

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kyelly Moraes de Oliveira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Adão Pereira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 151.303.553-34

do sinistro de DPVAT cobertura Imunidade da Vítima Adão Pereira dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 151.303.553-34 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua: 24 de Janeiro</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: _____	CEP: <u>64.000.502</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99472 9591</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 24.09.19

Kyelly Moraes de Oliveira

Assinatura do Declarante

INVESTPREV

25 SET 2019

INVESTPREV

25 SET 2019

ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 37357474/000106 - ES 191965574
Av. Prof Camilo Filho, 1960, Edifício os Sertões - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

TC 1,38
20170802113024

MATRICULA 13428373-2 FATURA Nº 152393609
MÊS/ANO 8/2019

NOME / ENDEREÇO MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL					
RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 554 - CENTRO - TERESINA - PI - CEP: 64018650					
LOCALIZAÇÃO 001-00041-005270		GRUPO 001	NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y14N135124		
HISTÓRICO DE CONSUMO		ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA			
MÊS / ANO	TIPO	LIDO	FATURADO		
07/2019	1.140	01	10		
06/2019	1.140	02	10		
05/2019	1.140	01	10		
04/2019	1.140	06	10		
03/2019	1.140	02	10		
02/2019	1.140	02	10		
ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TARIFA 1 Residencial - Normal					
DATA ANTERIOR 02/07/2019 146		CONSUMO MÊS M3 10	LEI 12.741/2012 MS. PAGER 5,1941,60% 0,91		
DATA ATUAL 02/08/2019 147		COPINS 55,19x7,60% 4,19			
TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA			
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (M)		DESCRIÇÃO			
10	25 5,7120 80	VALOR REFERENTE AGUA - 30,56	REF. VALOR		
25	99,99 9,8610 50	> Residencial-Normal 10,0 m3	30,66		
		VALOR DE ESGOTO - 24,53			
		> Residencial-Normal 10,0 m3	24,53		
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (M)					
		VENCIMENTO 14/08/2019	TOTAL A PAGAR 55,19		
IRREGULARIDADES / INICIALIDADES					
MENSAGEM Nossos Arquivos acusa(m) 1 debito(s). Atenção - sujeito a corte. Procure a loja de atendimento.					
NOTIFICAÇÃO					
CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO M.S E DECRETO Nº 5.440)					
PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	UNID. / M3	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2561	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/l

25 SET 2019



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Contato - 98863-0923

Dados do Chamado	01 N° do chamado 08 SD 2208	02 Data do chamado 13/05/2019	03 PRO (código) 2898	04 Saída do PA 17:33	05 Chegada ao local 17:42
	06 Saída do local 18:07	07 Chegada ao 1° hospital 18:50	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Pres. Kennedy - Via pública -				
	11 Bairro Pg. Universitario	12 Município-UF THE-PI	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência Diogenia Alves, Moro				
	14 Nome Adão Pereira dos Santos				15 Sexo ☒ Masculino ☐ Feminino ☐ Ignorado
Tipo de Ocorrência	16 Idade 59.59 ☐ 1-Dia 59 ☐ 2-Mês ☐ 3-Anos ☐ 9-Ignorado		Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim ☒ 2-Não ☐ 9-Ignorado
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte ☒ 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima ☒ 1 - Pedestre ☐ 2 - Condutor ☐ 3 - Passageiro ☐ 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção ☐ 1 - A pé ☒ 2 - Automóvel ☒ 3 - Motocicleta ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 6 - Outro ☐ 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida ☒ 1 - Automóvel ☐ 2 - Motocicleta ☐ 3 - Ônibus/Micro-ônibus ☐ 4 - Bicicleta ☐ 5 - Objeto fixo ☐ 6 - Animal ☐ 7 - Outra ☐ 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança ☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança	
	23 Glasgow = 15 ABERTURA OCULAR ☒ 1 - Espontânea ☐ 2 - À voz ☐ 3 - À dor ☐ 4 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL ☒ 1 - Orientada ☐ 2 - Confusa ☐ 3 - Palavras inapropriadas ☐ 4 - Palavras incompreensíveis ☐ 5 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA ☒ 1 - Obedece a comandos ☐ 2 - Localiza dor ☐ 3 - Movimento de retirada ☐ 4 - Flexão anormal ☐ 5 - Extensão anormal ☐ 6 - Nenhum				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 72 Resp. 20 PA 140 x 80 TAX. SatO2 98%	25 Local da lesão 			
	26 Pupilas 1 - Iguais ☒ 2 - Desiguais	27 Pulso Radial ☒ Central ☒ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim ☐ 2 - Não ☒		
Assistência	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 3 Moderada 4 5 6 7 8 9 10 Intensa				
	30 Fratura 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☒ 2 - Não ☒ 3 - Suspeito ☐				
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) 2 Aspiração 2 Prancha longa/curta 2 Imobilização de extremidades 2 Oxigênio 2 Colar cervical 2 Reanimação cardiopulmonar 2 Curativos 2 Kred 2 Assistência obstétrica				
	32 Hospital de Destino H. U.T. ☐ Não Removido				
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada ☐ 1-Melhorado 2-Piorando ☒ 3-Inalterado				
	34 Óbito ☐ 1-Sim ☒ 2-Não ☒ ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte				
Paciente de 59 anos, ABO RH O-, vítima de colisão moto vs carro (parte motoqueiro) apresentando: Escoriação em face (peri-ocular e temporal) + MIE + Queixa de cefaleia; Abordado inicialmente pela motolância, fora da cena do acidente, deambulando, capote removido pelo mesmo (digo, não fazia uso), consciente, confuso (inicialmente e orientado na chegada da USB), sudoroso; INFORMA: cardiopatia, HAS e uso de vários medicamentos; NEGA: síncope, vômitos, dorralgia, cervicalgia, parestesia, parestesia, plegia, alergia medicamentosa; Obs: ingestão líquida e sólida há 02h últimas; Acolhido na ACCR.					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico Marcos S. de Moraes Oliveira AE/TE		Enfermeiro Conductor Getulio	

