

Browser tabs: Email, Control, Mensa, Siste, Audiên, PJ Consult, PJ 082964, PJ 082843, Baixar, (37) Wh, Concurr, +

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1/g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=638181&ca=5466302b09d4610886fb9f53d97d57...

Processo Virtual Na... (33) WhatsApp Portal do Advogado Google Zimbra: Movimenta... Publicações Email - Alana Lima... Online Video Cutter...

PJ ProceComCiv 0829640-10.2020.8.18.0140
FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA X SEGURADORA LIDER DOS CONS...

14676827 - CONTESTAÇÃO (2783786 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 11/02/2021 10:14:22

11 Feb 2021

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 14676823 - CONTESTAÇÃO
 - 14676827 - CONTESTAÇÃO (2783786 CONTESTACAO 01)
 - 14676831 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 14676996 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 14676997 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 14676998 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

10:14

downloadBinario.seam 1 / 10 100% +

2783786- CS/ 2021-00211/ INVALIDEZ


JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo n.º 08296401020208180140

PT 10:14 11/02/2021



Número: **0829640-10.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **14/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA (AUTOR)		FERNANDO GUIMARAES ANDRADE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14676831	11/02/2021 10:14	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA
DR. ZENON ROCHA**

NOME DO PACIENTE: F^{co} das Chagas Corvelho Moura
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 236562

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

Neurocirurgia - 011
Clínico Geral

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 29/06/2020 11:52:51
(User: THIAGO DINIZ)
(Estação: SALAT-ADMA-01)

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA		Prontuário: 236562
Mãe: FRANCISCA CARVALHO MOURA	Pai: RAIMUNDO ALVES DE MOURA	
End.Resid.: QD 56 CS 01 - BELA VISTA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 29/06/1970	Idade: 50a0m0d	Sexo: Masculino Fone: 86- 3265-6895
Responsável: MARIA DAS GRAÇAS- ESPOSA	CNS: 898002726937626	
Profissão: PEDREIRO	Documento: CPF: 397.372.923-91	
G. Instrução: Médio Completo	E.Civil: Casado(a)	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 784226	Entrada: 29/06/2020 11:37:29	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)			
Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve História Clas. Risco: PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO APRESENTANDO HEMATOMA EM REGIÃO POSTERIOR DE CRÂNIO, EPISTAXE, MAL ESTAR.		FRANCISCA NILMARA DA SILVA SALAZES COREN:200216 Em: 29/06/2020 11:41:31

SSVV:

(Hora: :)

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

Leixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

Paciente vítima atropelamento por veículo automotor. Refere perda a consciência no local. Apresenta epistaxe. Paciente sem demais queixas. Se deslocou ao hospital de carro próprio
A) Vias aéreas pervias, sem colar cervical e prancha rígida, sem crepitação ou dor à palpação em colunas cervical, torácica, lombar e lombossacra
B) MV+ em AHT, SRA, SpO2 99%, sem instabilidade torácica ou sinais de fratura de costelas
C) BNF, RR2T, Sem sopros, sem sangramentos importante ativo, abdômen flácido, indolor, sem irritação peritoneal, pelve estável, TEC< 3s, pulso cheios 96 bpm
D) Pupilas isofotorreagentes, glasgow 15.
E) apresenta abaulamento em topografia de crânio, sem angramento ativo

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

(1560495) - T.C. DE CRÂNIO
(1560496) - T.C. DE FACE

Prescrição Médica:

PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES VEA ANEXO.

Elayne M. de Oliveira
SABE - HUT
Confere com o Original

Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

DATA:

Assinado Paciente ou Responsável

Assinado Paciente ou Responsável
estarei.
Dr. Alter medica

THIAGO MELO DINIZ
CRM 4261 PI Em: 29/06/2020 11:52:48





Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 1081282029	Nº REGULAÇÃO: 132513	TIPO: AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324		
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT		
LEITO: NEUROCIRURGIA		
PACIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA		NASCIMENTO: 29/06/1970

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

29/06/2020 11:07:29 - USUÁRIO RESPONSÁVEL: CARLOS EDUARDO FERREIRA DE OLIVEIRA UPA
ESTABELECIMENTO: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR
PACIENTE COM RELATO DE ATROPELAMENTO APRESENTANDO AMNÉSIA, TONTURA, DORMÊNCIA NÃO MÃOS, EPISTAXE GLASGOW 15,
PACIENTE AGITADO

