

Browser tabs: Email - Alana L., Controle de d..., Audiências, Sistema SAJ, Consulta proce..., 0816746-02.20, Download file, (32) WhatsApp

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalle/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=540297&ca=d5b92c65c3a1970807beea7a749f8f6...

Navigation: Home, Mail, Print, Download, Menu

Page Title: ProceComCiv 0816746-02.2020.8.18.0140

Subtitle: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO ...

Document Title: 12136993 - CONTESTAÇÃO (2753285 CONTESTACAO 01)

Metadata: Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 25/09/2020 11:04:29

Date: 25 Sep 2020

Document List:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12136786 - CONTESTAÇÃO
 - 12136993 - CONTESTAÇÃO (2753285 CONTESTACAO 01)
 - 12136994 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12136995 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12136997 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12136998 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 11



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08167460220208180140

AUSÊNCIA DE COBERTURA



Número: **0816746-02.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **31/07/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12136994	25/09/2020 11:04	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200018276

Vítima: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 26/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01571/01572 - carta_02 - INVALIDEZ

00060786



Carta nº 15390216





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, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200018276

Vítima: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 26/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15360433

Pag. 01255/01256 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200018276 **Vítima:** ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 26/08/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem seqüela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01603/01604 - carta_04 - INVALIDEZ

00050802



Carta nº 15482545



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200018276 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 26/08/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO MODERADO.
FRATURA DE CALOTA CRANIANA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00





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: 138.047.583-04 4 - Nome completo da vítima: Antonio Pereira de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antonio Pereira de Oliveira 6 - CPF: 138.047.583-04
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua: Comendador do Couto 9 - Número: 2305 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Parque Ideal 12 - Cidade: Teusina 13 - Estado: RS 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (86) 994729591

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4710 4 CONTA: 25775 3
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Teusina, RS, 13.12.19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Antonio Pereira de Oliveira
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

Representante Legal (se houver)



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200018276
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Pereira de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Correia do Couto, 2305 Casaparque Ideal
Centro Teresina PI CEP: 64078-710
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PI] 1113997
Data local do acidente: [26/08/2019]
Data local do exame: [27/01/2020] Teresina [PI]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
**TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-CONTUSOES PARENQUIMATOSAS COM FOCOS HEMORRAGICOS EM LOBOS FRONTAL DIREITO, TEMPORAIS E
PARIETAL ESQUERDO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: 27/09/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**PACIENTE EVOLUI COM EPISÓDIOS DE CEFALIA, COM TONTURAS SEM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, SEM
USO DE ANTICONVULSIVANTE, SEM LAPSOS DE MEMÓRIA.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
 Sim Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
 Sim Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
 "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias
 "Sem seqüela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela): | Região Corporal (Seqüela): |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CPF - 047.547.326-42
CRM/PI - 5058





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009572/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/01/2020 16:33 Data/Hora Fim: 08/01/2020 16:33
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 26/08/2019 08:21

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Bairro: Novo Horizonte
Logradouro: Avenida Joaquim Nelson

Nº: 3320
CEP: 64.078-150

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA (COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 17/01/1955 Idade: 64 anos
Naturalidade: PI - Campo Maior Profissão: Pedreiro
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Jovelina Pereirade Oliveira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1113997

Endereço

Município: Teresina - PI Nº: 2305
Logradouro: Rua Correia do Couto CEP: 64.078-710
Bairro: Parque Ideal

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 138.047.583-04	Placa NIO5602
Renavam 00306090791	Número do Motor JC41E1B456230
Número do Chassi 9C2JC4110BR456230	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor VERMELHA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN KS
Modelo HONDA/CG 125 FAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 18/06/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Pereira de Oliveira	Proprietário

Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Katia Maria Evangelista Torres
Data de Impressão: 08/01/2020 16:36
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI


BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009572/2019-A01

RELATO/HISTÓRICO

O NOTICIANTE QUE CONDUZIA A MOTO ACIMA CITADA, DE SUA PROPRIEDADE, VINHA NA VIA CITADA, QUANDO DERRAPOU, CAIU SENDO SOCORRIDO POR TERCEIRO E LEVADO PRA UPA DO RENASCENÇA III, E TRANSFERIDO PARA O HUT. PRONTUARIO.520996. FATO TESTEMUNHADO; ALEXSANDRO FERREIRA DA SILVA. CPF.645.146.503-82. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