Versão: 27.11.2017

COREN-PI nº 411076-11

INVESTPREV

25 SET 2019



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



264 v. 1.1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003662/2019-18

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Jerônimo Soares Lima Júnior

Data/Hora: 23/09/2019 - 13:05

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, Nº:

Complemento

Bairro

PARQUE UNIVERSITÁRIO

Ponto de Referência

Data/Hora

13/05/2019 - 17:00

INVESTPREV

25 SET 2019

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ADÃO PEREIRA DOS SANTOS

RG: 270509 SSP/PI

Mãe: RITA MENDES DA SILVA

Pai: MANOEL PEREIRA DOS SANTOS

Endereço: BLOCO 03 APT. 301, Nº

Complemento: RESIDENCIAL BEM VIVER

Bairro: LOURIVAL PARENTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9955-4743

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA CG 125 FAN ES, PLACA ODW-8621, COR VERMELHA, RENAVAM 00992900638, PROPRIEDADE DO NOTICIANTE, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO VEÍCULO QUE ESTAVA EM SUA FRENTE SINALIZOU PARA FAZER A CONVERSÃO E NÃO O FEZ PROVOCANDO A COLISÃO. QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HUT (PRONT. 67688), DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Jerônimo Soares Lima Júnior - Mat.
AGENTE DE POL.

Adão Pereira dos Santos
ADÃO PEREIRA DOS SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Lucy Kelko Leal Paraiso
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

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:

151.303.553-34

4 - Nome completo da vítima:

Adão Pinheiro dos Santos

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

5 - Nome completo:

Adão Pinheiro dos Santos

6 - CPF:

151.303.553-34

7 - Profissão:

Soldador

8 - Endereço:

Rua Pedro II

9 - Número:

3626

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Macau

12 - Cidade:

Turina

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

64.016-090

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(86) 994729591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

2004 013

CONTA:

54666

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(vaincer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Turina - PE 24.09.15

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Adão Pinheiro dos Santos

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Keylly Moura da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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:

151.303.553-34

4 - Nome completo da vítima:

Adão Pinheiro dos Santos

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

5 - Nome completo:

Adão Pinheiro dos Santos

6 - CPF:

151.303.553-34

7 - Profissão:

Soldador

8 - Endereço:

Rua Pedro II

9 - Número:

3626

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Macau

12 - Cidade:

Turina

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

64.016-090

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(86) 994729591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

2004 013

CONTA:

54666

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(nascer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Turina - Piauí 24.09.15

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Adão Pinheiro dos Santos

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Keylly Moura da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190551223

Vítima: ADAO PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADAO PEREIRA DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano

cognitivo-comportamental alienante 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: ADAO PEREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000054666-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190551223

Vítima: ADAO PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ADAO PEREIRA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190551223

Vítima: ADAO PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADAO PEREIRA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 29/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADAO PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000054666-5

Nr. da Autenticação C71935209B66CB06

INVESTPREV

25 SET 2019



NOME DO PACIENTE: Andão Pereira dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 67688

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".



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

NEURORADIOLOGIA
OK.

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ADAO PEREIRA DOS SANTOS		Prontuário: 67688
Mãe: RITA MENDES DA SILVA	Pai: MANOEL PEREIRA DOS SANTOS	
End.Resid.: QD B, CS 10 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 05/09/1959	Idade: 59a9m16d	Sexo: Masculino Fone: 86-98863-0923
Responsável: O MESMO	CNS: 705103362582340	
Profissão: SOLDADOR	Documento: RG: 270509 - PI	
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 727519	Entrada: 21/06/2019 19:25:58	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): MAL SÚBITO/MAL ESTAR			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor: Indefinido
Breve História Clas. Risco:		?

SSVV: (Hora: ____ : ____)

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

passado de trauma craniano há 01 semana evoluindo com cefaléia que não responde a medicação usual

TOMOGRAFIA REALIZADA
DATA 21/06/19 HORA 19:40
EXAME CEREBRO
TECNÓLOGO: [assinatura]

Diagnóstico Inicial:

?

