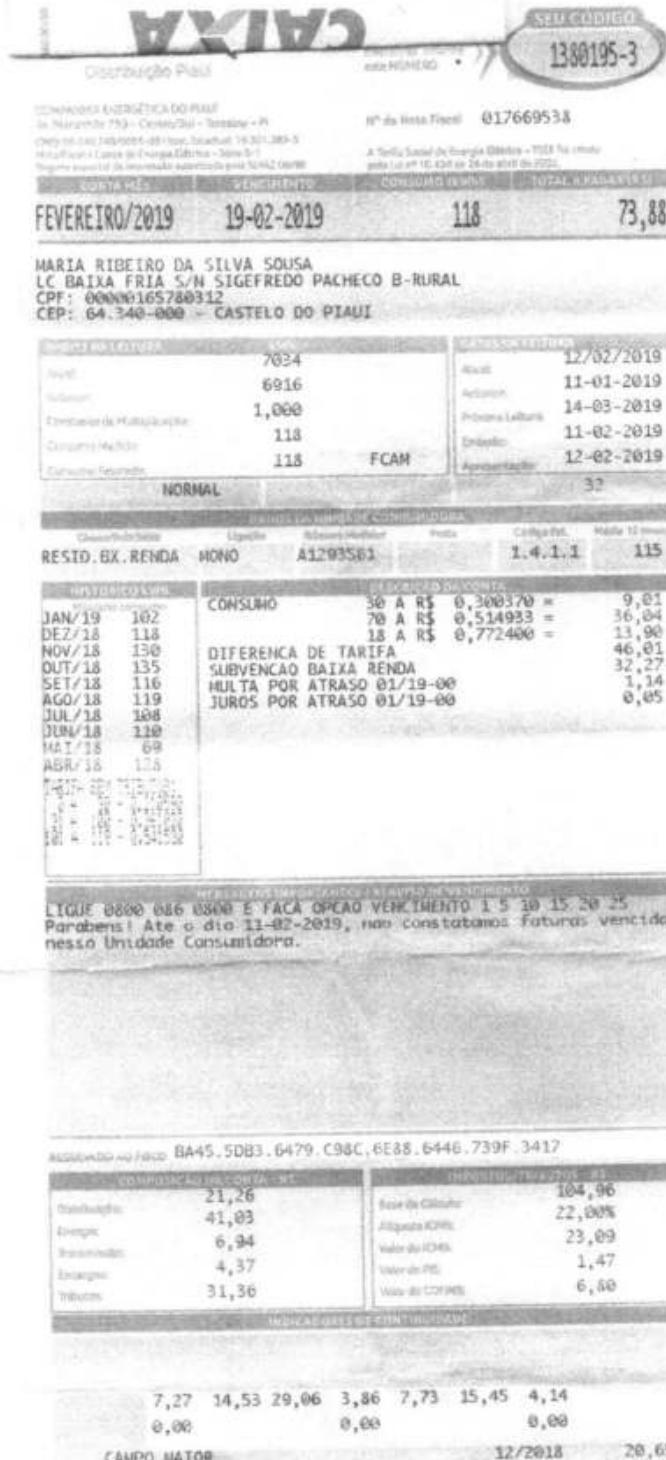
CONTA: 000000119684-8

Nr. da Autenticação 5FAC3EFCF5664FA0



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

Num. 10632902 - Pág. 54



28,65
Recebido em:

02 AGO 2018

02 AGO -
MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



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. 55



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 66

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 32 06 | Central Ovidiária: 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI nº9.613/98.