ASSINATURAS


Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
escrivão
Matricula 0097616
Responsável pelo Atendimento


Antonio Pereira de Oliveira
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que deli origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar
Impresso por: Katia Maria Evangelista Torres
Data de Impressão: 08/01/2020 16:36
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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: 138.047.583-04 4 - Nome completo da vítima: Antonio Pereira de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antonio Pereira de Oliveira 6 - CPF: 138.047.583-04
 7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua: Comendador do Couto 9 - Número: 2305 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Parque Ideal 12 - Cidade: Teusina 13 - Estado: RS 14 - CEP: 64.000.000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (86) 994729591

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 4710 4 CONTA: 25775 3
(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.

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

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

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

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

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

PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

MORTE

34 - Imagem digital da vítima ou beneficiário não atestado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____
 39 - 2ª | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Teusina, RS, 13.12.19
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Antonio Pereira de Oliveira
 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____





Para contato conosco, informe esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

0051867-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 18.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SENAZ 08/98

Nº da Nota Fiscal 027701995

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	01/10/2019	162	164,27

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO
CPF: 00059007125320
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
	kWh		
Atual:	13692	Atual:	24/09/2019
Anterior:	13530	Anterior:	26/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	24/10/2019
Consumo Medido:	162	Emissão:	23/09/2019
Consumo Faturado:	162	Apresentação:	24/09/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Mês 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	kWh		R\$
AGO/19	158	CONSUMO	162 A R\$ 0,912203 = 147,77
JUL/19	151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	12,74
JUN/19	154	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00	0,01
MAI/19	140	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00	0,16
ABR/19	143	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00	0,24
MAR/19	153	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00	0,03
FEV/19	204	MULTA POR ATRASO 08/19-00	2,89
JAN/19	133	JUROS POR ATRASO 08/19-00	0,43
DEZ/18	136	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	6,47
NOV/18	160		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
R\$ 162 - 0,655310

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 23/09/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO EDB6.4877.CB67.B7EF.2C30.806E.B8A3.BC4E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77
Energia:	60,00	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	10,14	Valor do ICMS:	32,50
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,62
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	7,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DIC			FIC			OMIC		OCRI
	Normal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03		
Realizado	0,00			0,00			0,00		

Composto TERESINA-MACALIBA Período de apuração: 07/2019 R\$50: 53,46

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0051867-0	164,27
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2019	01/10/2019
Nº da Nota Fiscal: 027701995	FCAM

83620000001 3 64270017000 3 00000000051 3 86700919008 5



SEQ.: 00340 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 24/09/2019 T.ENTR.: 09
LEITURA: 13692 NORMAL TOTAL: 164,27 CARGA: 010
DT.VENC.: 01/10/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2072





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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular 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 Keylly Soares de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.502.303.00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Antônio Pereira de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 138.047.583.04
do sinistro de DPVAT cobertura Frustrada da Vítima Antônio Pereira de Oliveira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 138.047.583.04, 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 junho</u>	Número: <u>354</u>	Complemento:
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail:	CEP: <u>64.000.902</u>	Tel.(DDD): <u>(86) 994729541</u>

Local e Data: Teresina - Piauí 12.11.19

Keylly Soares de Oliveira
Assinatura do Declarante

RL.001 V001/2017



Imp: 27/08/2019 09:56:26

(User: TORQUATO NETO)

(Estação: CONSULTOR1004)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA		Prontuário: 104549	
Mãe: JOVELINA PEREIRA DE OLIVEIRA		Pai: RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA	
End.Resid.: R CORREIA DO COUTO 2443 - PARQUE IDEAL - TERESINA - PI - CEP: -			
Nascimento: 17/01/1955	Idade: 64a7m10d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99961-3880
Responsável: O MESMO		CNS: 898002370171989	
Profissão:		Documento: CPF: 138.047.583-04	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	


DADOS DO ATENDIMENTO:

Idigo: 418794	Entrada: 27/08/2019 08:21:04	Convênio: S U S	Proced: 0301060096
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR DE CABEÇA/CEFALEIA			
Condução: ?			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: QUEDAS	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: Paciente relata queda de moto há 1 dia com pancada na cabeça, refere cefaléia e vômito. Negs alergia medicamentosa e comorbidades. PA:155/95mmHg, pulso:71		RENATA HANNA PESSOA SAMPAIO 485355 Em: 27/08/2019 08:30:57

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: QP:DOR DE CABEÇA DA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, EVOLUINDO COM CEFALEIA, NAUSEAS, MAL ESTAR HD: CEFALEIA	
	
Diagnóstico Inicial: ?	CID:

Exames Complementares: RX DO CRANIO

Prescrição Médica: TILATIL 40MG 01AMP +AD EV DIPIRONA 01AMP +AD EV DEXAMETASONA 01AMP +AD EV
--

Motivo da Alta/Encerramento: Encaminhado para Medicação	DATA: 27/08/2019	HORA: 10:10
---	-------------------------	--------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. José Torquato de Macedo Neto
Clínica Médica
2092511042798100000011484178
CRM-PI 2251 Em: 27/08/2019 09:56:24



SSVV:

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 736751998	Nº REGULAÇÃO: 88571	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PR	PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT
LEITO: NEUROLOGIA		
PACIENTE: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA		NASCIMENTO: 17/01/1955

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

27/08/2019 10:11:38 PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 24 HORAS, NAO UTILIZAVA CAPACETE EVOLUINDO COM CEFALEIA, NAUASEAS E MAL ESTAR, DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO HOJE. RX EVIDENCIANDO FRATURA DE CALOTA CRANIANA EM R. FRONTOTEMPORAL S ESQUERDA EF: REG, NORMOCORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, AR AMBIENTE, AFEBRIL, ORIENTADO, CONSCIENTE, SEM DEFICITS NEUROLOGICOS. PUPILAS IFRSEM RIGIDEZ NA NUCAACP MV+ SEM RARR2T, BNF, SSSOLICITO TC DE CRANIO E AVALIAÇÃO DA NEURO

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

TC DE CRANIO

DIAGNÓSTICO(CID): OUTROS TRAUMATISMOS DA CABECA E OS NAO ESPECIFICADOS

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 150x90(mmHg) **FREQ. CARDÍACA:** 71bpm **SATURAÇÃO:** 99% **FREQ. RESPIRATÓRIA:** 20rpm

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

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 27/08/2019 10:51:59

Dr. Fernando Morais
Médico
CRM-PI 7561

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Antonio Pereira de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 520996

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 Luísa Mendes de Mesquita
Matricula: 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

Neurologia
OK

DD: 27/08/2019 14:28:07
 (User: ISMAEL MAURIZ)
 (Estação: CONSULPA03)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA		Prontuário: 520996	
Mãe: JOVELINA PEREIRA DE OLIVEIRA		Pai: RAIMUNDA PEREIRA DE OLIVEIRA	
End. Resid.: RUA CORREIA DO COUPO N°2443, PARQUE IDEAL - PARQUE IDEAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 17/01/1955	Idade: 64a7m10d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99914-944
Responsável: ESPOSA-ALBERTINA DE OLIVEIRA		CNS: 898002370171989	
Profissão: PEDREIRO		Documento: RG: 1113997 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 738203	Entrada: 27/08/2019 13:54:20	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Objetivo da Procura (conforme Paciente/Acomp): DOR DE CABEÇA/CEFALEIA/ENXAQUECA			
Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Classificação: Alteração súbita da consciência	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: ENCAMINHADO DA UPA-RENASCENÇA, COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ + 24H. RELATO DE TCE, CEFALÉIA, NÁUSEAS, MAL ESTAR, DESORIENTAÇÃO. (SIC) ECG-14 NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. (SIC)		Nome: CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES End: COREN PI 138833 Em: 27/08/2019 14:08:27

SSVV: (Hora: ____:____)

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

ACIENTE REGULADO DA UPA DO RENASCENÇA, VITÍMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EM TERESINA HA APROXIMADAMENTE 24H, RELATA ESTAR DE CAPACETE NA HORA DO ACIDENTE. AO EXAME NAO CONSEGUIU-SE PRECISAR SOBRE PERDA DE CONSCIENCIA. (HISTORIA CONFUSA). NEGOU VÔMITOS APESAR DAS NAUSEAS, NEGA OTORRAGIA OU RINORRAGIA. REFERE CEFLEIA DE FORTE INTENSIDADE HOLOCRANIANA.