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

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

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: 120x80(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 89bpm	SATURAÇÃO: 98%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 20rpm
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 13	USO DE O2:	

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 29/06/2020 11:08:10

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAMEHUT
Confere com o Original





DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

324826

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	265744

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA	6 - Prontuário: 236562		
NS: 898002726937626	8-Nascimento: 29/06/1970	9-Sexo: Masculino	CPF: 397.372.923-91
11-Mãe: FRANCISCA CARVALHO MOURA	12-Fone: 86- 3265-6895	14-Cor: Sem Informação	
-Resp: MARIA DAS GRAÇAS- ESPOSA			
-Ender: QD 56 CS 01 - BELA VISTA - CEP: 64000-010			
-Munic: TERESINA	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente vítima atropelamento por veículo automotor. Refere perda a consciência no local. Apresenta epistaxe. Paciente sem demais queixas. Se deslocou ao hospital de carro próprio

A) Vias aéreas pervias, sem colar cervical e prancha rígida, sem crepitação ou dor à palpação em colunas cervical, torácica, lombar e lombossacra

B) MV+ em AHT, SRA, SpO2 99%, sem instabilidade torácica ou sinais de fratura de costelas

C) BNF, RR2T, Sem sopros, sem sangramentos importante ativo, abdômen flácido, indolor, sem irritação

21 - Condições que justificam a internação:
as cima

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

Diagnóstico Inicial:

Outros traumatismos intracranianos

24-CID Prin:
S068

25-CID Sec.:
26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0303040092	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MÉDIO)	Tempo SUS 7		
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01	31-Docum.: 01	32-Doc. Méd. Solic.: 01	CPF 900.147.403-97
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR	34-Data Solicitação: 29/06/2020	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 Tipico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado	Assinatura: Elayne Mendes R. de Oliveira SAME - HD Confere com o Original		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
48-Documeto: () CNS () CPF	49-Num. Documento:	Usuário: (ARIOSTO) Consulta Local: 784226 Consulta SUS: Impressão: 29/06/2020 13:46:31
51 - Assinatura Paciente ou Responsável:		



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 324820
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		AIH: 2220101486867

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 898002726937626	NOME DO PACIENTE FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA	NASCIMENTO 29/06/1970	SEXO M	PRONTUÁRIO 236562
DOCUMENTO CPF 1033212	TELEFONE	NOME DA MÃE FRANCISCA CARVALHO MOURA	RESPONSÁVEL O MESMO	
CEP 64320000	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 175
BAIRRO CENTRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO PIMENTEIRAS	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA ATROPELAMENTO POR VEÍCULO AUTOMOTOR. REFERE PERDA A CONSCIÊNCIA NO LOCAL. APRESENTA EPISTAXE. PACIENTE SEM DEMAIS QUEIXAS. SE DESLOCOU AO HOSPITAL DE CARRO PRÓPRIO(A) VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, SEM CREPITAÇÃO OU DOR A PALPAÇÃO EM COLUNAS CERVICAL, TORÁCICA, LOMBAR E LOMBOSSACRAB) MV+ EM AHT, SRA. SPO2 99%, SEM INSTABILIDADE TORÁCICA OU SINAIS DE FRATURA DE COSTELAS(C) BNF. RR2T, SEM SOPROS, SEM SANGRAMENTOS IMPORTANTE ATIVO, ABDÔMEN FLÁCIDO, INDOLOR, SEM IRRITAÇÃO PERITONEAL. PELVE ESTÁVEL. TEC<3S. PULSO CHEIOS 96 BPM(D)

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

NEUROLOGIA

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

JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR
CPF: 90014740397

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

29/06/2020

DATA ADMISSÃO

29/06/2020 11:37

DATA ALTA

02/07/2020 10:00

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)) LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 09623442300	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA Elayne Mendes R. de Oliveira SAMEO HUT Confere com o Original
CRM: DATA ANALISE: 29/06/2020 14:30:13	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 INICIAL No.: 128830 - Em: (02/07/2020)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dr. Nasc./Id:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
265744	236562	FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA	29/06/1970	POSTO 3	ENFERMARIA 110A	LEITO 21	ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA
Evolução:	TCE Glucose 15		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades: TCE - HSAF		
Hora:							