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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Av: NILO OLIVEIRA</u>	Número:	<u>1417</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>FRIPIA</u>	Cidade:	<u>Campo - MAIOR</u>	Estado:	<u>PI</u>
E-mail:				CEP:	<u>64.280-000</u>

Tel. (DDI):
86-99413-1468

86-98357-4399

Local e Data: Campo - MAIOR-PI 22.10.2019

Antônio Araújo da Silva

Assinatura do Declarante



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

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

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) 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: N10 1157 Chassi: 9C21C4110AR541086

Data do Acidente: 14/04/2019

Local e Data: 02 de agosto de 2019, Teresina

Recebido em:

Maria do Carmo da Silva Gomes

02 AGO 2019

Assinatura do Declarante

Manoel Silva de Sousa

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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

Reconheço a(s) firma(s) autêntica(s)
deste documento, que me deixa
Gomes Carmo da Silva Gomes
em Testemunho de verdade
Testeiro do Piauí-PI 30/07/2019
Quaue da Cruz Alves
2^ª Tabelia



06.842.546/0001-76

Cartório Maia - 2º Ofício de Notas,
Reg. Civil e Protesto de Títulos
Rua Hermelino Cardoso, 253
Centro - CEP: 64.340-000
Gostei 1º Piauí - PI





Recebido em:

02 AGO 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

NOME DO PACIENTE: Manoel Silva de Souza

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

NEYMO ZAU
Car. Geral

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: 86-98112-1850
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:

Ídigo: 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	Indefinido
Breve História Clas. Risco:		
EXAME: Crânio + Tx + Abd/Pelv DATA: 18/4/19 00:21		
TINHO 000		

SSVV:	(Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bmp	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:					
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (MOTO-CARRO), ACERCA DE 6 HORAS, SEM USO CAPACETE, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, APRESENTA OTORRAGIA ESQUERDA.					
A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS, 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 ESTAVEL E ABDOME INOCENTE					
D) PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTES					
E) CURATIVO					

Diagnóstico Inicial:	02 AGO 2019	CIDE
-----------------------------	-------------	------

Exames Complementares:	MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS	
(1195124) - T.C. DE CRANIO		
(1195125) - T.C. DE TORAX		
(1195126) - T.C. DE PELVE		

Prescrição Médica:	Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula 7390 SAMEI CONFERE COM O ORIGINAL	
SF 0,9% 500ML, EV, PMV DIPIRONA 500MG - 1 AMP + AD, EV, AGORA TILATIL - 1 AMP, EV, AGORA		

Motivo da Alta/Encerramento:	Dr. Rafael Júnio A. da Costa Médico CRM 16.694	
Observação (Adulto)	DATA: / /	HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável	ANTONINO NETO COELHO MOITA CRM 4330 Em: 15/04/2019 00:22:17
------------------------------------	--





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 544
TERESINA-PI CEP: 64010-000

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Ficha de Prescrição e Evolução Médica

Consulta: 717036

Tipo Sanguíneo: Fator RH: Exonuário: Local: Leito:

ITEM:	PRESCRIÇÃO MÉDICA:	HORÁRIO:	DATA:
	SF 0,9% 500ML, EV, PMV		

HORA:	T:	P:	R/SatO2:	PA:	Dor:	Glicemia	Diurese
11:41:00	36.8	100	100%	100/60	0	180	0

Médico

Dr. Rafael Jônio A. da Costa
CRM-PI: 6994

... sob efeito de anestesia geral, intubado sob vi. realizada paracentese de SBD n.º 16, conforme solicitação médica do mesmo enunciado (Dr. Thaís). Tanto volume unívoco

Cristiane Flávia de Oliveira Ferreira
COREN - PI 14912
ENFERMEIRA

RECEIVED
02 NOV 2016
MEDICAL RECORDS
SECURITY
MEDICAL RECORDS

CONFÉRE COM D'ORIGINA
SAMME HUT
Materiel n° 390
d'origine Luis Menders & Mespoch



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HU

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



Num. 10632902 - Pág. 63

Pág. 1 de 1 (15/04/2019 06:54:18)

(HANUS VINICIUS)

PRESCRIÇÃO MÉDICA N°.: 38470 - Em: (15/04/2019)