A: VIA AEREA PERVIA. DEAMBULANDO, T'RAX NORMO EXPANDIDO SIMETRICO
 B: MV+, SRA, SAT O2: 96%
 C: FC= 70BPM ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE
 D: GLASGOW 15
 E: SEM ESCORIAÇÕES

TOMOGRAFIA REALIZADA
DATA 27/08/19 HORA 14:58
EXAME CEMIO
TECNOLOGO: [Assinatura]

Diagnóstico Inicial: ?

303040092 **CID: J063**

Exames Complementares:
 (1294340) - T.C. DE CRANIO

Antonio Carlos Sousa
 Neurocirurgia
 Cirurgião da Coluna
 CRM-PI 4720

Prescrição Médica:

Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 9390
 SAME - HUT
 CONFERE COM ORIGINAL

Motivo da Alta/Encerramento:
 Observação (Adulto) **DATA:** 27/08/19 **HORA:** 14:30

William Wobler C. Barros
 Cirurgião Geral e Oncológico
 CRM-PI 2775

Assinatura Paciente ou Responsável: *Flávia M. S. Andrades*
 Enfermeira
 CRM-PI 56913

ISMAEL PEREIRA MAURIZ
 CRM: 4712 Em: 27/08/2019 14:28:06



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 236879
	AIH: 2219101853310
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

CARTAO SUS 709202215002332	NOME DO PACIENTE ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA	NASCIMENTO 17/01/1955	SEXO M	PRONTUÁRIO 520996
DOCUMENTO CPF 86981084296	TELEFONE 86981084296	NOME DA MÃE JOVELINA PEREIRA DE OLIVEIRA	RESPONSÁVEL ALBERTINA	
CEP QD 132 CS 14	ENDEREÇO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE	
BAIRRO DIRCEU ARCOVERDE I	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

PACIENTE VEIO DA UPA DO RENACENÇA, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EM TERESINA HA APROXIMADAMENTE 24H, RELATA ESTAR DE CAPACETE NA HORA DO ACIDENTE. AO EXAME NAO CONSEGUIU-SE PRECISAR SOBRE PERDA DE CONSCIENCIA, (HISTORIA CONFUSA), NEGOU VOMITOS APESAR DAS NAUSEAS, NEGA OTORRAGIA OU RINORRAGIA. REFERE CEFEIA DE FORTE INTENSIDADE HOLOCRAIANA.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO DE TCE

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME DE IMAGEM :TC DE CRANIO / EXAME CLINICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matricula 7390
SAME - HUT
CONFERE COM O

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAU MEDIO

LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

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

ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA
CPF: 96324961320 CRM:

CARÁTER

URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO

27/08/2019

DATA ADMISSÃO

27/08/2019 13:54

DATA ALTA

30/08/2019 09:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
ANTONIO CASTELO BRANCO DE DEUS CPF: 01309423326 CRM:	
DATA ANALISE: 27/08/2019 15:48:36	CPF CRM DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

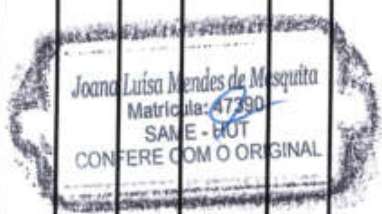


HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 61958 - Em: (30/08/2019)