PRESCRIÇÃO INICIAL No.: 128830 - Em: (02/07/2020) - Pag: 1 de 2

Seq.:	Descrição/Prescrição/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	PARITOLINA SÓDICA 100 MG	1,00	Comprim	Oral	8/8h				
3	OMEPRAZOL 20MG PELA MANHÃ EM JEJUM	1,00	Cápsula	Oral	24/24h				
4	DIPLOFONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. DILUIR EM 8ML DE AD - FAZER DE 6/6H EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	SN		AD		
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	CAPTOPRIL 25MG SE P/A 160/110MMHG	2,00	Comprim	Oral	SN				
7	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	SN				
8	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 8/8H	1,00	Ampola	EV	8/8h		SF 0,9%		
9	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		

102/07/2020 06:59:19

ELTON PORTELA

10 Alta



PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA DE NASCIMENTO		CLÍNICA		ENF. ou APT. LEI	
FIO DAN Chagan L. Moura		236562				PO3		JDO L. 21	
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:		MÉDICO ASSISTENTE					
ALERGIAS		PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES			
29/06/2020 -> 16/05 -> 14/04		SAM DA GILVA				NEURO			
1. Dieta pranda		12:30				12:30h. Puncionado acervo veno- so perfúrico em USD com geteo nº 20. t.c. done			
2. SF 0,9% 2000ml EV dia 1 500ml EV 12/11/20		12:30				12h. Paciente apresentando vômitos, administrado 4ml 5 compere puxac, t.c. done			
3. Omeprazol 20mg - 01 comp VC pela manhã		12:30							
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV (SOS) 6/6/4h		12:30							
5. Bromoprida 1amp + AD EV (SOS) 12/11/20		12:30							
6. Fenitoína 2ml + 18ml AD EV 8/8h		12:30							
7. Halodol 1amp IM (SOS) qte qe 8/8h		12:30							
8. Tramadol 100mg + 100ml SFO,9% EV 8/8h (SOS) qe 8/8h		12:30							
9. Dimorf 10mg + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h qcm 4/4h		12:30							
10. SSV 6/6h		12:30							
11. Anal Cln. lna		12:30							
12. Anal Antepeda		12:30							
MEDICO/CRM:		13- cantonal 25/05		14/11/2020		15/11/2020			

TOMOGRAFIA REMANADA
DATA: 21/06/20 HORA: 08:30
EXAME: TAC de crânio e face sem contraste
TECNÓLOGO: JDO L. 21

Leticia
Ente-meira
COREN 53484

Atmili Alves Ribeiro
CRM PI 2972

ENFERMARIA/LEITO: 330 | 22

SEMINTENSIVOS () INTENSIVOS

Estado mental: ☒ Consciente () Orientado ☒ Desorientado () Afásico () Disfásico
() Torporoso () Sonolento - Glasgow.

3. Locomoção: ☒ Deambular / ☐ Arrastado / ☐ Postura estática

4. Respiração: ☒ Eupneico () Disneico () Taquípneico () Ortônico / VTOT

() Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:

7. Abdomen: ☒ Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso
() Impácnico () Doloroso ☒ Indoloro () Vascularizado () No vascularizado

() Escorriações _____
 () Hidratada () BPe
 () Alisa ca _____
 () Lesões

11. Drenos: () Sucor () Torácico () JVC () DVE () Khar

☐ Normal ☐ Reduzida ☐ Hematúria ☐ Colúria ☐ Disúria
☐

14. Admissão: SPH VERT
14.1. Alameda: 1550 / 1550
de 07

14.3: Comorbidades: ☒ Negativa ☐ DM ☐ HAS

14.6: TESTE RAPIDO COVID-19 / 148 / substitua

James H. ...