Atendimento	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
236999	508424	MANOEL SILVA DE SOUSA	25/02/1990	CLINICA NEUROLOGIA - P07	SUPER	ED. 9	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS

Evolução:	Horá:	TCE HEP-PO na melaçona				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:	
Seq.:	Descrição-Apresentação (Preparação):	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:

Dietá	Seq.:	Descrição-Apresentação (Preparação):	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horários:	Diagnóstico/Comorbidades:
	1	ORAL Tipo BRANDA, CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				POS OP HEIDA
	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				
	4	DIPERONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML, EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	8/8h				
	5	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML, FAZER 2ML+ BAN EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	IM	SN				
	6	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML, EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	EV	8/8h				
	7	TRAMADOL 100MG/2ML INJETAVEL, FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6h - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	IM	SN				
	8	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML, DILUTIR PARA 10 MG AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/24H SG	1,00	Ampola	EV	SN				
	9	CAPTOPRIL 25MG SE FAZ 150/110MG	2,00	Comprim	Oral	8/8h				
	10	CEFALOTINA SÓDICA 1G, PÓ P/SOL. INJ. DI	1,00	Frasco	EV	6/6h				
	11	TEROXICAM 20MG/ML, PÓ P/SOL. INJ.	1,00	Ampola	EV	12/12h				

Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° / FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA / SINAIS VITais: SISTEMICOS/NEUROLOGICOS





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE - FMS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT	LEITO	DATA DE NASCIMENTO	UNIDADE DE SAÚDE:	
						MÉDICO ASSISTENTE	ALERGIAS:
Wanda Souza de Souza	150114	HC					
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES			
1- Dif. resf. st 2 = 0.5dm							
2- Sx gripa - 2500 ml (2) 21h							
3- Cystotisia 4 (2) 6/6h							
4- D. parass - 32p (2) 6/6h - 5m							
5- Plaut - 32p (2) 2/6h - 5m							
6- Paracetol 10g (2) 14/da							
7- Tich. filip - 32p (2) 22/12h							
8- C. rianz res + week 36 (2) 8/6h							
9- C. lecun 32p 2							
10- ISW - 1166							
Assinatura do Médico:							
Data da Prescrição: 06/07/2020							
Número do documento: 2007061207058800000010088712							
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							

MÉDICO / CRM:



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. 64



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Fito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64013-270

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 38976 - Em: 18/01/2016

236999	508424	Evolução:	MANOEL SILVA DE SOUSA HORA:	25/02/1990	Clínica: Di. 10:00 - 14:00 CLÍNICA NEUROLOGIA - FOT	Enfermaria: ENFERMARIA 212 LEITO 09	Leito:	Médico Assistente: MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:
Dieta:	ORAL TIPO BRANDA,							
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLOGICO) 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	DIPRORNA SÓDICA 500MG/ML, INJ. C/2ML, EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	6/6h			
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML, FAZER 2ML + 8 AD EM CASO DE NAUSÉAS OU VÓMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h			
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML, EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	8/8h			
6	TRAMADOL 100MG/2ML INJETAVEL FAZER EM 100ML SP 0,9% EV 6/6H - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	8/8h			
7	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML DILIGIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	8/8h			
8	CAPTOPRIL 25MG SE PA > 160/110mmHg	2,00	Comprim	Oral	8/8h			
9	TENOXICAM 200MG/ML, PÓ P/SOL. INJ. CONCENTRADO 100ML DE 200MG							
10	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG GOTAS C/20ML.	1,00	Ampola	EV	12/12h			
11	LEVOMEPROPAZINA 4% (400MG/ML), SÓL. ORAL GOTAS C/20ML.	1,00	Comprim	Oral	8/8h			

110/04/2024

10/04/2019 06:59:061

MARCUS VINCENS



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

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 12:08:07
http://tppi.pnpa.jus.br:80/1c/Processo/ConsultaDocumentos/listView_secom3x_20070612070588000000010088712