Atendimento: 246073	Prontuário: 520996	Paciente: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 17/01/1955	Clinica: CLINICA NEUROLOGIA - P07	Enfermaria: ENFERMARIA 212	Leito: LEITO 10	Médico Assistente: MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS		
Evolução: Hora:		S/S. Num Quixes Comd: Alto Hospitalar		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades: TCE - MARSHALL II			
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA,								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				SL: Put de alta hier - pedlen. Ento gamara boim com 38/17
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 18ML DE AD	50,00	mg	EV	8/8h				
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2 ML + 18ML AD	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV	1,00	Ampola	EV	8/8h		SF 0,9%		
5	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML+ 8ML AD DE 8/8H EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	SN		AD		
6	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	SN				
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	SN		AD		
8	CAPTOPRIL 25MG SE PA> 160/110MMHG	2,00	Comprim	Oral	SN				
9	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG	1,00	Comprim	Oral	8/8h				



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

Bruno Miranda
 Farmacêutica
 CRP 15511



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.: 61839 - Em: (29/08/2019)

Atendimento	Prontuário: Paciente:	Dt.Nasc.:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
246073	520996	17/01/1955	CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 212	LEITO 10	LEONARDO DE MOURA SOUSA JUNIOR			
Evolução:	Diagnóstico/Comorbidades:								
Horá:	TCE - MARSHALL II								
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Unid.:	Dose:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA, <i>Nutricionista Natália C. Leão</i> CRM: 10558								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h			<i>(Vista) (Vista)</i>	
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 18ML DE AD	50,00	mg	EV	8/8h			<i>(Vista) (Vista)</i>	
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2 ML + 18ML AD	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD	<i>(Vista) (Vista) 24 C/8h</i>	
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 8ML AD DE 8/8H EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	SN		AD		
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	SN				
6	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6H - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN		SF 0,9%		
7	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		
8	CAPTOPRIL 25MG SE PA > 160/110MMHG	2,00	Comprim	Oral	SN			<i>06:00</i>	
9	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG	1,00	Comprim	Oral	8/8h			<i>18:54 (Vista) (Vista)</i>	

Joana Luiza Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COMO ORIGINAL

TOMOCORREIA REALIZADA
DATA: 29/08/2019 HORA: 09:24
EXAME: Craniograma
TECNIC: 6035 Aguiar

Observações Gerais: CABECEIRA ELEVADA 30° / FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA / SINAIS VITAIS REGULARES / NEUROCHECK 2/2 H
TCC em ambul.
Prq alta Ambul no DS



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 61589 - Em: (27/08/2019)

Atendimento: 138203	Prontuário: 520996	Paciente: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA	Dt. Nasc.: 17/01/1955	Clinica: <i>Urgência</i>	Enfermaria: 212	Leito: 10	Médico Assistente: ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA			
Evolução: Hora:		TCE - <i>marcel FZ</i> <i>CR - observação</i>		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades: TCE MARSHALL II				
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA.									
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO		1,00	Frasco	EV	12/12h				<i>Obs: prescrição clara</i>
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML+ 18AD		1,00	Ampola	EV	6/6h		AD	<i>16:50 18:00 18:16</i>	<i>(Obs) dentro sem est</i>
3	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML+ 10 AD 8/8H		50,00	mg	EV	8/8h			<i>16:50 18:00 18:16</i>	<i>20:30 21:00 21:16</i>
4	FENITOÍNA SÓDICA 50MG/ML, INJ. 5ML FAZER 2ML + 100ML SF 0,9% EV 8/8H		1,00	Ampola	EV	8/8h			<i>16:50 18:00 18:16</i>	
5	PARACETAMOL 500MG + CODEÍNA 30MG EM CASO DE DOR DE FORTE INTENSIDADE		1,00	Comprim	Oral	8/8h				
6	FRAMADOL 50MG/ML INJ. 1ML. FAZER EM 100ML SF 0,9% EV - FAZER LENTAMENTE 8/8H EM CASO DE DOR INTENSA		1,00	Ampola	EV	SN				
7	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR DE FORTE INTENSIDADE		1,00	Ampola	EV	SN				
8	CAPTOPRIL 25MG SE PAS > 160 E/OU PAD > 100mmHg		1,00	Comprim	Oral	SN				
9	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA		1,00	Ampola	IM	SN				
10	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 8AD SE NAUSEAS OU VÔMITOS		1,00	Ampola	EV	SN				



Antonio Carlos Sousa
 Neurologista
 CRM - PI 0720

Observações Gerais: FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA
 CABECEIRA 45 GRAUS
 CUIDADOS GERAIS E SINAIS VITAIS



