



15/06/2020

Número: **0801850-09.2019.8.18.0036**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Altos**

Última distribuição : **06/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.860,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MAURICIO SOUSA DE ARAUJO (AUTOR)		FRANCISCO DE JESUS PINHEIRO JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10253951	15/06/2020 13:56	PROC ADM	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Acioniana Rego machado do Nascimento, portador(a) do

RG nº 1.922-810, expedido por SSP-PR, em

39/05/97, CPF/CNPJ nº 980.294.363.00,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MAURICIO

SOUSA DE ARAUJO do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima MAURICIO SOUSA DE ARAUJO, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

07 AGO 2017

Acioniana Rego machado do Nascimento
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DIONIZIA SOUSA DE ARAUJO

RG nº 576.634, data de expedição 18/10/1988

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 39440346353, com

domicílio na cidade de ALTOS, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LC BOA HORA, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(é)a de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima MAURICIO SOUSA DE ARAUJO cujo o condutor era

MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Veículo: MOTO

Modelo: CG 150 TITAN ES

Ano: 2005 2005

Placa: LUX-7432

Chassi: 9C2KC0850SR813285

Data do Acidente: 26-01-2017

Local e Data: Altos/PI, 07/06/2017

Dionizia Sousa de Araujo
Assinatura do Declarante

2º Ofício

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



CARTÓRIO ZÉ GIL
2º Ofício de Notas 07 AGO 2017
Teresinha de Sousa Vianna
Tabelaria
Altos-PI





INSTITUTO DE SAÚDE JOSÉ GIL BARBOSA

Nº _____

DATA: 26/01/17, HORÁRIO: 20:54 hs

Documentação médica - hospitalar



Ficha de Pronto-Atendimento

NOME: Maurício Saum de Araújo CNS: _____
IDADE: 40a DATA DE NASC: 10/03/76 SEXO: M NATURALIDADE: Peresina - PE
PROFISSÃO: Segurança EST. CIVIL: Solteiro CONTATO: _____
ENDEREÇO: R- 24 de Junho - n: 2214 - B. São Lourenço
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: Maria Luísa da Silva de Araújo
MOTIVO DO ATENDIMENTO: Trauma

() Clínico () Obstétrico () Cirúrgico () Pediátrico () Psiquiátrico () Violência (X) Acidente

SINAIS VITAIS: FC 86 FR _____ PA 100x70 Tax. _____ GLICEMIA 122 SatO₂ 99

Queixa Principal: Dor aguda
Anamnese: Paciente vítima de politrauma apresentando TCE + torção
na 12. Consciente, porém desorientado ante e alheios, com
fractura CERAS - 2017 0126 16238
fractura HVI - 26012017040.

Glasgow: 12.

Victor Hugo Brito
Enfermeiro
CRM 340.878

Exame Físico _____

Hipótese Diagnóstica _____

Destino do Paciente: () Ambulatório () Observação () Internação (X) Transferência

Conduta/prescrição: Transf. HVI

07 AGO 2017

Dr. José Dantas de Araújo Junior
CRM 1982



dm

Diagnóstico Médico por Imagem

Laudo Médico

C.I.D.-10 = S06.3

o paciente Maurício Sousa de Araújo tem história de acidente de trânsito em 26/01/17, com traumatismo crânioencefálico e fratura operada da calota no HCT.

A CT de crânio atual top laudo de traumatismo tempo parietal direita e glóbulo temporal direita. O EEG foi normal. vem usando Fenitoína 400mg noite.

THE 15/17

Rua Álvaro Mendes, 2256 • Fone/Fax 3221-0099 • Teresina - Piauí

07-AGO 2017





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Maurício Sousa de Araújo
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 433869

07 AGO 2017

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 3229 3872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0001-52

Impr: 27/01/2017 11:09:11

PÁGINA: 1

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO		Prontuário: 433869
Mãe: DIONIZIA SOUSA DE ARAUJO		Pai: LUIS MARIANO DE SOUSA
End. Resid.: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SÃO LUIS - ALTOS - PI - CEP: 64390-000		
Nascimento: 10/03/1976	Idade: 40a:10m:16c	Sexo: Masculino Fone: 86-99522-0601
Responsável: JOAO VICTOR		CNS: 700000662377200
Profissão: NAO INFORMADO		Documento: RG: 1518071 - SSP PI
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Solteiro(a)
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 592076	Data: 26/01/2017 21:58:40	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U 5

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) acima identificado permaneceu nesta unidade dia 26/01/2017 de 21:58 às _____ horas para fim de atendimento hospitalar comprovado no Boletim de Emergência No. 592076/////

TERESINA(PI), 7 de Julho de 2017.

Ass. e Matrícula do Servidor

07 AGO 2017

Nota: De acordo com a resolução CFM no. 1851/23008, L.O.U. de 18/08/2008, seção I, Pag. 258.





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820, Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-970 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** (Prontuário: 433869)
Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64290-000
Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a:10m:16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 592076
Requisição: 715247 Solicitação: 26/01/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 891474 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 26/01/2017

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- HEMATOMA SUBGALEAL TEMPORAL DIREITO E NA ALTA CONVEXIDADE FRONTO-PARIETAL ESQUERDA.
- FRATURA CRANIANA COMINUTIVA PARIETO-TEMPORAL DIREITA, COM EXTENSÃO À MASTÓIDE DESTES LADOS.
- DELGADA COLEÇÃO HEMÁTICA SUBDURAL EM REGIÃO TEMPORAL DIREITA, COM BOLHAS GASOSAS DE PERMEIO.
- DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNOIDE SUPRATENTORIAL À DIREITA.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 26/01/2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645
Profissional Responsável

07 AGO 2017





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** (Prontuário: 433869)
Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SÃO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64290-000
Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a:10m.16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 592075
Requisição: 715250 Solicitação: 26/01/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 891479 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 26/01/2017

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas não visualizado.
- Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(TERESA)

TERESINA - PI 26/01/2017

07 AGO 2017

TERESA EMILIA ROCHA DE C. MELO

CPF: 273.773.693-53 CRM PI 1494

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1876 Redenção - Fone: 56 3224 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** (Prontuário: 433859)
Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64290-000
Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a:10m:17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 183117
Requisição: 715410 Solicitação: 27/01/2017 Solicitante: SAARA BARROS NASCIMENTO
Controle: 891658 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 27/01/2017

T.C. DE ABDOME TOTAL

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

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

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/01/2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

07 AGO 2017





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** (Prontuário: 433869)
Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64290-000
Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a:10m:17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 183117
Requisição: 715411 Solicitação: 27/01/2017 Solicitante: SAARA BARROS NASCIMENTO
Controle: 891659 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 27/01/2017

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- OPACIDADES SUBPLEURAIS EM REGIÕES PULMONARES POSTERIORES, POR PROVÁVEL ATELECTASIA DECÚBITO-PENDENTE.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MADIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- TUBO ENDOTRAQUEAL, BEM POSICIONADO.
- CATETER VENOSO CENTRAL COM EXTREMIDADE NA VELA CAVA SUPERIOR.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 27/01/2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF 940 719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

07 AGO 2017





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tillo 1820 - Rodagem - Fone: 86 3226 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/9022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** (Prontuário: 433869)
Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64290-000
Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a:11m:25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 183110
Requisição: 717472 Solicitação: 04/02/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 894140 Convênio: S U S CLÍNICA MÉDICA - P06 ENFERMARIA 207 LEITO 117

RELATÓRIO:

Cod. SJA: 0206010044

Data Exame: 04/02/2017

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- MATERIAL DE DENSIDADE INTERMEDIÁRIA PREENCHENDO PARCIALMENTE OS SEIOS ESFENOIDAIS, SUGERINDO SINUSOPATIA INFLAMATÓRIA.
- DEMAIS SEIOS PARANASAIS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDIAIS LIVRES.
- DESVIO DO SEPTO NASAL PARA A DIREITA.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/02/2017

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável

07 AGO 2017





Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

Documentação médica - hospital



Enf. Jussara Medeiros - 09.41.33

Página: 1/1

Nome: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO
Convênio: PARTICULAR
Solicitante: Dr. MANOEL BALDOINO
Código: 1080842.08

Idade: 41 anos
Sexo: MASC
Data: 16/05/2017 15:50:00

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO (3 filmes) (D) (LA)

TÉCNICA:

Estudo realizado com tomógrafo multi-slice, através de aquisição volumétrica dos dados, com cortes submilimétricos, que foram pós-processados, obtendo-se imagens axiais e reconstrução 3D Volume Rendering.

ACHADOS:

Orifício de trepanação óssea em região temporal direita da calota craniana.
Área de encefalomalácia/gliose em lobo temporal direito.
Restante do parênquima encefálico apresentando valores de atenuação radiológica dentro dos limites normais.
Cisternas e sulcos corticais sem modificações.
Sistema ventricular: com morfologia e dimensões anatômicas.
Ausência de desvios das estruturas da linha média ou calcificações patológicas.