Número de documentos: 2007061207058800000010088712

Núm. 10632902 - Pág. 65



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

Atendimento: Prentuário: Paciente:

236999 508424 MANOEL SIlVA DE SOUSA

Dt. Nasc. 25/02/1990 CLINICA NEUROLOGIA - P07

Enfermaria: ENFERMARIA 212 LEITO 09

Leito: MARCUS VINITIUS OLIVEIRA DOS SANTOS

Enfermeira: PÓS OP. NEURO

Diagnóstico/Comorbidades:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

10.6: Fármacos

11.7: Crônico

12.8: Cerebral

13.9: Cerebral

14.2: Crônico

15.3: Cerebral

16.4: Cerebral

17.5: Cerebral

18.6: Cerebral

19.7: Cerebral

20.8: Cerebral

21.9: Cerebral

22.0: Cerebral

23.1: Cerebral

24.2: Cerebral

25.3: Cerebral

26.4: Cerebral

27.5: Cerebral

28.6: Cerebral

29.7: Cerebral

30.8: Cerebral

31.9: Cerebral

32.0: Cerebral

33.1: Cerebral

34.2: Cerebral

35.3: Cerebral

36.4: Cerebral

37.5: Cerebral

38.6: Cerebral

39.7: Cerebral

40.8: Cerebral

41.9: Cerebral

42.0: Cerebral

43.1: Cerebral

44.2: Cerebral

45.3: Cerebral

46.4: Cerebral

47.5: Cerebral

48.6: Cerebral

49.7: Cerebral

50.8: Cerebral

51.9: Cerebral

52.0: Cerebral

53.1: Cerebral

54.2: Cerebral

55.3: Cerebral

56.4: Cerebral

57.5: Cerebral

58.6: Cerebral

59.7: Cerebral

60.8: Cerebral

61.9: Cerebral

62.0: Cerebral

63.1: Cerebral

64.2: Cerebral

65.3: Cerebral

66.4: Cerebral

67.5: Cerebral

68.6: Cerebral

69.7: Cerebral

70.8: Cerebral

71.9: Cerebral

72.0: Cerebral

73.1: Cerebral

74.2: Cerebral

75.3: Cerebral

76.4: Cerebral

77.5: Cerebral

78.6: Cerebral

79.7: Cerebral

80.8: Cerebral

81.9: Cerebral

82.0: Cerebral

83.1: Cerebral

84.2: Cerebral

85.3: Cerebral

86.4: Cerebral

87.5: Cerebral

88.6: Cerebral

89.7: Cerebral

90.8: Cerebral

91.9: Cerebral

92.0: Cerebral

93.1: Cerebral

94.2: Cerebral

95.3: Cerebral

96.4: Cerebral

97.5: Cerebral

98.6: Cerebral

99.7: Cerebral

100.8: Cerebral

101.9: Cerebral

102.0: Cerebral

103.1: Cerebral

104.2: Cerebral

105.3: Cerebral

106.4: Cerebral

107.5: Cerebral

108.6: Cerebral

109.7: Cerebral

110.8: Cerebral

111.9: Cerebral

112.0: Cerebral

113.1: Cerebral

114.2: Cerebral

115.3: Cerebral

116.4: Cerebral

117.5: Cerebral

118.6: Cerebral

119.7: Cerebral

120.8: Cerebral

121.9: Cerebral

122.0: Cerebral

123.1: Cerebral

124.2: Cerebral

125.3: Cerebral

126.4: Cerebral

127.5: Cerebral

128.6: Cerebral

129.7: Cerebral

130.8: Cerebral

131.9: Cerebral

132.0: Cerebral

133.1: Cerebral

134.2: Cerebral

135.3: Cerebral

136.4: Cerebral

137.5: Cerebral

138.6: Cerebral

139.7: Cerebral

140.8: Cerebral

141.9: Cerebral

142.0: Cerebral

143.1: Cerebral

144.2: Cerebral

145.3: Cerebral

146.4: Cerebral

147.5: Cerebral

148.6: Cerebral

149.7: Cerebral