CID:

Exames Complementares:

(1244558) - T.C. DE CRANIO

403010304

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Adão pereira dos santos
Assinatura Paciente ou Responsável

MARCUS DENYS ARAUJO COSTA
CRM 1638 PI Em: 21/06/2019 19:30:22



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

Imp: 21/06/2019 19:30:22

(MARCUS DENYS)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ADAO PEREIRA DOS SANTOS		Prontuário: 67688
Mãe: RITA MENDES DA SILVA	Pai: MANOEL PEREIRA DOS SANTOS	
End.Resid.: QD B, CS 10 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 05/09/1959	Idade: 59a9m16d	Sexo: Masculino Fone: 86-98863-0923
Responsável: O MESMO	CNS: 705103362582340	
Profissão: SOLDADOR	Documento: RG: 270509 - PI	
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Casado(a)	
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Idigo: 727519	Data: 21/06/2019 19:25:58	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: MAL SÚBITO/MAL ESTAR		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA: NCB
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TCE ha 2 dias - 614. Demência leve. Paciente confusopata em uso de Anticoagulantes Em uso de warfarin 2,5mg 1x dia + Concor 5mg + Enebrexel 10 + Aldactone 25mg	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: **__/__/__**

Carimbo/Assinatura Solicitante

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__	ESPECIALISTA: ---
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: ---	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: **__/__/__**

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente Adão Pereira dos Santos

Diagnóstico pré-operatório Hematoma subagudo esquerdo subdural

Operação - Tipo Neurocirurgia - drenagem de hematoma subdural

Cirurgião Dr. Antonio Carlos

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

22.06.19.

Início

09:35

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Drenagem de hematoma subdural crônico esquerdo.

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- ① Decúbito dor sul, cabeça com rotação para direita
- ② Acepção, Antissepsia - colocação de lampo cirúrgico
- ③ Incisão linear em bossa parietal (leunion)
- ④ Trepanação parietal; abertura da dura mater
- ⑤ Drenagem de hematoma subdural crônico
- ⑥ Posicionado dreno em espaço subdural com irrigação copiosa com 50,9%
- ⑦ hemostase
- ⑧ Síntese no plano

Antonio Carlos Souza
Neurocirurgia
CRM 37.720

Antonio Carlos Souza
Neurocirurgia
CRM 37.720

Antonio Carlos Souza
Neurocirurgia
CRM 37.720



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.: 50510 - Em: (23/06/2019)

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dt.Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
241610	67688	ADAO PEREIRA DOS SANTOS	CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 216	LEITO 34	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS
Evolução:	Assintomático. Glasgow 15. PFR. Sem déficits					
Hora:	PO: Riça e seca. CP: Alta Hospitalar / Letrar breu subdural.					
Seq.:		Descrição-Apresentação/Observação:		Relatório de Enfermagem:		
Dieta		ORAL TIPO BRANDA,		08:30hs - Paciente de alta		
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h	
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 18ML DE 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	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. FAZER DE 6/6H EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	SN	
5	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 8ML AD DE 8/8H EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	SN	
6	HALOPERIDOL 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 6/6H - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN	SF 0,9%
8	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	SN	AD
9	CAPTOPRIL 25MG SE PA> 160/110mmHG	2,00	Comprim	Oral	SN	

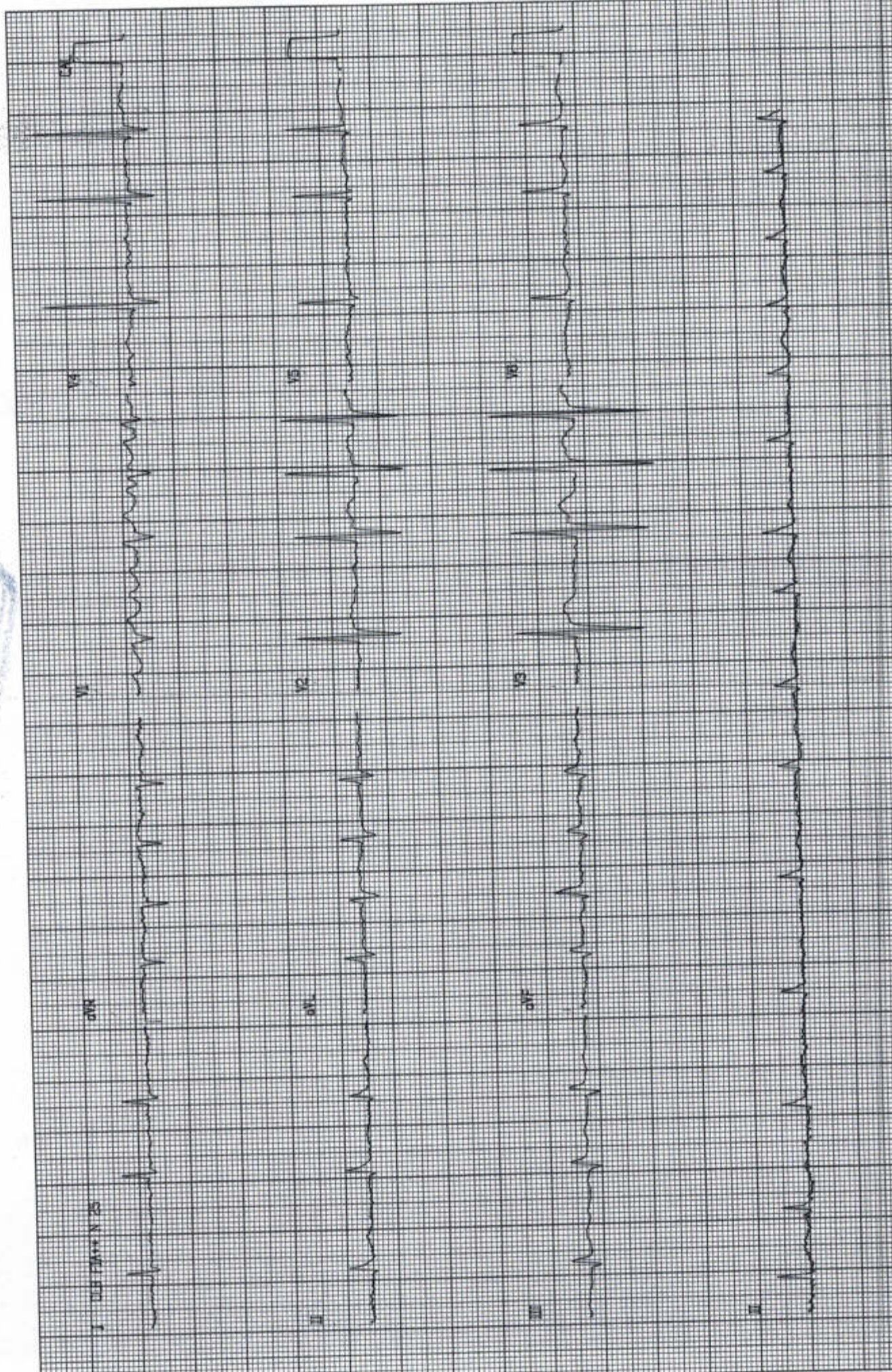
Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 0° / TERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA / SINAIS VITAIS REGULARES / NEUROCHECK 2/2 H