CONCLUSÃO:

1. ORIFÍCIO DE TREPANAÇÃO ÓSSEA EM REGIÃO TEMPORAL DIREITA DA CALOTA CRANIANA;
2. ÁREA DE ENCEFALOMALÁCIA/GLIOSE EM LOBO TEMPORAL DIREITO;
3. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

27 SET 2017

Dr. Jairo Vaz
CRM 3406

Dr. Wilsonney Leal
CRM 2052

Dr. Leonardo Mota
CRM 3508

Dr. Bruno Cabral
CRM 5491

Dr. Francine Cardoso
CRM 5062

Dr. Alan Michel Lima
CRM 3489

Dr. Edward Mout'Almeida
CRM 2738

Rua Álvaro Mendes 2256 • Fone/Fax: (86) 3221 0099 • Teresina - Piauí





Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

Emissão: 16/03/2017 16:07:21

Página.... 1/1

Nome: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Idade: 41 anos

Convênio: PARTICULAR

Sexo: MASC

Solicitante: Dr. MANOEL BALDOINO

Data: 16/03/2017 15:08:00

Código: 1080842 02

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO (5 filmes) (M) (W)

TÉCNICA:

Estudo realizado com tomógrafo multi-slice, através de aquisição volumétrica dos dados, com cortes submilimétricos, que foram pós-processados, obtendo-se imagens axiais, com reformatação no plano coronal e reconstrução 3D Volume Rendering.

ACHADOS:

Craniotomia fronto-temporal à direita.

Fraturas antigas na porção mastóidea do osso temporal direito.

Material com baixos coeficientes de atenuação, de provável natureza hemática/fibrinosa preenchendo células mastóideas direitas.

Área hipotenuante intra-axial, não expansiva, localizada em sítio córtico/subcortical do lobo temporal direito, exercendo efeito atrófico local.

Restante do parênquima encefálico apresentando valores de atenuação radiológica dentro dos limites normais.

Cisternas e sulcos corticais sem modificações.

Sistema ventricular: com morfologia e dimensões anatômicas.

Ausência de desvios das estruturas da linha média ou calcificações patológicas.

Calota craniana sem alterações.

CONCLUSÃO:

1. CRANIOTOMIA FRONTO-TEMPORAL À DIREITA;
2. FRATURAS ANTIGAS NA PORÇÃO MASTÓIDEA DO OSSO TEMPORAL DIREITO;
3. MATERIAL COM BAIXOS COEFICIENTES DE ATENUAÇÃO, DE PROVÁVEL NATUREZA HEMÁTICA/FIBRINOSA PREENCHENDO CÉLULAS MASTÓIDEAS DIREITAS;
4. PEQUENA ÁREA DE GLIOSE SEQUELAR PÓS-TRAUMÁTICA NO LOBO TEMPORAL DIREITO;
5. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

27 SET 2017

Dr. João Vaz
CRM 3406

Dr. Wiltonny Lúcio
CRM 2062

Dr. Leonardo Matos
CRM 3508

Dr. Bruno Cabral
CRM 5491

Dr. Francisco Cardoso
CRM 5062

Dr. Alen Mychiel Lima
CRM 3489

Dr. Edward Mont'Albano
CRM 2738





Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

WinAudio (#WACD2500137)

Avaliação Audiológica

Emissão: 04/05/2017

Funcionário/Paciente: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Data do Exame: 04/05/2017

Idade: 41 anos e 2 mes(es)

Sexo: Masculino

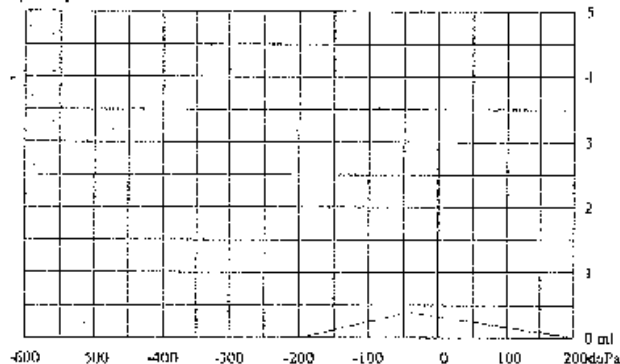
Tipo Consulta: Particular

Audiômetro: MAICO MA42 (Última Aferição: 24/06/2013)

Profissional que solicitou o exame: DR. ERICK BARROS

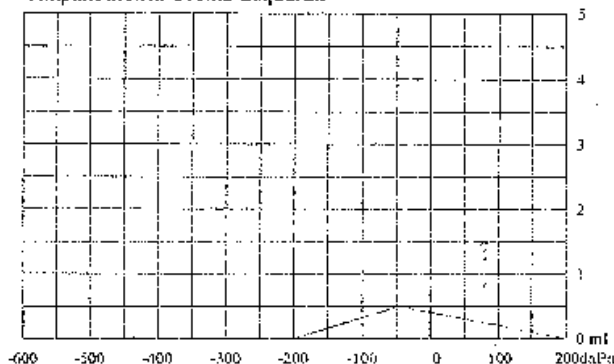
IMPEDÂNCIA ACÚSTICA

Timpanometria Orelha Direita



Classificação (Jerger, 1970): A

Timpanometria Orelha Esquerda



Classificação (Jerger, 1970): A

Complância	OD	OE
Pressão Ouvido Médio (daPa)	-42	-45
Máximo Relaxamento (ml)	0.4	0.5
Complância +200 daPa (ml)	0.0	0.0
Complância Estática (ml)	0.1	0.5

Reflexo Acústico

Orelha Direita

Hz	Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI
500	35	AUS		
1000	45	AUS		
2000	35	AUS		
4000	55	AUS		

Sonda no OE

Orelha Esquerda

Hz	Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
500	15	AUS		
1000	15	AUS		
2000	15	AUS		
4000	10	AUS		

Sonda no OD

27 SET 2017

PARECER AUDIOLÓGICO

PERDA AUDITIVA MISTA DE GRAU LEVE NA OD E LIMIARES AUDITIVOS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE NA OE.
CURVAS TIMPANOMÉTRICAS DO TIPO "A" COM REFLEXOS ESTAPEDIANOS CONTRALATERAIS AUSENTES EM AMBAS ORELHAS.

CRFa: 9498-PI ALANALICE DA SILVA LIMA

Rua Alameda Mar de 0064 - Fone/Fax: (84) 3221-0000 - Teresina - Piauí



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:57:31

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151356423900000009738389>

Número do documento: 2006151356423900000009738389



Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

WinAudio (#WAUD2500137)

Avaliação Audiológica

Emissão: 04/05/2017

Funcionário/Paciente: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Data do Exame: 04/05/2017

Idade: 41 anos e 2 mes(es)

Sexo: Masculino

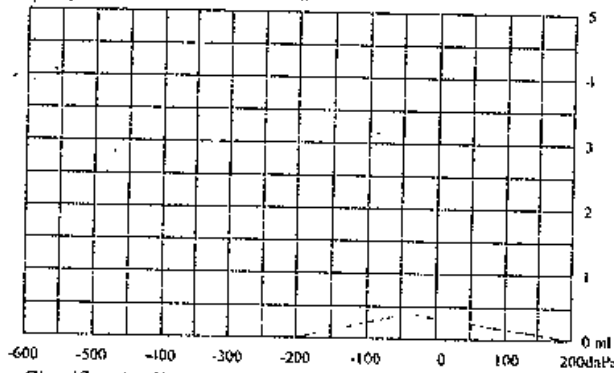
Tipo Consulta: Particular

Audiômetro: MAICO MA42 (Última Aferição: 24/06/2013)

Profissional que solicitou o exame: DR. ERICK BARROS

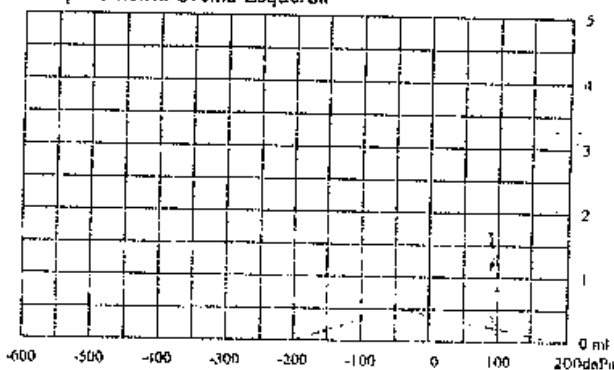
IMITÂNCIA ACÚSTICA

Timpanometria Orelha Direita



Classificação (Jerger, 1970): A

Timpanometria Orelha Esquerda



Classificação (Jerger, 1970): A

Complância

	OD	OE
Pressão Ouvido Médio (daPa)	-42	-45
Máximo Relaxamento (ml)	0.4	0.5
Complância +200 daPa (ml)	0.0	0.0
Complância Estática (ml)	0.4	0.5

Reflexo Acústico

Orelha Direita

Hz	Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI
500	35	AUS		
1000	45	AUS		
2000	35	AUS		
4000	55	AUS		

Sonda no OE*

Orelha Esquerda

Hz	Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
500	15	AUS		
1000	15	AUS		
2000	15	AUS		
4000	10	AUS		

Sonda no OD

PARECER AUDIOLÓGICO

PERDA AUDITIVA MISTA DE GRAU LEVE NA OD E LIMIARES AUDITIVOS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE NA OE. CURVAS TIMPANOMÉTRICAS DO TIPO "A" COM REFLEXOS ESTAPEDIANOS CONTRALATERAIS AUSENTES EM AMBAS ORELHAS.