NOME: Antônio Oliveira de Oliveira

PRONTUÁRIO: 520886 IDADE: _____ ENFERMARIA/LEITO: _____

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS ENFERMAGEM (FUGULIN): () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () ALTA DEPENDÊNCIA () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS DATA: 27/08/20

HORA	SINAIS VITAIS					ENTRADAS			SAÍDAS		
	T	P	R	PA	SAT. O ₂	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SURDA/ COME	DIURSE	DRENO
12											
16	35,3	76		150/100							
18	35,2	69	18	110/70							
24	36,2	66	20	110/70							
06	36,5	68	20	110/70							

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

ESCALA DE BRADEN:	CONTROLE:	MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"
• PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação): 1-Totalmente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma	ALTO RISCO AR: <12	
• UMIDADE (Molhado): 1-Completamente / 2-Muito / 3-ocasionalmente / 4-Raramente	MEDIO RISCO MR: 12 a 14	
• ATIVIDADE: 1-Acamado / 2-Cadeira rodas / 3-Anda Ocasionalmente / 4-Anda Frequentemente	BAIXO RISCO BR: > 14	
• MOBILIDADE (Limitação): 1-Totalmente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma	CLASSIFICAÇÃO	
• NUTRIÇÃO: 1-Muito pobre / 2-Inadequada / 3-Adequada / 4-Excelente		
• FRICÇÃO E CISHALIMENTO: 1-Problema / 2-Problema Potencial / 3-Nenhuma Problema		
TOTAL:	20	

ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA):	PONTOS:	CONTROLE:
1. HISTÓRICO DE QUEDAS: SIM - 25 / NÃO - 0	0	SEM RISCO SR: 0-24
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO SIM - 15 / NÃO - 0	0	
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Mobilidade / Parede - 30 / Muletas / Bengala/Andador - 15 / Nenhum/Acamado/Auxílio Profissional Saúde - 0	0	BAIXO RISCO BR: 25-50
4. TERAPIA ENDOVENOSA: SIM - 20 NÃO - 0	20	
5. MARCHA: Comprometida / cambaleante - 30 / Firme - 15 / Normal / Sem deambulação, acamado, cadeira de rodas - 0	0	ALTO RISCO AR: > 51
6. ESTADO MENTAL: Superestima capacidade / Esquece limitação - 15 / Orientado / Capaz quanto a sua capacidade / Limitação - 0	0	CLASSIFICAÇÃO: 20
TOTAL:	20	

EVOLUÇÃO / ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM	
1. Estado Mental: () Consciente () Orientado () Torporoso () Glasgow: AO / BV / RM =	
2. Locomoção: () Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação () Parestesia () Plegia () Hemiparesia () Déficit Motor	
3. Respiração: () Eupnéico () Dispneico () Taquipnéico () TQT () () Sem O ₂ () Com O ₂ :	
4. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () BT () Normocárdico () Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:	
5. Dieta: () LVO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero () Boa aceitação () Aceita Parcialmente () Não aceita ()	
6. Abdômen: () Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso () Timpânico () Doloroso () Indolor () Outros:	
7. Pele e mucosas: () Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Integro () Edema/Anasarca () Hidratado () Lesões Bolhosas () Escorições () JLPs	
8. Hidratação: () JAVP () JAVC () Outros:	
9. Drenos: () Sueter () Torácico () DJVE () Kher () Penrose () Outros:	
10. Diurese: () Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria () Normal () Reduzida () Hematúria () Outros:	
11. Evacuações: () Presentes () Constipado dias () Diarreia dias () Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros:	
12. Admissão: 12.1: Alergias () Não () Sim, Quais? 12.2: Cirurgia Anterior: () Não () Sim, Quais? Data? 12.3: Comorbidades: () Neg () DM () HAS () Outros, Quais? 12.4: Medicamentos de uso contínuo:	

10:40 Diminuído nuse pelo clonidina
neurologico com diapnoticos
infusão, sem acompanhamento nas 02:57-03:00
alguma medicação, mas supletivo e
Diabético, no exame físico consciente e orientado
do, calma físico, pele morno e úmido,
do presente estado. Cont. de diálise, vo. E
Aip. no SVD região anterior do tronco e
funcionando, sem sinais físicos do
físico de. SVD, M.V. + sinais, respiração
profunda e sem oporle de O₂, saturação
plano. F.I. monitorando pr. e sinais vitais.