Adão Pereira dos Santos (

21/06/99

20:45h





**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

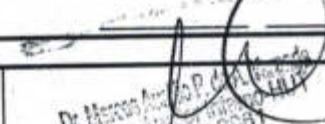
Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	241610

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ADAO PEREIRA DOS SANTOS			6 - Prontuário: 67688	
7-CNS: 705103362582340	8-Nascimento: 05/09/1959	9-Sexo: Masculino	RG: 270509- PI-Exp:	
11-Mãe: RITA MENDES DA SILVA			12-Fone: 86-98863-0923	
13-Resp: (O MESMO)			14-Fone:	
15-Ender: QD B, CS 10 - ANGELIM - CEP: 64000-010				
16-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010	

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd.Anterior 0403010314	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO	
21-Cod. Mudança Procd. 0415020077	20 - Mudança de Procedimento / Descrição PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA	
27-CID Prim: 26-Diagnóstico: ?	28-CID Sec.: 29-CID C.Ass.:	
38-Profissional Responsável: ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA	40-Tp. Documento: CPF	 Dr. Antonio Carlos Barbosa Sousa Médico - CRM 12031
39-Data Solicitação: 21/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 963.249.613-20	
		41-Ass.Carimbo-Med.Sol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente, 59 anos, com história de tce há 2 semanas, evoluindo com disfasia + cefaleia intensa, tc crânio evidenciou HSDC, realizado tto neurocirúrgico: TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO 0403010314 S065 + TREPANACAO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA OU TERAPEUTICA NEUROCIRURGICA 0403010365.

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 24/7/19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DRCAMFMS CRM - PI 1630 - CPF: 763.963.337 - 9 CNS 0201600403930004
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ANA QUEIROZ)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Nº LAUDO: 217352
	AIH: 2219100437664

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	PRONTUÁRIO	SEXO
108544251090001	ADAO PEREIRA DOS SANTOS	05/09/1959	67688	M
DOCUMENTO	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
	86988598986	RITA MENDES DA SILVA	O MESMO	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)		NUMERO / LOTE	
	RUA PEDRO II		1626	
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
MACAUBA		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA

CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL

0415020077

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO

CÓDIGO

0403010314

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA

CÓDIGO

0415020077

DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente, 59 anos, com história de tce há 2 semanas, evoluindo com disfasia + cefaleia intensa, tc crânio evidenciou HSDC, realizado tto neurocirúrgico: TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO 0403010314 S065 + TREPANACAO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA OU TERAPEUTICA NEUROCIRURGICA 0403010365.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS SOLICITANTE

980016287605508

DATA SOLICITAÇÃO

08/07/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES

ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO

203833974930000

08/07/2019 08:49:30





241610

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 217352
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	241610

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ADAO PEREIRA DOS SANTOS			6 - Prontuário: 67688	
7-CNS: 705103362582340		8-Nascimento: 05/09/1959	9-Sexo: Masculino	RG: 270509 - PI
11-Mãe: RITA MENDES DA SILVA		12-Fone: 86-98863-0923		
13-Resp: (O MESMO)		14-Cor: Sem Informação		
15-Ender: QD B, CS 10 - ANGELIM - CEP: 64000-010				
16-Munic: TERESINA		17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:
PACIENTE COM HISTÓRIA DE TCE HÁ 2 SEMANAS, EVOLUINDO COM DISFASIA + CEFALÉIA INTENSA. EM TC DE CRÂNIO EVIDENCIOU HSDC COM INDICATIVO CIRURGICO.