CRFa: 9498-PI ALANALICE DA SILVA LIMA

27 SET 2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:57:31

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151356423900000009738389>

Número do documento: 2006151356423900000009738389



Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

WinAudio (#WAUD2500137)

Avaliação Audiológica

Emissão: 04/05/2017

Funcionário/Paciente: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Data do Exame: 04/05/2017

Idade: 41 anos e 2 mos(es)

Sexo: Masculino

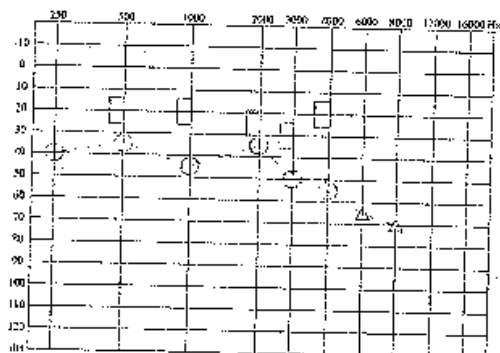
Tipo Consulta: Particular

Audiômetro: MAICO MA42 (Última Aferição: 24/06/2013)

Profissional que solicitou o exame: DR. ERICK BARROS

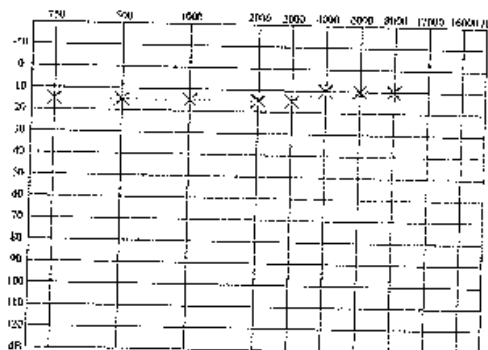
AUDIOMETRIA TONAL

ORELHA DIREITA



SRT: 40 dB
SDT:

ORELHA ESQUERDA



SRT: 15 dB
SDT:

Índice de Reconhecimento de Fala

Pal. Faladas	Intensid		Monossil	Dissil
	—	—		
OD	80 dB		96 %	25
OE	55 dB		100 %	

Mascaramento (em dB)

	VA		VO / NB		LOGO/SN
	Min	Max	Min	Max	
OD					
OE		60		60	50

PARECER AUDIOLÓGICO

PERDA AUDITIVA MISTA DE GRAU LEVE NA OD E LIMIARES AUDITIVOS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE NA OE.
CURVAS TIMPANOMÉTRICAS DO TIPO "A" COM REFLEXOS ESTAPEDIANOS CONTRALATERAIS AUSENTES EM AMBAS ORELHAS.

27 SET 2017

CRFa: 9498-PI ALANALICE DA SILVA LIMA

Rua Álvaro Mendes, 2256 • Fone/Fax: (86)3221.0099 • Teresina - Piauí



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:57:31

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151356423900000009738389>

Número do documento: 2006151356423900000009738389

Num. 10253951 - Pág. 16



Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

WinAudio (#WAUD2500137)

Avaliação Audiológica

Emissão: 04/05/2017

Funcionário/Paciente: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Data do Exame: 04/05/2017

Idade: 41 anos e 2 mes(es)

Sexo: Masculino

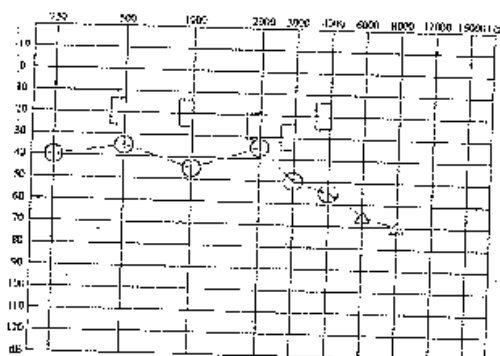
Tipo Consulta: Particular

Audiômetro: MAICO MA42 (Última Aferição: 24/06/2013)

Profissional que solicitou o exame: DR. ERICK BARROS

AUDIOMETRIA TONAL

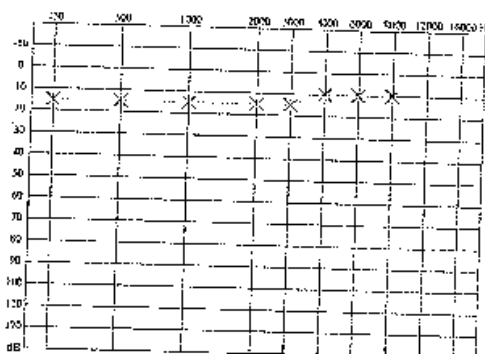
ORELHA DIREITA



SRT: 40 dB

SDT:

ORELHA ESQUERDA



SRT: 15 dB

SDT:

Índice de Reconhecimento de Fala

Pal. Faladas	Intensid	Monossil	Dissil
OD	80 dB	96 %	
OE	55 dB	100 %	

Mascaramento (em dB)

	VA		VO / NB		LOGO/SN
	Min	Max	Min	Max	Quant
OD					
OE		60		60	50

PARECER AUDIOLÓGICO

PERDA AUDITIVA MISTA DE GRAD LEVE NA OD E LIMIARES AUDITIVOS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE NA OE. CURVAS TIMPANOMÉTRICAS DO TIPO "A" COM REFLEXOS ESTAPEDIANOS CONTRALATERAIS AUSENTES EM AMBAS ORELHAS.

27 SET 2017

CRFa: 9498-PJ ALANALICE DA SILVA LIMA

Rua Álvaro Mendes, 2256 • Fone/Fax: (86)3221.0099 • Teresina - Piauí



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:57:31

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151356423900000009738389>

Número do documento: 2006151356423900000009738389



Laudo Médico =

CID-10 = S06.3

o paciente Maurício Sousa de Araújo tem história de acidente de trânsito em 26/11/17, com traumatismo crânioencefálico e foi operado da cabeça no HUT.

A CT de crânio atual top laudo de trepanação tempo ral direita e glóbulos temporais direita. E EEF foi normal.

Vem usando Fisioterapia 400mg noite.

Dr. Maurício Sousa
TUE 17/05/17

27 SET 2017

Rua Álvaro Mendes, 2256 • Fone/Fax 3221-0099 • Teresina - Piauí



**NEUROCENTRO**

Maurício Sousa de Araújo.

Atesto que o paciente
hipocrisado encontra-se
em tratamento neste setor
por ter sido acometido
de TCE por acidente por
Moto esportiva com
Fraturas ao nível da
base do crânio Temporal
direito. Etilose sequelar
pós traumática. Cranioto-
mia Frontal Temporal direita
cl clinicamente livres sequelas

Rua Olavo Bilac, nº 1737 - Centro / Sul • CEP 64001-280
Teresina - PI • (86) 3217.1111 • www.neurocentro.com



Cefaleia recorrente aos
AINEs, Transtorno
Comportamental grave
T- do bus, Transtorno
da linguagem.

ETD10 - 509; 640; F92; F95.

Atenu
Teor
11
7/7

Dr. Elmaro Castro S. R. C. e Silva
Médico
CRM - PI: 5880





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Maurício Sousa de Azeite

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 433269

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 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

NEURO (X)
ORTOPEDIA
CIRURGIA GERAL

BOLETIM DE ENTRADA - BE Luciano (motociclista) 9502-7158 mp: 26/01/2017 22:08:25

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MAURICIO SOUSA DE ARAUJO			Prontuário:	433869
Mãe:	DIONIZIA SOUSA DE ARAUJO			Pai:	LUIS MARIANO DE SOUSA
End. Resid.:	RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI - CEP: 64290-000				
Nascimento:	10/03/1976	Idade:	40a:10m:16d	Sexo:	Masculino
Responsável:	JOAO VICTOR			Fone:	86-99522-0601
Profissão:	NAO INFORMADO			CNS:	700000662377200
G. Instrução:	NAO informado			Documento:	RG: 1518073 - SSP PI
End. Local:				E. Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	592076	Data:	26/01/2017 21:58:40	Condução:	EXPLICANTE - A. ANDR		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U. S	
Acid. Trab.:	NAO	Acid. Trajeto:	NAO	Acid. Trab. Tipico:	NAO	CID Secundario:	V299

OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Final/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Mecanismo de trauma significativo	CIRURGIA GERAL	Laranja
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
Sobrinho relatou que paciente sofreu colisão moto/carro e estava sem consciência quando levado a URGÊNCIA para a sala de trauma.			
LIVIA DE ARAUJO SOUSA COREN 9327 Em: 26/01/2017 21:03:12			

DADOS CLÍNICOS: (Hora:)

Paciente vítima de acidente de moto há 1 hora, com capacete, chegou com sinais vitais, em primeira urgência. A) Vias aéreas permeáveis B) MVB bilateralmente, tórax doloroso a palpação do tórax D) E) pulsos presentes axilares e femorais, membros inferiores a palpação sem flacidez e sem sinais de perfuração D) gânglios 14, pupilas isocóricas e fotossensíveis. Glicemia 120. Corto radiografia de crânio, fêmur, pé e mão.