Emermora
COREN - 01 77 887

ESCALA DE BRADEN:		PONTOS:	CONTROLE:
PERCEPÇÃO SENSORIAL (Uniãoço):		5	ALTO RISCO Afc: 5 A 11
1-Totalmente 2-Muito 3-Livremente 4-Nenhuma			
UNIDADE (Molho):		5	MEDIO RISCO MR: 12 a 14
1-Consistentemente 2-Frequentemente 3-Ocasionalmente			BAIXO RISCO BR: 15 a 16
4-Raramente			
ATIVIDADE:		5	SEM RISCO SR: 17 a 23
1-Acorado 2-Cadeira rodas 3-Anda Ocasionalmente			
4-Anda Frequentemente			
MOBILIDADE (Linhaço):		5	
1-Totalmente 2-Muito 3-Livremente 4-Nenhuma			
NUTRIÇÃO:		5	TOTAL: 18
1-Muito pobre 2-Inadequada 3-Adequada 4-Excelente			CLASSIF: 3
FRACÃO E CULAMAMENTO:		5	
1-Problema 2-Problema Potencial 3-Nenhum Problema			

ESCALA DE MORSE – RISCO DE QUEDA (EQM):		NOTAS	CONTROLE:
1. HISTÓRICO DE QUEDAS RECENTES (< 1 ano) - FATOR FISIOLÓGICO: SIM - 25 / NÃO - 0		0	SEM RISCO SR: < 10
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO (Médico ou de Enfermagem que possa contribuir para queda): SIM - 15 / NÃO - 0		0	
3. AUXÍLIO NA DEAMBULACÃO: Medicamentos - 30/ Muletas/Bengalinas/Andar - 15/ Nenhum/Acamado/Auxílio Profissional Saúde - 0		0	BAIXO RISCO BR: 10 a 24
4. TERAPIA ENDOVENEOSA (continua ou intermitente): SIM - 20 / NÃO - 0		0	
5. MARCIAÇÃO: Comprometida/cambaleante - 20/ Fraca - 10/ Normal/Sem desequilíbrio, acamado, cadeira de rodas - 0		0	MÉDIO RISCO MR: 25 a 40
6. ESTADO MENTAL: Superficialmente/Equívoco (irritação relativa a sua capacidade de andar - 15/ Orientado quanto a sua capacidade/inibição do andar - 0		0	
6B5: Paciente tetraplégico, em coma, sedado ou sem atividade motora não se aplica a EQM		0	ALTO RISCO AR: > 40
TOTAL:			CLASSIFICAÇÃO:



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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA** (Prontuário: 236562)
Endereço: QD 56 CS 01 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 29/06/1970 Idade: 50a0m0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 784226
Requisição: 1110738 Solicitação: 29/06/2020 Solicitante: THIAGO MELO DINIZ
Controle: 1560495 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 29/06/2020

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- FRATURA CRANIANA TÊMPORO-PARIETAL À DIREITA.
- DISCRETO PNEUMOENCÉFALO.
- HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE.
- CALCIFICAÇÃO (0,3 cm) EM TOPOGRAFIA CORTICAL NO LOBO PARIETAL DIREITO, SUGESTIVA DE GRANULOMA RESIDUAL.
- PARÊNQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 29/06/2020

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável

Elayne Mendes de Oliveira
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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA** (Prontuário: 236562)
Endereço: QD 56 CS 01 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 29/06/1970 Idade: 50a0m0d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 265744
Requisição: 1111003 Solicitação: 29/06/2020 Solicitante: ALMIR ALVES REBELO FILHO
Controle: 1561449 Convênio: S U S POSTO 3 ENFERMARIA 110A LEITO 21

Cod. SIA: 0206010028

RELATÓRIO:

Data Exame: 29/06/2020

T.C. DE COLUNA LOMBO-SACRA

TÉCNICA: EXAME REALIZADO EM TOMÓGRAFO MULT-SLICE, COM RECONSTRUÇÕES MULTIPLANARES E VOLUMÉTRICA.

- ABAULAMENTO DISCAL POSTERIOR DIFUSO E SIMÉTRICO EM L4-L5 E ASSIMÉTRICO EM L5-S1, COM PREDOMÍNIO À DIREITA, TOCANDO AS FACES CONTÍGUAS DO SACO DURAL E OBLITERANDO AS PORÇÕES INFERIORES DOS RESPECTIVOS NEUROFORAMES.
- ESPONDILOSE LOMBOSSACRA.
- ALINHAMENTO VERTEBRAL LOMBAR PRESERVADO.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 29/06/2020