21 - Condições que justificam a internação:
AS A CIMA

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):
EXAME FÍSICO + TC DE CRÂNIO

23-Diagnóstico Inicial:
Hemorragia subdural devida a traumatismo

24-CID Prim: **S065** 25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0403010314		27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO		Tempo: 15
29-Clinica:	30-Caráter: 02	Ident.: 01	31-Docum.: CPF 963.249.613-20	Dr. Marcus Vinícius D. dos Santos CRM: 3950 Coordenador - Neurologia Hospital de Urgência de Teresina
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA		34-Data Solicitação: 21/06/2019		
				35-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-() Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-() Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 24/06/19	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho): Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria ORCA/FMS CRM - PI 1630 - CPF: 763.563.537-9 CNS 20150400000000000000
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: **ALLINE REBOUCAS**
Consulta Local: **727519**
Consulta SUS:
Impressão: **24/06/2019 11:15:17**

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 217352 AIH: 2219100437664
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 108544251090001	NOME DO PACIENTE ADAO PEREIRA DOS SANTOS	NASCIMENTO 05/09/1959	SEXO M	PRONTUÁRIO 67688
DOCUMENTO	CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL
		86988598986	RITA MENDES DA SILVA	O MESMO
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
	RUA PEDRO II			1626
BAIRRO MACAUBA	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TCE HÁ 2 SEMANAS, EVOLUINDO COM DISFASIA + CEFALÉIA INTENSA. EM TC DE CRÂNIO EVIDENCIOU HSDC COM INDICATIVO CIRÚRGICO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS A CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO + TC DE CRÂNIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S065 - HEMORRAGIA SUBDURAL DEVIDA A TRAUMATISMO	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

0403010314 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO

LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))**CARÁTER**

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

21/06/2019

ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA

CPF: 96324961320

CRM:

DATA ADMISSÃO

21/06/2019 19:25

DATA ALTA

23/06/2019 08:30

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) AARAO CRUZ MENDES CPF: 13178547304	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA Júlio Nogueira CPF: 96324961320
CRM:	DATA ANÁLISE: 24/06/2019 12:13:57
CRM:	DATA ANÁLISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Adão Pereira Dos Santos</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>22/06/19</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>Portador de Arritmia Cardíaca. Em Uso de Corcon?</u>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA CIRCULATÓRIO <u>Nega Lesões. Inventário Parcial</u>					ASMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					BRONquite	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ATARAXICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				OUTROS		
FÍSICOS				EFEITOS		
APLICADO AS				TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO			SEQUÊNCIA	
1 <u>SEVO</u>		2 <u>SEVO</u>			1 <u>CEFAZOLINA 2g</u>	
3 <u>SEVO</u>		4 <u>SEVO</u>			2 <u>FENITOÍNA 100mg</u>	
LÍQUIDOS		SO-UTO 500			3 <u>DECADRON 10mg</u>	
SANGUE 300		400			4 <u>MAUSODRON 8mg</u>	
OUTROS 100		500			5 <u>PROPOFOL 90mg</u>	
TEMPERATURA		Cº 260			6 <u>LIDOCAÍNA 220mg</u>	
T		ETCO ₂ 240			7 <u>FENTANIL 250mcg</u>	
P. ARTERIAL		38			8 <u>AMONTIL 3mg</u>	
V O		200			9 <u>ARAMIN 1mg</u>	
PULSO		180			10 <u>SUFATO ME 86g</u>	
INÍCIO E FIM ANESTESIA		160			DURAÇÃO <u>Diploina</u>	
X		140				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO		120				
RESPIRAÇÃO		100				
O		80				
SPO ₂ %		60				
		40				
		20				
		10				
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS <u>Genm BALANCEADA</u>						
OPERAÇÕES <u>Craniotomia</u>						
CIRURGIÕES <u>Antonio</u>						
ANESTESISTAS <u>Dr. Italo Hipólito B.T. Silva</u> Médico Anestesiologista CRM 5053 / RQE 2968						
PARITICULARIDADES						
INCIDENTE - ACIDENTE						
CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						

DATA 22/06/19

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE: <u>Adas Pereira dos Santos</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>67688</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Genol</u>	Nº DA SALA:
CIRURGIÃO: <u>Antonio Carlos</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Italo</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Selene Rorles</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI <u>24.11</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL <u>12</u>	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.			<u>propom</u>		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO				
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON <u>2.0</u>		02		ENFERMARIA:			
FITA UMBILICAL				CIRCULANTE: <u>Raquel</u>			
VICRYL <u>01</u>		01					
PROLENE							