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:
----	---	------	--------	-----	-----	--------

Diagnóstico inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Feito RI 1000 e 10 abato
SSG + cl. caq
Rx de fêmur, val. cervicof. pelvica por E)
T.C. de crânio / USG Abdominal

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA:	1 / 1	HORA:	30300092	Procedimento	5068	CTD
-------	-------	-------	----------	--------------	------	-----

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

27 NOV 2017

PRVAT

X João Victor de S. Ferreira
Assinatura Paciente ou Responsável

Antonio Carlos Sousa
Assinatura - Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - DR. ZEPHAN ROCHA
CLÍNICA DA CLÍNICA MÉDICA
Rua - De Oito Tiro, 1820, Bairro: Redenção, CEP: 64011-770
Teresina - PI, CNPJ: 05.522.917/0002-02
Fone: (86) 3229-4623 / 3229-4872 / 3229-4217



Fundação Municipal de Saúde

ALTA HOSPITALAR

Maurício Sousa de Araújo, Nascimento: 10/03/1976, 40 anos, gênero masculino, prontuário 433869.

Paciente vítima de politrauma por acidente motociclístico, admitido no HUT no dia 26/01/2017, com TCE, ECG/4, fratura temporal D e realizado limpeza mecânica cirúrgica temporal (26/01/2017). Foi admitido na UTI posto 4 dia 27/01/2017 com sedoanalgesia dormonid e fentanil, com DVA, estável hemodinamicamente, sob ventilação mecânica. Paciente foi admitido na clínica médica, dia 01/02/2017, estável hemodinamicamente, sem DVA, afebril, normocarado, hidratado, glasgow de 14(AO:4/RV:4/RM:6). Realizado TC de crânio dia 26/01/2017, com fratura craniana cominutiva parieto-temporal direita, com extensão à mastóide deste lado, sendo avaliado pelo neurologista, que recomendou internação hospitalar. No momento, evolui consciente, confuso, com glasgow de 14(AO:4/RV:4/RM:6), diurese e evacuação preservadas e espontâneas, alimentando-se através de dieta pastosa, por via oral e respirando espontaneamente, sem auxílio de O2. Paciente fez uso de Vancomicina(11 dias), Meropenem(8 dias) e Cefepime(4 dias).

AP: MV fisiológico, sem ruídos adventícios.

AC: RR, 2T, BNF. Ausência de sopros ou arritmias.

Abdome: RH presente, plano, sem massas ou visceromegalias palpáveis.

Extremidades: sem edema em membros inferiores, pulsos palpáveis com boa perfusão.

Recebe alta dia 09/02/2017 e será encaminhado para tratamento ambulatorial com continuação do uso de Azitromicina e Fenitoína e acompanhamento com neurocirurgião, ortopedista e fonoaudiologista. Serão prescritos: Codeína (tilex)- 500/30 mg, dipirona 500mg e bromoprida.

CID-10: S04.9

Dr. Hermanto Pinheiro
Cardiologia Clínica Médica
CRM-PI: 4202

Dr. Hermanto Pinheiro
Médico

Teresina, 09 de Fevereiro de 2017



NOME: Maurício Sousa de Araújo

PRONTUÁRIO: 433869

DN: 10/03/1976

UTI POSTO 4
RELATÓRIO DE ALTA

Paciente 40 anos, MASCULINO

Diagnóstico: TCE + HSAT + PO limpeza mecânica cirúrgica temporal

História da admissão: Paciente vítima de politrauma por acidente motociclistico foi admitido no HUT 26/01/2017 com TCE, ECG/4, fratura temporal D e realizado limpeza mecânica cirúrgica temporal (26/01/2017). Foi admitido na UTI posto 4 dia 27/01/2017 com sedoanalgesia dormonid e fentanil, com DVA, estável hemodinamicamente, sob ventilação mecânica.

História atual: Recbe alta estável hemodinamicamente, sem DVA, afebril, normocorado, hidratado. Respiração espontânea, glasgow de 14 (AO:4/RV:4/RM:6), pupilas isocóricas, médias, fotorreagente, dieta SNG. Ap. Cardiovascular: RR, 2T, BNF, normotenso, PAM; 94, taquicárdico, FC: 118 bpm, Ap. Respiratório: MV presentes, Fr: 21 irpm, Abdome: plano, RHA+, ausência de visceromegalias, palpáveis e indolor à palpação superficial e profunda. Diurese presente, débito urinário: 1,54 ml/kg/h. Extremidades: MMSS, MMII normoperfundidos, sem sinais de TVP. Antibioticoterapia: Meropenem (D1) e Vancomicina(D5).

EXAMES REALIZADOS:

TC DE ABDOME TOTAL: 27/01/2017

MÍNIMO LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA

TC DE CRÂNIO: 26/01/2017

-HEMATOMA SUBGALEAL TEMPORAL DIREITO E NA ALTA CONVEXIDADE FRONTO-PARIETAL ESQUERDA.

- FRATURA CRANIANA COMINUTIVA PARIETO-TEMPORAL DIREITA, COM EXTENSÃO À MASTÓIDE DESTES LADO.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

27 NOV 2017

DPVAT



- DELGADA COLEÇÃO HEMÁTICA SUBDURAL EM REGIÃO TEMPORAL DIREITA, COM BOLHAS GASOSAS DE PERMEIO.
- DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE SUPRATENTORIAL À DIREITA.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO.

US ABDOMINAL TOTAL: 26/01/2017
EXAME NORMAL

- TC DE TÓRAX: 27/01/2017

- OPACIDADES SUBPLEURAS EM REGIÕES PULMONARES POSTERIORES, POR PROVÁVEL ATELECTASIA DECÚBITO-PENDENTE.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- TUBO ENDOTRAQUEAL, BEM POSICIONADO.
- CATETER VENOSO CENTRAL COM EXTREMIDADE NA VEIA CAVA SUPERIOR.

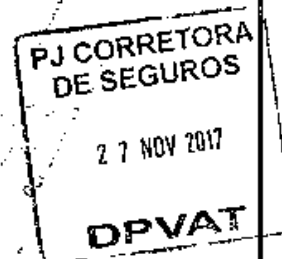
- TC DE CRÂNIO: 27/01/2017

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL ALTA CONVEXIDADE BIPARIETAL.
- FRATURA CRANIANA COMINUTIVA PARIETO-TEMPORAL DIREITA, COM EXTENSÃO À MASTÓIDE DESTE LADO.
- DELGADO HEMATOMA SUBDURAL AGUDO TEMPORAL DIREITO, COM BOLHAS GASOSAS DE PERMEIO.
- DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE SUPRATENTORIAL À DIREITA.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS NOS LOBOS TEMPORAL DIREITO E OCCIPITAIS.

Teresina, 01 de fevereiro de 2017.

Helena Fernanda A. Silva
Medicina Intensiva
CRM-PI 3840

Médico





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME <u>MAURÍCIO SOUSA DE ARAÚJO</u>		PRONTUÁRIO <u>433.869</u>
DA CLÍNICA <u>UTI P4</u>		LEITO <u>52</u>
À CLÍNICA <u>NCR</u>		
MOTIVO DA CONSULTA Pct vítima de TCE c/ fratura exposta comunitária parieto-temporal direita, HSD temporal direito discreto, HSA traumática discreta. Solicito avaliação especializada quanto a retirada de sedação, e início de trombolitização.		
DATA: <u>28.01.17</u>		José Noronha V. Jr. Infectologista CRM-PI: 4414 RTE: 006.928.743-05 ASS. MÉDICO CONSULTANTE
PARECER A VERH 28.01.17 Re exame 27/01: Sem sinais hemorrágicos linha média topica cisternas e ventrículos preservados Concl: Evidenci hemorragia subaracnóide Sem sinais indicativos neurológicos p/ início de trombolitização		
		Bruna Nayana Neurocirurgião CRM-PI: 4414

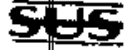
DATA: ____/____/____

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Maurício Sousa de Araújo	PRONTUÁRIO	
DA CLÍNICA	Posto 4	LEITO	
A CLÍNICA	Neurologia		
MOTIVO DA CONSULTA Trabalha no CT de Ciq hoje 27/01 Trabalha craniotomia comitativa parietal direita e infusão manitol de 20g Foi sempre assim de 26/01 Tinha sedação? Tinha fôlego?			
DATA:	27/01	Leonardo F. Amorim Clínica Médica e Neurologia CRM-PI 3355	
PARECER		ASS. MÉDICO CONSULTANTE	
Corr. Exatidão. Regime. SCL			
OBS: paciente - sem de consciência total direita foi baixa (cateter) total direita.			
OBS: de Reflexos positivos para fotoperforação			
DATA: 27/01/20		Dr. Abimael S. da Rocha NEUROLOGIA NEURO CRM-PI 3355	
		ASS. MÉDICO ESPECIALISTA	