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM
Profissional Responsável

Ellayne Mendes de Oliveira
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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA** (Prontuário: 236562)
Endereço: QD 56 CS 01 - BELA VISTA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 29/06/1970 Idade: 50a0m2d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 265744
Requisição: 1111571 Solicitação: 01/07/2020 Solicitante: KASSIO ALENCAR RODRIGUES
Controle: 1563030 Convênio: S U S POSTO 3 ENFERMARIA 110A LEITO 21

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 01/07/2020

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- FRATURA LONGITUDINAL NA PORÇÃO MASTÓIDEA DO OSSO TEMPORAL DIREITO.
- ÁREA DE CONTUSÃO CEREBRAL NÃO HEMORRÁGICA NO LOBO TEMPORAL DIREITO.
- DISCRETA "LÂMINA" HEMORRÁGICA EXTRA-AXIAL EM TRANSIÇÃO PARIETO-TEMPORAL À DIREITA.
- PEQUENO GRANULOMA CALCIFICADO CORTICAL NO LOBO PARIETAL DIREITO.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 01/07/2020

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável

Elayne Mendes de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

PI

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
1750520925

NOME
FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

DOC. CONTRADEFESA EMBOCADOR
1033212 SSP PI

CPF
397.372.923-81

DATA NASCIMENTO
29/06/1970

PAISAO
RAIMUNDO ALVES DE MOURA
FRANCISCA CARVALHO MOURA

PERMISSAO
B
ACC
B
CAT. HBR
AD

PP REGISTRO
02717092365

VALIDADEZ
13/12/2023

PRIMEIRA EMISSAO
26/11/2002

OBSERVAÇÕES
A
SAR

Assinatura do Portador

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSAO
02/01/2019

48504560252
PI320688514

Assinatura do Emissor

PIAUI

PROIBIDO PLASTIFICAR
1750520925



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200356427 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA **Data do acidente:** 29/06/2020 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma crânioencefálico

Descrição do exame físico: Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofia, ausência de assimetrias, marcha normal, força muscular alterada, memória remota alterada, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal, discurso confuso, percepção normal, pensamento ilógico e não coerente, impulsividade controlada, dano cognitivo-comportamental alienante.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR DE TCE MEDIANTE TRATAMENTO CLÍNICO EM TERAPIA INTENSIVA, EVOLUINDO COM SEQUELAS LEVES DE TCE (DÉFICIT COGNITIVO, COM PERDA DE FORÇA MUSCULAR DO DIMÍDIO DIREITO); PACIENTE FAZ USO DE HIDANTAL 100 MG (APRESENTOU RECEITAS E MEDICAÇÃO NA AVALIAÇÃO PERICIAL)

Sequelae permanentes: Dano neurológico

Sequelae: Com sequela

Data do exame físico: 19/10/2020

Conduta mantida:

Observações: Data e local do exame: 19/10/2020 - Teresina/PI

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



**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: [3200356427](#)

Nome do(a) Examinado(a): [FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [RS PORTAL DA ALEGRIA IV, 33, QD 32, Teresina/PI](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SSP/PI / 1033212](#)

Data e local do acidente: [29/06/2020 - Teresina/PI](#)

Data e local do exame: [19/10/2020 - Teresina/PI](#)

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

[TCE](#)

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

[PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CONSERVADOR DE TCE MEDIANTE TRATAMENTO CLÍNICO EM TERAPIA INTENSIVA, EVOLUINDO COM SEQUELAS LEVES DE TCE\(DÉFICT COGNITIVO, COM PERDA DE FORÇA MUSCULAR DO DIMÍDIO DIREITO\); PACIENTE FAZ USO DE HIDANTAL 100 MG \(APRESENTOU RECEITAS E MEDICAÇÃO NA AVALIAÇÃO PERICIAL\)](#)

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

[Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofia, ausência de assimetrias, marcha normal, força muscular alterada, memória remota alterada, atenção normal, linguagem normal, humor normal, afeto normal, discurso confuso, percepção normal, pensamento ilógico e não coerente, impulsividade controlada, dano cognitivo-comportamental alienante.](#)

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

[Sim](#)

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

[Sim](#)

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

[SEQUELAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL](#)

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"

() "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.