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME Adão Pereira dos Santos IDADE 59 anos DATA 22/06/2019
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 00 min TIPO DE ANESTESIA ☒ GERAL ☐ RAQUE ☐ BLOQUEIO ☐ PERIDURAL ☐ SEDAÇÃO
 CIRURGIA REALIZADA Hematoma Subdural CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>153/101</u>	<u>105x57</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>79</u>	<u>75</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Desione</u>	<u>lucian</u>

ÍNDICE DE ALDRETT-KROULIK

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

TOTAL

09

ASS.

foucar

ESCALA DE DOR ADMISSÃO



ESCALA DE DOR - TA



() Sonda Vesical

() Dreno de Sucção

() Dreno Torácico

() DVE

() Colostomia

Sonda () Nasog () NA

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

hs

mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

11:00 Admitido no PÓS de trat. cirurgico de hematoma
dural, consciente, desperto se solicitado respirando a
ar ambiente, mantendo boa oximetria SpO₂ = 98%.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

P- 04

216 134

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



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da
Internação:

4-CNES

5828856

241610

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: **ADAO PEREIRA DOS SANTOS**

6 - Prontuário: **67688**

7-CNS: **705103362582340**

8-Nascimento: **05/09/1959**

9-Sexo: **Masculino**

RG: **270509- PI-Exp:**

11-Mãe: **RITA MENDES DA SILVA**

12-Fone: **86-98863-0923**

13-Resp: **(O MESMO)**

14-Fone:

15-Ender: **QD B, CS 10 - ANGELIM - CEP: 64000-010**

17-Cod.IBGE: **221100**

18-UF: **PI**

19-CEP: **64000-010**

16-Munic: **TERESINA**

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip.

0403010314

30 - Procedimento Principal / Descrição:

TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO

31-Cod.Procedi-
mento Especial

32 - Descrição do Procedimento Especial:
Solicitação de Permanência a MENOR

Quant. Soli-
cidata:

38-Profissional Responsável:

ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA

40-Tp. Documento:
CPF

40-No.Doc. Med. Solic.:

963.249.613-20

Dr. Marcos Vinício O. da Silva

CRM: 3950

Coordenador - Neurocirurgia
Hospital de Urgência de Teresina

9-Data Solicitação:

23/06/2019

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente internado neste Hospital, mas com evolução clínica favorável, necessitando de menor permanência

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-CNS/CPF:

51-Justificativa da 'NÃO' autorização:

49-Ass.Carimbo (Rg.Consel)

50. Nome do Profissional/parecer controle
de avaliação/auditoria

51-Data Autorização:

52-CNS/CPF:

24/07/19

Celso Pires Ferreira Filho
Assessor de Auditoria DRCANFMS
CRM - PI 1638 - CPF: 763.563.537-9
CNPJ: 2019504039000014

53-Ass.Carimbo (Rg.Consel)

(ALLINE REBOU)

Assessor de Auditoria DRCANFMS
Assessor de Auditoria DRCANFMS
Assessor de Auditoria DRCANFMS
CONFERE COM O ORIGINAL



PACIENTE - Nome: Adas Pereira dos Santos

Nº AIH: 241610

Nº do Prontuário: 67688

Data da Internação: ____/____/____

Procedimento Médico Realizado:

Indicador de Compatibilidade: 0702010690

DICO RESPONSÁVEL - Nome: Antonio Carlos

CRM Nº _____ CPF Nº _____

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 22/06/19 DATA DA ALTA: / /

4

Comunicamos ao Fornecedor acima que utilizamos o (s) material (is) aqui discriminado do paciente retro citado

Nome do Hospital: Teram 22 de junho de 2019

C.N.P.J:

Assinatura:

Cargo:

Nome:

Antonio Carlos Souza
Secretaria
Cidade de São Paulo
02079-3729



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação: 241610
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ADAO PEREIRA DOS SANTOS			6 - Prontuário: 67688				
7-CNS: 705103362582340		8-Nascimento: 05/09/1959		9-Sexo: Masculino		RG: 270509- PI-Exp:	
11-Mãe: RITA MENDES DA SILVA				12-Fone: 86-98863-0923			
13-Resp: (O MESMO)				14-Fone:			
15-Ender: QD B, CS 10 - ANGELIM - CEP: 64000-010							
16-Munic: TERESINA		17-Cod.IBGE: 221100		18-UF: PI		19-CEP: 64000-010	

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

-Cod.Proced.Princip. 0403010314		30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO	
31-Cod.Procedi- mento Especial 0702010090	32 - Descrição do Procedimento Especial: CONJUNTO DE CATETER DE DRENAGEM EXTERNA E/OU MPIC		Quant. Soli- cidata: 1
Fornecedor da OPM: PIMMES			

38-Profissional Responsável: ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA	40-Tp. Documento: CPF	 Antonio Carlos Sousa Médico CNPJ 0770 41-Signatário Med.Sol.(CRM)
39-Data Solicitação: 22/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 963.249.613-20	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Plumão com afeto de mamãe

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 24/06/19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DRCAMFMS CRM - PI 1630 - CPF 763.583.537-9 CNPJ 2018004000170
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)