DATA: 27/01/20

Dr. Abimael S. da Rocha
NEUROLOGIA NEURO
CRM-PI 3355

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
RUA DR. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4870
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-00

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 16/01/2017 22:03:44
FICHA ARAUJO

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MAURICIO SOUSA DE ARAUJO	Prontuário:	433869
Mãe:	DIONIZIA SOUSA DE ARAUJO	Pai:	LUIS MARIANO DE SOUSA
End. Resid.:	RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SÃO LUIS - ALTOS - PI - CEP: 64290-000		
Nascimento:	10/03/1976	Idade:	40a:10m:16d
Responsável:	JOAO VICTOR	Sexo:	Masculino
Profissão:	NAO INFORMADO	Fone:	86-99522-0601
G. Instrução:	Não informado	CNS:	700000652377200
End. Local:	- - -	Documento:	RG: 1519073 - SSP PI
		E. Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	592076	Data:	26/01/2017 21:58:40	Clas. Cor:	Laranja
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

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

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / /

Murcununga
Acidente vítima de acidente moto + carro
Acidente EC 614, Fustina Hospital Espinal
TC de coluna: Fratura torácica, D. antebraço temporária
CA: Fratura do Húmero

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação:	/ /	ESPECIALISTA:	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:			
<i>Acidente moto</i>			
<i>Tempo que ficou</i>			
<i>te de atendimento: normal</i>			
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer			

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / /

LIBERADO DA ORTOPEDIA

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município - UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Meio de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL 4 - Está com olhos abertos 3 - Abre os olhos após chamado 2 - Abre os olhos após beliscão 1 - Não abre os olhos	5 - Fala espontaneamente 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Grunidos 1 - Não fala		6 - Obedece a ordens 5 - Localiza estímulos 4 - Retira o membro 3 - Flexiona o MS 2 - Extensão do membro 1 - Não se mexe	
Exame Físico	25 Pupilas	26 Pulso radial	27 Sinais vitais	24 Local da lesão	
	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente	Pulso _____ bpm Respiração _____ rpm PA _____ mmHg Sat. O2 _____ %		
Exame Físico	28 Pulso radial	29 Hospital de destino			
	Aspiração Oxigênio Curativos	Prancha longa Prancha curta Ked	Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica	Glicemia Outros	
Exame Físico	30 Condições de entrada				
	1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado				
Exame Físico	31 Óbito				
	1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte 4 - Não				
OBSERVAÇÕES					
Dr. Ryan Nogueira MÉDICO Responsável pela recepção					
Socorrista Médico AE/TE					
Enfermeiro Condutor					





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SAÚDE - SESAPI



D.R.S. 4°	MUNICÍPIO DE ALTOS - PI	
FOLHA DE ENCAMINHAMENTO		
A Unidade:	1556B	Para: HUT
Nome da Pessoa do Encaminhamento:	Maurício de Sousa de Araújo	Registro: 26012017040
Motivo do Encaminhamento: Víctima de polítrama com suspeita de TCE apressado - tórax. Gargas: 12. PA: 100x70 mm Hg. SpO2: 99.		
Observações: Consciente e desorientado auto e alheamente.		
Data: ____/____/____	Dr. José Damião Araújo Jr. Resp. Pelo Encaminhamento	Obs: Deve ser adquirido no Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospital Local ou Regional
FICHA RETORNO		
Da Unidade:		Para:
Nome do Cliente:		Registro:
Diagnóstico e Orientação:		
Data: ____/____/____	Resp. Pelo Diagnóstico	Obs: Esta ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechado

Altos (PI) ____/____/____

Assinatura



Orgão Emissor: 022110000



84



P.A



ATM : 221/1000712
UNI : H.U.T. TERESINA

EDNAN ROCHA

01/03/2017

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

D.LIREMA: 01/02/2017
PROCED.: 0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
OP.SIST: WELLINGTON
CID : S069

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HU	4-CNES 5829856	183110
3- Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO	6 - Prontuário: 433859
7-CNS: 700000662377200	8-Nascimento: 10/03/1976
9-Sexo: Masculino	RG: 1518073 - SSP PI
11-Mãe: DIONIZIA SOUSA DE ARAUJO	12-Fone: 86-99522-0601
13-Resp: JOAO VICTOR	14-Cor: Sem I
15-Ende: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - CEP: 64290-000	19-CEP: 64290-060
16-Munic: ALTOS	17-Cod.IBGE: 220040
	18-UF: PI

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais sinais e sintomas clínicos:

ACTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA SEM USO DE CAPACETE APRESENTANDO TCE GRAVE COM PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA EXTENSA DE COURO CABELUDO.

2601 09.00

21 - Condições que justificam a internação:

AS CITADAS ACIMA.

0303040092 CID S068
0413040178 CID T009

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado):

EXAME CLÍNICO E DE IMAGEM, AVALIAÇÃO DO NEUROCIRURGIÃO.

51 alter

23-Diagnóstico Inicial:

(Informação Posterior)

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

8-Cod.Proced.: **0415030013** 27-Procedimento Solicitado: **TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO**

Tempo SUS
9959

9-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
02 01 CPF 963.249.613-20

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: **ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA** 34-Data Solicitação: **26/01/2017**

Dr. Ronaldo Mendes de A. Costa
Neurocirurgião
CRM: 1518073

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bilhete:	41-Ofício:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-UBR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:
48-Documento: () CNS () CPF	49-Num. Documento: 0303040092 0413040178
50-Ass. Médico Responsável: Dr. Ronaldo Mendes de A. Costa	(Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável: **Ednan Soares Coutinho**
Hospital de Urgência de Teresina
Prof. Zenon Rocha

Assinatura: **EDNAN SOARES COUTINHO**
Consulta Local: **392-76**
Consulta SUS:
Impressão: **20/01/2017 12:44:12**



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

ACESSO CENTRAL

CÓDIGO: 0309060036

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Marcos Silva de Araújo Nº PRONT.: 433869 Nº LAUDO: 183/10

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM ACESSO VENOSO PERIFÉRICO DIFÍCIL, FAZENDO USO DE ANTIBIÓTICO, NECESSITANDO DE ACESSO VENOSO CENTRAL

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA: / /

ASSINATURA DO AUDITOR





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

CATÉTER P./SUBCLÁVIA

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Int. Honorário(a)

Anestesiista

Anestesia

Localização

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento)

ASSEPSIA+ANTISEPSIA+COLOCAÇÃO DE CAMPO ESTÉRIL+ANESTESIA
LOCAL COM LIDOCAÍNA 2%+ PUNÇÃO VENOSA CENTRAL+ FIXAÇÃO DO
CATÉTER+CURATIVO.

Assinado eletronicamente por:
EDNAN SOARES COUTINHO
CRM - 2341

Mod. 76 HUT



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA						
NOME <u>MOURÃO Sousa de Bragança</u>		IDADE <u> </u> anos		DATA <u>07/06/2017</u>		
HORÁRIO DE ADMISSÃO <u>02</u> hs <u>00</u> min		TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUÍDICO () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO				
CIRURGIA REALIZADA				CIRURGIÃO		
SINAIS VITAIS		HORÁRIO				
		ADMISSÃO		SAÍDA		
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)		<u>59/33</u>				
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)		<u>104</u>				
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)		<u>100</u>				
TEMPERATURA AXILAR (°C)		<u> </u>				
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		<u> </u>				
NOME/MATRÍCULA		<u>Romane</u>				
ÍNDICE DE ALDRETT-KEE KROULIK						
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1	1	1
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0	0
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	2
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	1	1	1
	Tem apnéia	0	0	0	0	0
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1	1
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	2	2	2
	Desperta, se solicitado	1	1	1	1	1
	Não responde	0	0	0	0	0
As	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2	2
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	1	1	1
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL		03		
ESCALA DE DOR ALTA		ASS.		<u>[assinatura]</u>		
() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Jeostomia	Sonda () Nasog () Nasoe	
EVALUAÇÃO DE ENFERMAGEM:						
02:00h - Paciente admitido no SRPA em POI MAC e rotina de cuidados de enfermagem em VM p/ 2L, taquicárdico, hipertenso, instalada 1ª bolsa de C.H. paciente vítima de politrauma, atenuação interna por curativo D, SVP c/ 2L de 800 ml de urina clara. <u>[assinatura]</u> ENFERMEIRA COBEN - PI 340715						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
ALTA SRPA						
HORÁRIO ANESTESIOLOGISTA						
ENCAMINHAMENTO: () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()						
POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA () PED () ORT () NEU () CIR () MED						





FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente *Maurício Sousa de Araújo*

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião *Dr. Ellis*

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a) *Raquel*

Anestesiista *Dr. Hugo*

Anestesia *Geral*

Anestésico(s)