150.8: Cerebral

151.9: Cerebral

152.0: Cerebral

153.1: Cerebral

154.2: Cerebral

155.3: Cerebral

156.4: Cerebral

157.5: Cerebral

158.6: Cerebral

159.7: Cerebral

160.8: Cerebral

161.9: Cerebral

162.0: Cerebral

163.1: Cerebral

164.2: Cerebral

165.3: Cerebral

166.4: Cerebral

167.5: Cerebral

168.6: Cerebral

169.7: Cerebral

170.8: Cerebral

171.9: Cerebral

172.0: Cerebral

173.1: Cerebral

174.2: Cerebral

175.3: Cerebral

176.4: Cerebral

177.5: Cerebral

178.6: Cerebral

179.7: Cerebral

180.8: Cerebral

181.9: Cerebral

182.0: Cerebral

183.1: Cerebral

184.2: Cerebral

185.3: Cerebral

186.4: Cerebral

187.5: Cerebral

188.6: Cerebral

189.7: Cerebral

190.8: Cerebral

191.9: Cerebral

192.0: Cerebral

193.1: Cerebral

194.2: Cerebral

195.3: Cerebral

196.4: Cerebral

197.5: Cerebral

198.6: Cerebral

199.7: Cerebral

200.8: Cerebral

201.9: Cerebral

202.0: Cerebral

203.1: Cerebral

204.2: Cerebral

205.3: Cerebral

206.4: Cerebral

207.5: Cerebral

208.6: Cerebral

209.7: Cerebral

210.8: Cerebral

211.9: Cerebral

212.0: Cerebral

213.1: Cerebral

214.2: Cerebral

215.3: Cerebral

216.4: Cerebral

217.5: Cerebral

218.6: Cerebral

219.7: Cerebral

220.8: Cerebral

221.9: Cerebral

222.0: Cerebral

223.1: Cerebral

224.2: Cerebral

225.3: Cerebral

226.4: Cerebral

227.5: Cerebral

228.6: Cerebral

229.7: Cerebral

230.8: Cerebral

231.9: Cerebral

232.0: Cerebral

233.1: Cerebral

234.2: Cerebral

235.3: Cerebral

236.4: Cerebral

237.5: Cerebral

238.6: Cerebral

239.7: Cerebral

240.8: Cerebral

241.9: Cerebral

242.0: Cerebral

243.1: Cerebral

244.2: Cerebral

245.3: Cerebral

246.4: Cerebral

247.5: Cerebral

248.6: Cerebral

249.7: Cerebral

250.8: Cerebral

251.9: Cerebral

252.0: Cerebral

253.1: Cerebral

254.2: Cerebral

255.3: Cerebral

256.4: Cerebral

257.5: Cerebral

258.6: Cerebral



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

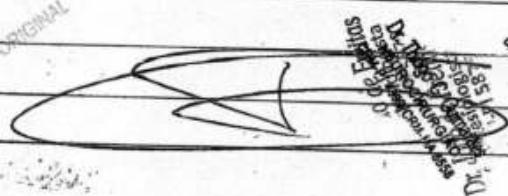
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente	Manoel filho de Jair		
Diagnóstico pré-operatório	HENA		
Operação - Tipo	Drenagem ATIVA		
Cirurgião	1º Assistente		
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesista	JOSÉ	
Anestésico(a)			
Data da Operação	15/01/19	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			

Descrição da Operação
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1- Pôr em decúbito dorsal, sob anestesia geral ; 2- Abreço, subregião e crânio cervical ; 3- Fissura cutânea frontotemporal parcial () . 4- Abertura e drenagem de m. temporal ; 5- Craniotomia temporal parcial () , a- Drenagem e excesso ; 7- Encerramento dorsal + hemostasia ; 8- Cerramento ; 9- Drains + curva ; 10- Sutura por planos ; 11- Cerramento