**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: **ADAO PEREIRA DOS SANTOS** (Prontuário: 67688)
Endereço: QD B, CS 10 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/09/1959 Idade: 59a8m28d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 721520
Requisição: 953768 Solicitação: 13/05/2019 Solicitante: WILLIAM DE ALMEIDA MACHADO
Controle: 1216241 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 13/05/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- LESÕES HIPODENSAS, INTRA-AXIAIS, ACOMETENDO CÓRTEX/SUBSTÂNCIA BRANCA EM LOBO FRONTAL E TEMPORAL À DIREITA, COMPATÍVEIS COM ÁREAS DE GLIOSE/ENCEFALOMALACEA.
- ATROMATOSE PARIETAL CALCIFICADA EM ARTÉRIAS CARÓTIDAS INTERNAS.
- REDUÇÃO DO VOLUME DO PARÊNQUIMA ENCEFÁLICO.
- FRATURA EM ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA ESQUERDA.
- FRATURA DAS PAREDES DO SEIO MAXILAR ESQUERDO COM OBLITERAÇÃO TOTAL DO SEIO POR MATERIAL HEMORRÁGICO.
- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL À ESQUERDA.

OBS.: FRATURA MANDIBULAR À ESQUERDA.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 03/06/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ADAO PEREIRA DOS SANTOS** (Prontuário: 67688)
Endereço: QD B, CS 10 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/09/1959 Idade: 59a9m16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 727519
Requisição: 967986 Solicitação: 21/06/2019 Solicitante: MARCUS DENYS ARAUJO COSTA
Controle: 1244558 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 21/06/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- HEMATOMA SUBDURAL SUBAGUDO LOCALIZADO EM CONVEXIDADE FRONTO-PARIETAL ESQUERDA, COM ESPESSURA DE ATÉ 1,5 cm, EXERCENDO EFEITO DE MASSA LOCAL, CARACTERIZADO POR:
 - * APAGAMENTO DOS SULCOS CORTICAIS ADJACENTES;
 - * COLABAMENTO PARCIAL DO VENTRÍCULO LATERAL ESQUERDO;
 - * DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MÉDIA PARA A DIREITA, EM CERCA DE 1,3 cm.
- ÁREAS DE GLIOSE/ENCEFALOMALÁCEA NOS LOBOS FRONTAL E TEMPORAL DIREITOS.
- FOSSA POSTERIOR ANATÔMICA.
- ATEROMATOSE CALCIFICADA EM ARTÉRIAS CARÓTIDAS INTERNAS.

OBS: FRATURAS EM HEMIFACE ESQUERDA.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 21/06/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ADAO PEREIRA DOS SANTOS** (Prontuário: 67688)
Endereço: QD B, CS 10 - ANGELIM - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 05/09/1959 Idade: 59a10m15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 241578
Requisição: 968008 Solicitação: 21/06/2019 Solicitante: LEONARDO DE MOURA SOUSA JUNIOR
Controle: 1244595 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 216 LEITO 34

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 21/06/2019

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

- ACENTUAÇÃO DO ARCO VENTRICULAR ESQUERDO.
- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: AUMENTO DO VENTRÍCULO ESQUERDO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0332199/19

Vítima: ADAO PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 151.303.553-34

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/05/2019

Titular do CPF: ADAO PEREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ADAO PEREIRA DOS SANTOS : 151.303.553-34

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: 25/09/2019
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2019
Nome: PAOLA LARISSA BREDÁ
CPF: 071.930.319-29

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

PAOLA LARISSA BREDÁ

PROCURAÇÃO PARTICULAR

INVESTPREV

25 SET 2019

OUTORGANTE:

Nome: Adão Pereira dos Santos
RG: 270509 Orgão Emissor: SSP-PI
CPF: 151.303.553-34 Nacionalidade: Brasileiro
Est. Civil: solteiro Profissão: Soldador
Endereço: Rua: Pedro II Nº 3626
Bairro: Lucas Cep: Cidade/UF: Teresina-Piauí
Telefone: (86) 98807-7870 ()

OUTORGADO:

Nome: keylly mouro de oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP-PI, CPF: 839.502.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro norte
Cep: 64000-902 Cidade/UF: Teresina/Piauí
Telefone: (86) 99472-9591 () ()

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 LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre 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: Adão Pereira dos Santos
CPF: 151.303.553-34 Data do Acidente: 13/05/19

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

Teresina - Piauí 23.08.19
Local e data

Adão Pereira dos Santos
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Lázaro Nogueira, 1223 - Centro - CEP: 64020-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6199 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Titular: Uatallia Gonçalves de Sampaio Pereira
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ADÃO PEREIRA DOS SANTOS, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 23/08/2019. Selo: AAH63256-QSOL
www.tjpi.jus.br/portalexta
Jéssica Aline de Meneses Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMMP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 10
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Jéssica Aline de Meneses Silva
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190551223

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ADAO PEREIRA DOS SANTOS

Data do acidente: 13/05/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.

Descrição do exame PACIENTE COMPARECE EM BOM ESTADO GERAL

físico: AO EXAME: SEM DÉFICITS MOTORES, DÉFICIT COGNITIVO LEVE (DÉFICIT EM MEMÓRIA DE CURTA DURAÇÃO E PERDA DE 10 PONTOS NO MINI EXAME DO ESTADO MENTAL).
PACIENTE SEM OUTRAS QUEIXAS.