Data da Operação *26/01/17*

Início *23:59*

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

1) Pt + dot + ven + nervos

2) Autotransfusão + lavagem extensiva com soro fisiológico

3) Anestesia + extubação + colocação de compressa

4) Hemostático

5) Pulmão por plano

6) Curativo compressas



FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE		Nº DE REGISTRO	
DATA	ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
30/01/17	100/60	70			
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA
EXAMES DE URINA					
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA			ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA CIRCULATÓRIO			ASMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO			BRONQUITE		
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			CORTICOIDES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO			ATÁRAXICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)			OUTROS		
			FÍSICOS		
			APLICADO AS		
			EFEITOS		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO				TOTAL DE DOSES
	1 2 3				
LÍQUIDOS	SO-LITO 500				
	SANGUE 400				
	OUTROS 300				
TEMPERATURA	260				
T	240				
P	200				
ARTERIAL	180				
V	160				
O	140				
PULSO	120				
INÍCIO E FIM ANESTESIA	100				
X	80				
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO	60				
	40				
RESPIRAÇÃO	20				
O	10				
SÍMBOLOS					SEQUÊNCIA
TÉCNICAS					1
OPERAÇÕES					2
CIRURGIÕES					3
ANESTESISTAS					4
					5
					6
					7
					8
					9
					10
					11
					12
					13
					14
					15
PARTICULARIDADES					DURAÇÃO
					INCIDENTE - ACIDENTE
					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS

MOD. 76 - HUT





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26, 11, 17

NOME DO PACIENTE: <i>Maurício de Sousa Araújo</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>433869</i>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA: <i>Sutura de curvo catetizado</i>
ANESTESIA: <i>Local</i>	Nº DA SALA: <i>08</i>
CIRURGIÃO: <i>Dr. Elin</i>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <i>Dr. Hugo</i>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <i>Raquel</i>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI <i>N.º 24</i>	UNID.	<i>01</i>	
AGULHA 30X8	UNID.	<i>02</i>		LUVA Nº <i>7.0</i>	PAR	<i>03</i>	
AGULHA 40X12	UNID.	<i>02</i>		LUVA Nº <i>7.5</i>	PAR	<i>03</i>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<i>08</i>	
ÁLCOOL 70%	ML	<i>50</i>		PVPI DE GERMANTE	ML	<i>200</i>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<i>200</i>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<i>03</i>		SERINGA 20CC	UNID.	<i>03</i>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<i>02</i>	
ESPARADRAPO	CM	<i>80</i>		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<i>08</i>	
GASES	PAC.	<i>06</i>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<i>Encomenda desconhecida</i>		<i>04</i>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES CIAG.				<i>Atadura de crepom?</i>		<i>01</i>	
CAT. GUT. SIMPLES SIAG.							
CAT. GUT. CROMADO CIAG.							
CAT. GUT. CROMADO SIAG.							
ALCOFIL <i>3-0</i>		<i>08</i>					
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <i>C</i>		<i>06</i>		CIRCULANTE: <i>Stuvia</i>			

REF MXA232X20X70M
LOT 3146513N
Smiths Medical Deutschland GmbH

REF MXA232X20X70M
LOT 3146513N
Smiths Medical Deutschland GmbH

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

27 NOV 2017

DPVAT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** (Prontuário: 433869)
Endereço: **RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64290-000**
Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a:10m:17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 183117
Requisição: 715410 Solicitação: 27/01/2017 Solicitante: SAARA BARROS NASCIMENTO
Controle: 891658 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 27/01/2017

T.C. DE ABDOME TOTAL

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

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

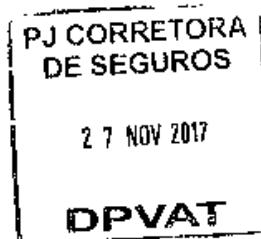
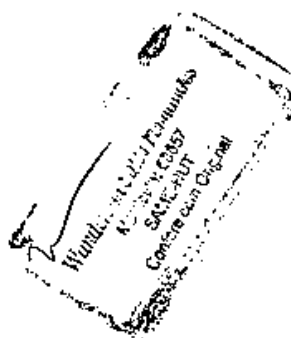
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/01/2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** (Prontuário: 433859)
Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64290-000
Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a:10m:17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 183117
Requisição: 715412 Solicitação: 27/01/2017 Solicitante: SAARA BARROS NASCIMENTO
Controle: 891660 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 27/01/2017

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL ALTA CONVEXIDADE BIPARIETAL.
- FRATURA CRANIANA COMINUTIVA PARIETO-TEMPORAL DIREITA, COM EXTENSÃO À MASTÓIDE DESTES LADO.
- DELGADO HEMATOMA SUBDURAL AGUDO TEMPORAL DIREITO, COM BOLHAS GASOSAS DE PERMEIO.
- DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNOIDE SUPRATENTORIAL À DIREITA.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS NOS LOBOS TEMPORAL DIREITO E OCCIPITAIS.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 27/01/2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645
Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** (Prontuário: 433869)
Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64290-000
Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a:11m:11d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 183110
Requisição: 715753 Solicitação: 28/01/2017 Solicitante: CARLA VALERIA SANTOS SENA
Controle: 892106 Convênio: S U S CLÍNICA MÉDICA - P06 ENFERMARIA 207 LEITO 117

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 28/01/2017

TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 21/02/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820, Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** (Prontuário: 433869)
 Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SÃO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64290-000
 Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a:11m:29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 183110
 Requisição: 716042 Solicitação: 29/01/2017 Solicitante: ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA
 Controle: 892485 Convênio: S U S CLÍNICA MÉDICA - P06 ENFERMARIA 207 LEITO 117

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 29/01/2017

TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/02/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

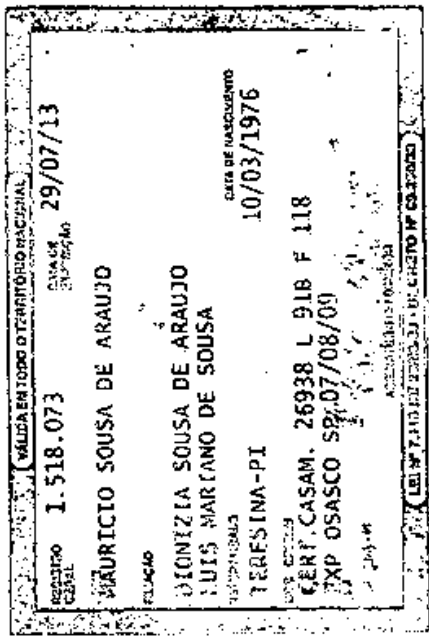
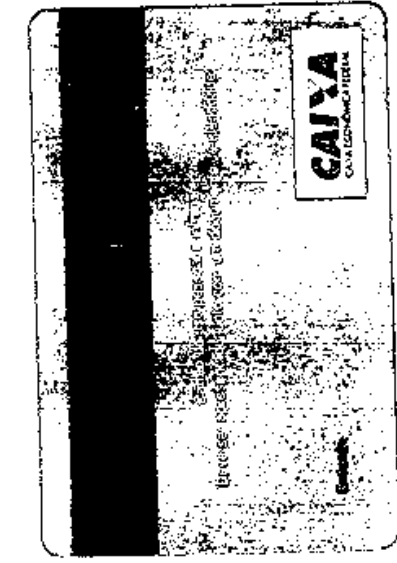
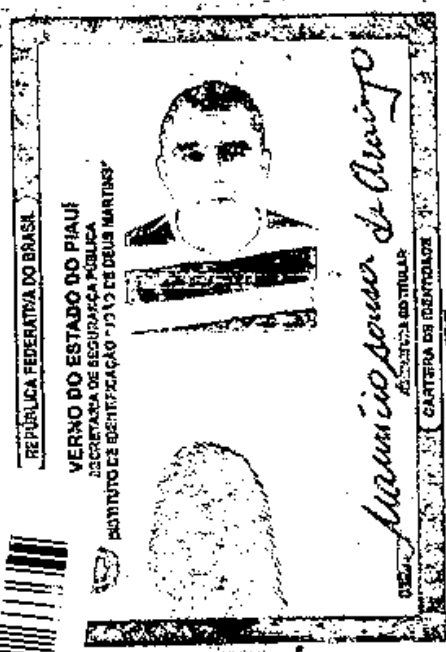
Handwritten signature and stamp:
 HONOR. L.
 Gerson Luis Medina Prado

**PJ CORRETORA
 DE SEGUROS**

27 NOV 2017

DPVAT

Documentos de Identificação



07 AGO 2017



DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 8633529767

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

000028088

1 B47711676 2010

DIONIZIA SOUSA DE ARAUJO

R. VINTE QUATRO DE JANEIRO 01594
SAO LUIS PI

39440346353 LVX-7432

PC2KC09505R813285

HONDA/CG 150 TITAN ES 2005 2005

O P/014900 PARTIC PRETA

IPVA

00000000 3º PAGO

SEGURO PAGO

SEM RESTRICOES

4/10/2010

WELLINGTON CARVALHO CARVALHO
DIRETOR-GERAL DO DETRAN - PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 8633529767

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

000028088

1 B47711676 2010

DIONIZIA SOUSA DE ARAUJO

R. VINTE QUATRO DE JANEIRO 01594
SAO LUIS PI

39440346353 LVX-7432

PC2KC09505R813285

HONDA/CG 150 TITAN ES 2005 2005

O P/014900 PARTIC PRETA

IPVA

00000000 3º PAGO

SEGURO PAGO

SEM RESTRICOES

4/10/2010

WELLINGTON CARVALHO CARVALHO
DIRETOR-GERAL DO DETRAN - PI

07 AGO 2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:57:31

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151356423900000009738389

Número do documento: 2006151356423900000009738389



IPVA - 3: COTA OU COTA ÚNICA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2: COTA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 1: COTA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURO OBRIGATORIO
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ENCARGOS DO DETRAN