Dano cognitivo-comportamental alienante - Leve - 25%

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



Dr. Adriel Ledo
CRM: 10.101.101.101
Ortopedia e Traumatologia
Grupo de Limão e Castanho



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0281211/20

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MO

CPF: 397.372.923-91

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 29/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA : 397.372.923-91

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: 05/10/2020
Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA
CPF: 397.372.923-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/10/2020
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO





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, 09 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200356427

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

Data do Acidente: 29/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

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. 00137/00138 - carta_02 - INVALIDEZ

00040069



Carta nº 16205701



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/02/2021 10:14:39

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021110142211200000013873064>

Número do documento: 21021110142211200000013873064

Num. 14676831 - Pág. 17



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

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200356427

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

Data do Acidente: 29/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

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\$ 3.375,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000000405-7

Conta: 000000115046-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☒ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

397.372.923-91

4 - Nome completo da vítima:

Francisco das Chagas Lavalho Moura

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

5 - Nome completo:

Francisco das Chagas Lavalho Moura

6 - CPF:

397.372.923-91

7 - Profissão:

Recebe-me

8 - Endereço:

R. Portal da Alegria IV 832

9 - Número:

33

10 - Complemento:

33

11 - Bairro:

Portal da Alegria

12 - Cidade:

Ceresina

13 - Estado:

MA

14 - CEP:

64000-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(86) 8844-0400

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

0405

CONTA:

0115046

4

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

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

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

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ 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 (se houver)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Ceresina, MA, 19/09/2020.

Francisco das Chagas Lavalho Moura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Fis: 1

Visto:

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00040273/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/09/2020 16:07:46 Data/Hora Fim: 30/09/2020 16:07:46
Origem:
Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 29/06/2020 11:00

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Bairro: Bela Vista
Logradouro: RUA IRMÃ ALZIRA DE CARVALHO
Tipo do Local: Via Pública



Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 29/06/1970 Idade: 50
Profissão: Pedreiro
Estado Civil: Casado(a) Naturalidade: Teresina - PI
Nome da Mãe: Francisca Carvalho Moura

Documento(s)

CPF: 397.372.923-91

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: QUADRA 56, CASA 1
Bairro: Bela Vista

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição motocicleta	Veículo Adulterado? Não
Situação Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA A PÉ ATRAVESSANDO A RUA, QUANDO UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA LHE ATROPELOU, ONDE A VITIMA FOI LESIONADO, SOCORRIDO POR TERCEIRO, ENCAMINHADO PARA A UPA DO PROMOTOR, DEPOIS ENCAMINHADO PARA O HUT. PRONTUÁRIO 236562. DECLARAÇÕES DA VITIMA.



Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos
Data de Impressão: 30/09/2020 16:15:42

Página 1 de 2
PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Fls: 2

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00040273/2020

ASSINATURAS


Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Escrivão
Matrícula 0097616

Responsável pelo Atendimento


Francisco das Chagas Carvalho Moura

Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (ou única) responsável pelas informações acima inseridas e deito que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Erika Mourao Melo de Aguiar

Delegado de Polícia

Matrícula 1300768



Impresso por: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

Data de Impressão: 30/09/2020 16:15:42

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/02/2021 10:14:39

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021110142211200000013873064>

Número do documento: 21021110142211200000013873064

Num. 14676831 - Pág. 22



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:

397.372.923-91

4 - Nome completo da vítima:

Francisco das Chagas Lavalho Moura

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

5 - Nome completo:

Francisco das Chagas Lavalho Moura

6 - CPF:

397.372.923-91

7 - Profissão:

Recebe-me

8 - Endereço:

Rua 13. Portal da Alegria IV 832

9 - Número:

Linha

10 - Complemento:

33

11 - Bairro:

Portal da Alegria

12 - Cidade:

Cerenina

13 - Estado:

Piauí

14 - CEP:

64000-000

15 - E-mail:

(86) 8884-0400

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\$1.000,00 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0405

CONTA:

0115046

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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



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

• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (ou Civil)



Divorçado



Separado Judicialmente



Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):



Sim



Não

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

28 - Vítima teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairas)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Cerenina, Piauí, 19/09/2020.

Francisco das Chagas Lavalho Moura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 11/02/2021 10:14:39

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021110142211200000013873064

Número do documento: 21021110142211200000013873064

Num. 14676831 - Pág. 23

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00405-7

CONTA: 000000115046-4

Nr. Autenticação

BRADESCO2710202005000000000023700405000000115046337500 PAGO