Resultados terapêuticos: TCE POR QUEDA DE MOTO EM 13/05/2019.

PACIENTE ADMITIDO APÓS O ACIDENTE EM GLASGOW 15 COM TC DE CRÂNIO SEM LESÕES CIRÚRGICAS EVOLUIU POSTERIORMENTE COM CRESCIMENTO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO PROVENIENTE DO TRAUMA DE ACORDO COM HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA. FOI SUBMETIDO À DRENAGEM DO HEMATOMA POR TREPANAÇÃO E EVOLUIU SATISFATORIAMENTE APESAR DO DÉFICIT COGNITIVO ACIMA MENCIONADO.

Sequelas permanentes: Dano cognitivo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/10/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

INVESTPREV

25 SET 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº **010734131124**
0120140050188 **59056880830**

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO
06860057458f0763d68a5f1d2e5a8ee644bf3e032114

1 **00992900638** **PI/TC**

ADAO PEREIRA DOS SANTOS

COM RES BEM VIVER **04555**
LOURIVAL PARENTE **BL-13 AP- PI**

15130355334 **ODW-8621**

JOTAL LTDA-TERESINA

9C2JC4120ER018041

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA **GASOLINA**

HONDA/CG 125 FAN ES **2014** **2014**

02P/0124CC **PARTIC** **VERMELHA**

0 **PBT: 000.28**

ALIENACAO FIDUCIARIA
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

TERESINA **06/03/2014**

JOSE ANTONIO VASCONCELOS
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

**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: **3190551223**

Nome do(a) Examinado(a): **ADAO PEREIRA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Pedro II, 1626 - Macauba - Teresina - PI - CEP 64016-090

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **270509**

Data e local do acidente: [**13/05/2019**] **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY**

Data e local do exame: [**10/10/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TCE POR QUEDA DE MOTO EM 13/05/2019

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

PACIENTE COMPARECE EM BOM ESTADO GERAL AO EXAME: SEM DÉFICITS MOTORES, DÉFICIT COGNITIVO LEVE (DÉFICIT EM MEMÓRIA DE CURTA DURAÇÃO E PERDA DE 10 PONTOS NO MINI EXAME DO ESTADO MENTAL) PACIENTE SEM OUTRAS QUEIXAS

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.

PACIENTE ADMITIDO APÓS O ACIDENTE EM GLASGOW 15 COM TC DE CRÂNIO SEM LESÕES CIRÚRGICAS EVOLUIU POSTERIORMENTE COM CRESCIMENTO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO PROVENIENTE DO TRAUMA DE ACORDO COM HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA. FOI SUBMETIDO À DRENAGEM DO HEMATOMA POR TREPANAÇÃO E EVOLUIU SATISFATORIAMENTE APESAR DO DÉFICIT COGNITIVO ACIMA MENCIONADO

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:

DÉFICIT COGNITIVO APÓS TCE

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):

NEUROLÓGICO

% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

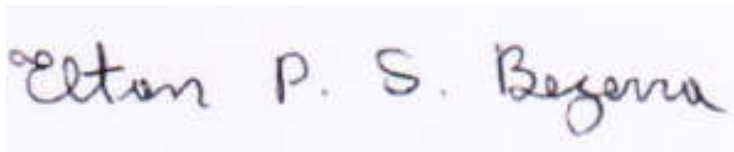
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Elton Portela Santos Bezerra - CRM: 5518 - PI

INVESTPREV

25 SET 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1919872460

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1919872460

PROIBIDO PLASTIFICAR

1919872460

PIAUI

Nome: KETILLY MOIRA DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIFICATÓRIO NACIONAL: 2232129 SSP PI

CPF: 839.562.303-60

DATA NASCIMENTO: 18/12/1979

FUNÇÃO: ANTONIO GOMES DE OLIVEIRA
EVA MOIRA DA SILVA

PERMISSÃO: PERMISSÃO

ACC: 000000

CRV: 00

REGISTRO: 07318478449

VALIDADE: 20/08/2020

PRIMEIRAÇÃO: 21/08/2019

OBSERVAÇÕES:

Ketilly moira de oliveira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO: 21/08/2019

50470968293

83410771158

PIAUI

INVESTPREV

25 SET 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DO PARLAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E AERTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

PI

NOME
ADAO FERREIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE (RG, EMBOCA, RJ)
270809 889 PI

CPF
151.303.853-34

DATA NASCIMENTO
06/09/1959

FUNÇÃO
MAIORE FERREIRA DO
SANTOS
RITA MENDES DA SILVA

PERMISSÃO
RECONHECIDA

ACC
ATUALIZADA

CAT. HBR
A

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1836970200

Nº REGISTRO
06347991835

VALOR
13/06/2023

PRORATAÇÃO
18/04/2015

CONDIÇÕES

Adao Ferreira dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

UNICA
FERREIRA, PI

DATA DE EMISSÃO
08/07/2019

28731540549
PI330804971

ASSINATURA DO EMISSOR

PROIBIDO PLASTIFICAR
1836970200

PIAUI

DFACAL AP AM SA CES GO