MULTAS DE TRANSITO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Figuradora Líder dos Condições do Seguro DPVAT S/A
R. Senador Cantas, 74 - 5º andar
Rio de Janeiro
RJ 20.248-608/0001-04
www.figuradoralider.com.br

SERVIÇOS:
1. Emissão de Certidão de Seguro DPVAT S/A;
2. Emissão de Certidão de Seguro Obrigatório;
3. Emissão de Certidão de Seguro de Risco;
4. Emissão de Certidão de Seguro de Vida;
5. Emissão de Certidão de Seguro de Acidente;
6. Emissão de Certidão de Seguro de Incêndio;
7. Emissão de Certidão de Seguro de Furtos;
8. Emissão de Certidão de Seguro de Danos;
9. Emissão de Certidão de Seguro de Responsabilidade Civil;
10. Emissão de Certidão de Seguro de Garantia;
11. Emissão de Certidão de Seguro de Manutenção;
12. Emissão de Certidão de Seguro de Assistência;
13. Emissão de Certidão de Seguro de Proteção;
14. Emissão de Certidão de Seguro de Defesa;
15. Emissão de Certidão de Seguro de Ataque;
16. Emissão de Certidão de Seguro de Roubo;
17. Emissão de Certidão de Seguro de Sequestro;
18. Emissão de Certidão de Seguro de Extorsão;
19. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate;
20. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
21. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
22. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
23. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
24. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
25. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
26. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
27. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
28. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
29. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
30. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
31. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
32. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
33. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
34. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
35. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
36. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
37. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
38. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
39. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
40. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
41. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
42. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
43. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
44. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
45. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
46. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
47. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
48. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
49. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
50. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
51. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
52. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
53. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
54. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
55. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
56. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
57. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
58. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
59. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
60. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
61. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
62. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
63. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
64. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
65. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
66. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
67. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
68. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
69. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
70. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
71. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
72. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
73. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
74. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
75. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
76. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
77. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
78. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
79. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
80. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
81. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
82. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
83. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
84. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
85. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
86. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
87. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
88. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
89. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
90. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
91. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
92. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
93. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
94. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
95. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
96. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
97. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
98. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
99. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;
100. Emissão de Certidão de Seguro de Resgate e Resgate;



**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

Nome do(a) Examinado(a): **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** Sinistro: **3170435525** Data: **26/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 1594 - SANTO ANTONIO - Altos - PI - CEP 64290-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI/ 1518073**

Data local do exame: [**11/10/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **Traumatismo craniano . Sem limitação na marcha. Sem limitação funcional membros inferiores. Sem sequelas cognitivas. Exame físico ortopédico normal. Paciente refere apenas perda audição ouvido direito. (Comprovado em exame de audiometria).**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **Tratamento cirúrgico através de drenagem de hematoma craniano há 10 meses. Refere que faz tratamento com fonoaudiólogo.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequelas que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Perda parcial da acuidade auditiva à direita

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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 sequelas permanentes" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Ouvindo direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho - CRM: 4369 - PI



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** Sinistro: **3170435525** Data: **26/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 1594 - SANTO ANTONIO - Altos - PI - CEP 64290-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **1518073**

Data local do exame: [**05/01/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
POLITRAUMA EM 26/01/2017 COM TCE. PACIENTE APRESENTA-SE EM REGULAR ESTADO GERAL AO EXAME FÍSICO: HIPOACUSIA EM OUVIDO DIREITO, DÉFICIT COGNITIVO E DE MEMÓRIA IMEDIATA, EPILEPSIA SECUNDÁRIA A LESÕES DO TRAUMA. QUEIXAS ALÉM DO EXPOSTO: FOTOFOBIA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE ADMITIDO EM GLASGOW 14 COM TC DE CRÂNIO DEMONSTRANDO FRATURA PARIETO-TEMPORAL DIREITA COM ACOMETIMENTO DE MASTOIDE, HEMATOMA SUBDURAL AGUDO LAMINAR DIREITO, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE TRAUMÁTICA E CONTUSÕES TEMPORAIS À DIREITA. SUBMETIDO À TRATAMENTO COM NEUROCIRURGIA PARA LIMPEZA FERIDA TRAUMÁTICA E EVOLUINDO SATISFATORIAMENTE APESAR DE SEQUELAS ABAIXO LISTADAS.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Dano neurológico

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Dano neurológico

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

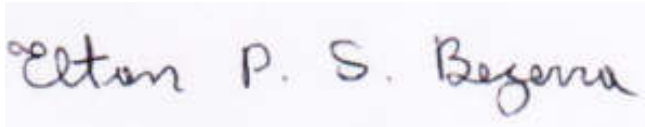
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (MS em 11/10/17): 6,25% da IS. O "PI" ora estabelecido 25%) é complementar.



Elton Portela Santos Bezerra - CRM: 5518 - PI



Outros



3170 43525

Eu maurício souza, de araujo com
RG. 1518-073 CPF 772.325.773-20

Afirmo que sou um acidente de trânsito
dia 26.03.2017 E enviei meu processo
Para seguradora uder. Foi marcada uma

Perícia e eu não compareci Pois faltava os
Exame Para enviar para vocês estou
anexando os exame e peço que vocês
marquem a minha perícia novamente

Maurício souza de araujo

FEITOS 25 DE SETEMBRO DE 2017

27 SET 2017



Eu, Maurício SOUSA ARAUJO afirmo
que sofri um acidente de trânsito
DIA 26-01-2017 e foi levado para o
HUT em Teresina - PI com politrauma
e TCE Fratura temporal D realizado
Cirurgia temporal onde fiquei na
UTI por 4 dias tive perda de substância
CUTANEA EXTENSA DE COURO cabeludo
Perda AUDITIVA Que amarra mim
encontro impossibilitado de exercer
minha atividade normal e Vocês
mim pagaram o valor de 843,75 centavos
e não aceito pois preciso ser periciado
com um medico de vocês Fico no
Aguardando pois vai um novo protusão
ANEQUIZADO no pendido de uma
nova Perícia

AITOS.PI 16-10-2017

Maurício Sousa de Araújo



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170435525

Cidade: Altos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Data do acidente: 26/01/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Fratura da mastoide direita

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170435525 **Cidade:** Altos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO **Data do acidente:** 26/01/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano

Descrição do exame médico pericial: Sem limitação na marcha. Sem limitação funcional membros inferiores. Sem sequela cognitivas. Exame físico ortopédico normal. Paciente refere apenas perda audição ouvido direito. (Comprovado em exame de audiometria).

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico através de drenagem de hematoma craniano há 10 meses. Refere que faz tratamento com fonoaudiólogo.

Sequelas permanentes: Perda parcial da acuidade auditiva à direita

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/10/2017

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho

CRM do médico: 4369

UF do CRM do médico: 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
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 12,5 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170435525 **Cidade:** Altos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO **Data do acidente:** 26/01/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: POLITRAUMA EM 26/01/2017 COM TCE

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE APRESENTA-SE EM REGULAR ESTADO GERAL AO EXAME FÍSICO: HIPOACUSIA EM OUVIDO DIREITO, DÉFICIT COGNITIVO E DE MEMÓRIA IMEDIATA, EPILEPSIA SECUNDÁRIA A LESÕES DO TRAUMA. QUEIXAS ALÉM DO EXPOSTO: FOTOFOBIA

Resultados terapêuticos: PACIENTE ADMITIDO EM GLASGOW 14 COM TC DE CRÂNIO DEMONSTRANDO FRATURA PARIETO-TEMPORAL DIREITA COM ACOMETIMENTO DE MASTOIDE, HEMATOMA SUBDURAL AGUDO LAMINAR DIREITO, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE TRAUMÁTICA E CONTUSÕES TEMPORAIS À DIREITA. SUBMETIDO À TRATAMENTO COM NEUROCIRURGIA PARA LIMPEZA FERIDA TRAUMÁTICA E EVOLUINDO SATISFATORIAMENTE APESAR DE SEQUELAS ABAIXO LISTADAS.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/01/2018

Conduta mantida: Não

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (MS em 11/10/17): 6,25% da IS. O "PI" ora estabelecido 25%) é complementar.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Elton Portela Santos Bezerra

CRM do médico: 5518

UF do CRM do médico: 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 comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Maurício Sousa de Araújo
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
 Profissão: Recepcionista
 Identidade: 1.518.073 CPF: 332.325.773-20
 Endereço: Rua 24 de Janeiro Bairro:
 Cidade: Altos - PI CEP: 64290-000