Amélia Costa da Silva
Enfermeira
Maurício de Nassi



SUS
 Prefeitura de
Teresina
SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA		IDADE: 64 ANOS	
SETOR: VERDE	LEITO:	DATA: 27/08/19	HORA: 09: 52
ESPECIALIDADE RESPONSÁVEL: (X) CLÍNICO () PEDIATRIA		() ORTOPEDIA	
HISTÓRIA CLÍNICA		CID: S09	
<p>QP:DOR DE CABEÇA</p> <p>HDA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ 24 HORAS, NÃO UTILIZAVA CAPACETE, EVOLUINDO COM CEFALÉIA, NAUSEAS, MAL ESTAR. DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO HOJE, RX EVIDENCIANDO FRATURA EM CALOTA CRANIANA EM R.FRONTOTEMPORAL À ESQUERDA</p> <p>AO EXAME: EGR, NORMOCORADO, HIDRATADO, EUPNEICO AA, AFEBRIL. OREINTADO, GLASGOW: 15. SEM DEFICITS NEUROLOGICOS, PUPILAS FOTORREAGENTES E ISOCORICAS SEM RIGIDEZ DE NUCA.</p> <p>ACP: MV+ S/RA, RR2TBNF SEM SOPRO.</p> <p>ABDOMEN INOCENTE.</p> <p>EXTREMIDADES NORMOPERFUNDIDAS.</p> <p>HD: TCE MODERADO</p> <p>CD: SOLICITO TC DE CRANIO E AVALIAÇÃO PELA NEURO</p>			
SINAIS VITAIS	PA 150X90	SPO2 99%	FC 71
			TAX 36,5
ESPECIALIDADE REQUERIDA: NEUROCIRURGIA / HUT			
Assinatura e Carimbo do médico solicitante:			

Joana Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 42390
 SAME / HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

Este espaço deve ser preenchido pelo profissional do N.I.R

PACIENTE INSERIDO NO SISTEMA? () SIM
 () NÃO

ID DO PACIENTE

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA** (Prontuário: 520996)
Endereço: RUA CORREIA DO COUTO Nº2443, PARQUE IDEAL - PARQUE IDEAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/01/1955 Idade: 64a7m10d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 738203
Requisição: 992730 Solicitação: 27/08/2019 Solicitante: ISMAEL PEREIRA MAURIZ
Controle: 1294340 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 27/08/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS COM FOCOS HEMORRÁGICOS LOCALIZADAS NOS LOBOS FRONTAL DIREITO, TEMPORAIS E PARIETAL ESQUERDO.
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDE SUPRATENTORIAL BILATERAL.
- SINAIS DE LEUCOPATIA MICROANGIOPÁTICA SUPRATENTORIAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- REDUÇÃO VOLUMÉTRICA ENCEFÁLICA DIFUSA.
- ECTASIA "EX-VÁCUO" DO SISTEMA VENTRICULAR.
- ATEROMATOSE CAROTÍDEA.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 27/08/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA** (Prontuário: 520996)
Endereço: RUA CORREIA DO COUTO Nº2443, PARQUE IDEAL - PARQUE IDEAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 17/01/1955 Idade: 64a7m12d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 246073
Requisição: 993369 Solicitação: 29/08/2019 Solicitante: ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA
Controle: 1295654 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 212 LEITO 10

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 29/08/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- FRATURA ALINHADA EM OSSO TEMPORAL ESQUERDO.
- PEQUENO FOCO HEMORRÁGICO NO LOBO TEMPORAL ESQUERDO, COM EDEMA MARGINAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- ALARGAMENTO DIFUSO DOS SULCOS CORTICAIS, FISSURAS SYLVIANAS E CISTERNAS CEREBRAIS, COM ECTASIA DO SISTEMA VENTRICULAR, POR EFEITO EX-VÁCUO. ("REDUÇÃO VOLUMÉTRICA ENCEFÁLICA DIFUSA").
- ATEROMATOSE PARIETAL CALCIFICADA EM ARTÉRIAS CARÓTIDAS INTERNAS.