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



Mod. 76 HUT



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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO 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	ENDERECO - LOGRADOURO 64285000 EXTREMA				NUMERO / LOTE S/N
BAIRRO	COMPLEMENTO ZONA RURAL		MUNICÍPIO SIGEFREDO PACHECO		UF PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

VITIMA DE ACIDENTE MOTOBILISCO SEM USO DE CAPACETE, APRESENTANDO OTORRAGIA ESQUERDA COM QUEIXA DE CEFALÉIA ASSOCIADO A TONTURA. EM TC DE CRANIO: HEDA TEMPORO-PARIETAL ESQUERDA + HSAT COM INDICATIVO CIRÚRGICO.

CONDICÕES 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 SECUNDARIO	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))
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 14/04/2019
DATA ADMISSÃO 14/04/2019 23:57	DATA ALTA 24/04/2019 11:00
MOTIVO ALTA MELHORADO	CRM: THIAGO CARDOSO GUIMARÃES CPF: 97466352391

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES CPF: 03834832391	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CRM: CONFIRME CONFERE COM O ORIGINAL
CRM:	DATA ANALISE: 15/04/2019 09:30:47
DATA ANALISE	CRM

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

João Luís Mendes de Melo
Matrícula: 1207058800000010088712
SAME
CONFIRME CONFERE COM O ORIGINAL

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE			Nº DE REGISTRO	
DATA: 15/04/19	P. ARTERIAL 110 x 70 mmHg	PULSO 90 bpm	RESPIRAÇÃO 100 l.	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATOMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <i>Peculiar chega em ambas narinas devendo Glasma 3+3=6</i>						
SISTEMA CIRCULATÓRIO	<i>Intervendo bem em ambas, lento e regular</i>			ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO	<i>Normal sem hiper. de alergia</i>			ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARÁXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
					TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 3	100%	100%	100%		
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100	100%	100%	100%		
TEMPERATURA T	C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10	38	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 10			
P. ARTERIAL V O PULSO					SEQUÊNCIA	
INÍCIO E FIM ANESTESIA X					<i>1. Clorof. 3 2. Fenotript. 250 mg 3. Fentanil 100 µg 4. S. prop. 100 mg 5. A. Vacaen. 50 µg 6. D. prop. 3 7. D. prop. 3 8. D. prop. 100 mg 9. D. prop. 100 mg 10. Bromoprop. 100 mg 11. Bromoprop. 100 mg 12. Tensil 17/10 13. Tensil 17/10 14. Tensil 100 15. Tensil 100</i>	
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS					DURAÇÃO	
TÉCNICAS	<i>Anestesia geral</i>			INCIDENTE - ACIDENTE <i>Abreja 1 Abreja 2</i>		
OPERAÇÕES	<i>Thorax</i>					
CIRURGIÕES	<i>Thorax</i>					
ANESTESISTAS	<i>Dr. Lopes de Freitas</i>					
PARTICULARIDADES						

MOD 76 - HUT

CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO
IMEDIATAS

*João Lopes de Mesquita
Matr. 1207058800000010088712
SANE-HUT
CONFERE COM O ORIGINAL*





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. N° _____
Proc. N° _____
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 15, 04, 2019

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO		DATA
NOME DO PACIENTE: <u>Manoel Siqueira de Sá</u>		PRONTUÁRIO N°: <u>50 8424</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:	
ANESTESIA: <u>gás</u>	Nº DA SALA:	
CIRURGIÃO: <u>Braga</u>	CPF N°:	
AUXILIAR:	CPF N°:	
ANESTESIA: <u>Suaf</u>	CPF N°:	
INSTRUMENTADORA: <u>Felicia</u>	CPF N°:	