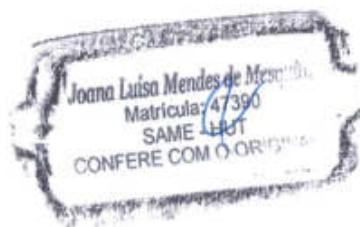
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 29/08/2019

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO DE CIENTISTAS




CARTEIRA DE IDENTIDADE
ASSINATURA DO TITULAR

Antonio Pereira de Oliveira

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DEBIL 1.113.997 DATA DE EMISSÃO 04/12/09

NOME ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO JOVELINA PEREIRA DE OLIVEIRA
RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA

DOC. ORIGINAL CAMP. MAIOR-PI DATA DE NASCIMENTO 17/01/1955

CERT. CASAM. 1448 L B4 F 197

EXP. CAMP. MAIOR-PI-05/10/87

CPF 138.047.583-02

TERESINA - PI

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83



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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1919872460

PROIBIDO PLASTIFICAR
1919872460

NOME: **KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**
 DOC. IDENTIFICATÓRIO: **2212129 287 VI**
 CPF: **639.502.303-00** DATA NASCIMENTO: **18/12/1979**
 FUNÇÃO: **ANTONIO JONES DE OLIVEIRA**
EVA MOURA DA SILVA
 PERMISSÃO: **PRATISSÃO** ACC: **ROUBIN** CATEGORIA: **B**
 REGISTRO: **07318478449** VALIDADE: **20/08/2020** P. HABITAÇÃO: **21/08/2019**

OBSERVAÇÕES:

Assinatura: *Keyllly Moura de Oliveira*
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **SERGIPE, SE** DATA DE EMISSÃO: **21/09/2019**
 SGT0080223 S2101071158

PIAUI



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME Antonio Pereira de Oliveira
RG: J.113.997 Orgão Emissor: SSP-PI
CPF: 138.047.583-04 Nacionalidade: Brasileiro
Est. Civil: Solteiro Profissão: Pedreiro
Endereço: Rua. Comuna do Couto Nº 2305
Bairro: Parque Ideal Cep: Cidade/UF:
Telefone: (86) 9.8807.7870

OUTORGADO:

NOME: Keylly Moura de Oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP/P., CPF: 829.302.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira, Profissão: Corretora de Seguros
Endereço :Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro Norte
Cep: 64.000-902 Cidade/UF: Teresina, PI
Telefone: (86) 9.9472.9591 (86) 9.8837.7169

Pelo Presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especificos para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE 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 as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e pratica, 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: Antonio Pereira de Oliveira
CPF: 138.047.583-04 Data do Acidente: 27/08/19

Cobertura Solicitada: [X] INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS () MORTE

Teresina, Piauí 24 SETEMBRO 2019

Local e Data
Antonio Pereira de Oliveira

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticação)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.
Teresina-PI, 24/09/2019. Selo: AAJ44982-5HET
www.tjpi.jus.br/portalexta
KELLY DE ABREU VALVERDE-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol:3,85 TJ:0,77 FNMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:38
PROCURAÇÃO

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Kelly de Abreu Valverde
Escrivente Autorizada
Teresina - PI

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105090/20

Vítima: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 138.047.583-04

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 26/08/2019

Titular do CPF: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA : 138.047.583-04

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: 30/03/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020
Nome: PAOLA LARISSA BREDA
CPF: 071.930.319-29

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

PAOLA LARISSA BREDA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105090/20

Vítima: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 138.047.583-04

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 26/08/2019

Titular do CPF: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA : 138.047.583-04

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: 30/03/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/03/2020
Nome: PAOLA LARISSA BREDA
CPF: 071.930.319-29

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

PAOLA LARISSA BREDA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015907/20

Vítima: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 138.047.583-04

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 26/08/2019

Titular do CPF: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
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

ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA : 138.047.583-04

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: 13/01/2020
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA
CPF: 839.502.303-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