MATERIAL DE CONSUMO

Journal de la Société des Amis de la Science et de l'Industrie de Montréal



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA									
NOME <u>Manoel Silveira de Souza</u>				IDADE <u>anos</u>		DATA <u>15/09</u>			
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>03 hs 25 min</u>		TIPO DE ANESTESIA <input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO							
CIRURGIA REALIZADA <u>Hematoma - Extradural</u>						CIRURGIAO _____			
SINAIS VITAIS		HORÁRIO							
		ADMISSÃO	07:10		SAIDA				
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)		147 86	128 173		135 x 72				
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		82	70		84				
SATURAÇÃO DE O2 (%)		97	96%		93%				
TEMPERATURA AXILAR (0°C)					-				
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)					-				
NOME/ MATRÍCULA		Manoel Silveira de Souza		M. Aparecida Coutinho - ENF		Joánia			
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK									
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros				2		2		2
	Movimenta dois membros				1		1		1
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando				0		0		0
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente				2		2		2
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da respiração				1		1		1
	Tem apneia				0		0		0
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico				2		2		2
	PA em 20-49% do nível anestésico				1		1		1
SATURAÇÃO O2	PA em 50% do nível pré-anestésico				0		0		0
	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço				2		2		2
CONSCIÊNCIA	Desperga. se solicitado				1		1		1
	Não responde				0		0		0
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente				2		2		2
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%				1		1		1
SATURAÇÃO O2	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2				0		0		0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10						TOTAL 09		
ESCALA DE DOR ALTA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10						ASS. 10		
SONDA VESICAL		X DRENO DE SUÇÃO		IDRENO TORACICO		IDVE		() COLOSTOMIA	
hs 850 mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		SONDA () NASOG () NASOE	
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:									
03:25 - Paciente chega na PPA no PDI de tratamento cirúrgico de hematoma extradural, sonolento, extubado (extubado), hemodinamicamente instável, em HU, sem queixas, diante de humor funcional, diurese por SUD V= 850 ml, nacentia. 07:50 Desperga. manteve 100 ml de diurese concentrada									
08:05 Vltor de SRPA - 100% CER									
PREScrição MÉDICA						ALTA SRPA Joánia Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 CONFIRA SE É O ORIGINAL			
ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []						HORÁRIO			
POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] ORTOP [] NEU [] CIR [] MÉD]						ANESTESIOLOGISTA			




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: 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 SUBARACNÓIDE.
- 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 Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 41250
 SAU - 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: 943228 Solicitação: 15/04/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
 Controle: 1195125 Convênio: SUS

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 LINFONODOMEGLIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- AR CABOUCÓ 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 Lúcia Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAL/OUT
 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

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: 943229 Solicitação: 15/04/2019 Solicitante: ANTONINO NETO COELHO MOITA
Controle: 1195126 Convênio: S U S

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 JUNIORCPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável

Joana Luisa Andrade de Mesquita
Médica: 47390
SAMM / HUT
CONFIRMO 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 LINFONODOMEGLIAS.

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 Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 21320
SAMU - 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

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: 29a1m19d	Sexo: Masculino
Requisição:	943686	Solicitação: 16/04/2019	Origem: INTERNAÇÃO
Controle:	1196126	Convênio: S U S	Atendimento: 236999
		Solicitante: THIAGO CARDOSO GUIMARÃES	
		CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 212 LEITO 09

Cod. SIA: 0206010079

RELATÓRIO:

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 COMPRESÃO SOBRE O VENTRÍCULO LATERAL ESQUERDO.
- HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE 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

Joana Lúcia Mendes de Melo
Matrícula: 17750
SAME - 01
CONFIRME 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: 29a1m23d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	945071	Solicitação: 20/04/2019	Solicitante: JOAO ALFREDO BARROS PAZ	Atendimento: 236999
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

José Luis Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAMU - HUT
 CONFIRME 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: 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

José Luiz Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 HUT
 CONFIRME COM O ORIGINAIS