OUTORGADO:

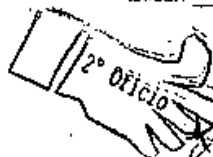
Nome: Aciomara Rego machado do Nascimento
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
 Profissão: Recepcionista
 Identidade: 1.922.840 CPF:
 Endereço: Rua Dom Pedro II Bairro: Centro
 Cidade: Altos - PI CEP: 64290-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura, nos formulários de aviso e Sinistro, protocolo de recepção de documentos, Declaração de ausência de Laudo do IML, autorização de pagamento do Seguro DPVAT, podendo em fim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito para perfeito cumprimento deste mandato, da qual figura como vítima

Maurício Sousa de Araújo

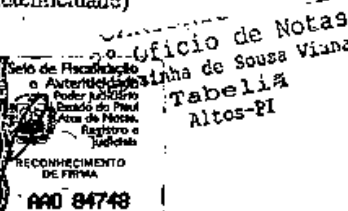
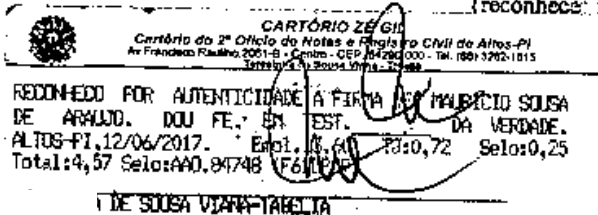
Local: Altos UF: PI Data: 12 de junho de 2017

07 AGO 2017



Maurício Sousa de Araújo
 Assinatura do Outorgante

(reconheça: firma por autenticidade)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:57:31

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151356423900000009738389

Número do documento: 2006151356423900000009738389

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11478027

A/C: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170435525 ASL-0304477/17

Vítima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Data Acidente: 26/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ACIOMARA REGO MACHADO DO NASCIMENTO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01867/01868 - carta_01



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2017

Carta nº: 11500890

A/C: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Sinistro: 3170435525 ASL-0304477/17
Vítima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO
Data Acidente: 26/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ACIOMARA REGO MACHADO DO NASCIMENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0197301974 - carta_02



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2017

Carta nº: 11761496

A/C: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Sinistro: 3170435525 ASL-0304477/17
Vítima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO
Data Acidente: 26/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ACIOMARA REGO MACHADO DO NASCIMENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00103/00104 - carta_02



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2017

Carta nº: 11837685

A/C: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Sinistro: 3170435525 ASL-0304477/17
Vitima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO
Data Acidente: 26/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ACIOMARA REGO MACHADO DO NASCIMENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000004727

Conta: 000000005647-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau residual 12.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (12.5% de 50%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00917/00918 - carta_15R



00030459



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Sinistro: 3170435525
Vítima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO
Data do Acidente: 26/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ACIOMARA REGO MACHADO DO NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170435525** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01551/01552 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12125497



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12242665

A/C: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Nº Sinistro: 3170435525
Vitima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO
Data do Acidente: 26/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ACIOMARA REGO MACHADO DO NASCIMENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Valor: R\$ 3.375,00
Banco: 104
Agência: 000004727
Conta: 000000005647-8
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

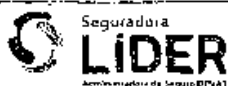
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00269/00270 - carta_15R - INVALIDEZ

00030135



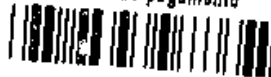


AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO _____

Autorização de pagamento



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, sem a participação de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MAURICIO SOUSA DE ARAUJOPORTADOR(A) DO RG Nº 3.518-073EXPEDIDO POR SSP-PREM 29/07/13 ECPF 442325773-20 / CNPJ _____, PROFISSÃO PetiscuE RENDA MENSAL DE R\$ Quatro () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MAURICIO SOUSA DE ARAUJO AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 145/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

07 AGO 2017

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4727 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013 000056478

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

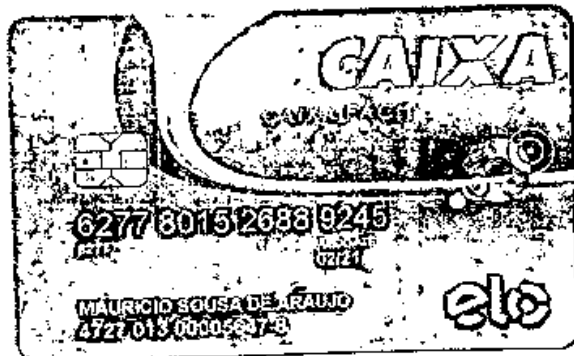
Aptos - 81, 02 de AGOSTO de 2017

LOCAL E DATA

Maurício Sousa de Araújo
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





07 AGO 2017

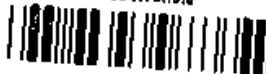




Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

Boletim de ocorrência

8 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 108505.001/12/2017-07

Unidade de Registro: 14º DP - ALTOS

Resp. pelo Registro: Ailton Lira Do Nascimento

Data/Hora: 06/06/2017 - 18:59

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

14º DP - ALTOS

Data/Hora

26/01/2017 - 20:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ALTOS

Bairro

CENTRO

Endereço

AV NOSSA SENHORA DE FÁTIMA (BR 343), Nº:

Complemento

Ponto de Referência

PERTO CLUB UNSCARAI

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MAURICIO SOUSA DE ARAÚJO

RG: 1518073 SSP PI

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: DIONIZIA SOUSA DE ARAÚJO

Pai: LUIS MARIANO DE SOUSA

Endereço: RUA 24 DE JANEIRO, Nº 214

Bairro: SÃO LUIZ

Cidade: ALTOS - CEP: 64290-000

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA, CG 150 TITAN ES

Ano: Placa:

2005 LVX7432

Chassi:

9C2KC08505R813285

Renavam:

847711676

Cor:

Preta

Condutor: MAURICIO SOUSA DE ARAÚJO

RG: 1518073 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA 24 DE JANEIRO Número: 214 Complemento:

Cidade: ALTOS UF: PI Bairro: SÃO LUIZ

Proprietário: DIONIZIA SOUSA DE ARAÚJO

Cidade: ALTOS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE DIZ QUE NA MOTO ACIMA REFERIDA TRANSITAVA EM SUA MÃO PREFERENCIAL SENTIDO OESTE/LESTE PARA SUA CASA, E NA OUTRA MÃO EM SENTIDO CONTRÁRIO (LESTE/OESTE) TAMBÉM TRANSITAVA UM CARRO DESCONHECIDO; QUE DE REPENTE O CARRO FEZ MANOBRA À ESQUERDA HAVENDO UMA COLISÃO ENTRE AMBOS VEÍCULOS; QUE COM A COLISÃO O NOTICIANTE FOI SACADO DA MOTO PARA O ALTO E CAIU BATENDO A CABEÇA NO CHÃO E DESMAIOU; QUE FOI CHAMADO SAMU, QUE O LEVOU AO HOSPITAL JOSÉ GIL BARBOSA, NESTA CIDADE, ONDE FOI REGULADO PARA O HUT, EM TERSINA/PI; QUE TEVE FRATURAS NA CABEÇA, SENDO NECESSÁRIO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E TEVE OUTRAS LESÕES PELO CORPO.

Ailton Lira Do Nascimento - Mat. 009487X
AGENTE DE POLÍCIA

MAURICIO SOUSA DE ARAÚJO - Noticiante
Responsável pela Informação





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



768 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 108505.001112/2017-01

Delegado de Polícia

07 AGO 2017



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO

Declaração de inexistência de IML



Eu, MAURICIO SOUSA DE ARAUJO, portador da carteira de identidade nº 1.318.072 e inscrito no CPF/MF sob o nº 47232573-20 residente e domiciliado na RUA VINTE ANOAS DE SANESERU Nº 1894 Cidade ALTOS Estado PIAUÍ 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Mauricio Sousa de Araujo

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ALTOS-PI 02-08-2017

Local e data

07 AGO 2017





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REGISTRO DE ATENDIMENTO
Serviço Móvel de Atendimento

Comprovação de ato declaratório



U
2

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
		26/07/2017		210210	210214
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	210314	210319	211115	211116	
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município - UF	13 Código IBGE	
	BR - 343	CENTRO	ALTOS PI		
	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
MAURICIO SOUSA DE ARAÚJO		1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Admissão de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de Segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 14	24 Local da lesão	25 Pupilas	26 Pulso radial	
	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL 4 - Está com olhos abertos 3 - Abre os olhos após chamado 2 - Abre os olhos após beliscão 1 - Não abre os olhos	RESPOSTA VERBAL 5 - Fala espontaneamente 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Gritos 1 - Não fala	RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a ordens 5 - Localiza estímulos 4 - Retira o membro 3 - Flexiona o MS 2 - Extensão do membro 1 - Não se mexe	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente
Procedimentos Realizados	27 Sinais vitais	28 Pulso radial	29 Hospital de destino	30 Condições de entrada	
	Pulso Respiração PA Sat. O2	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - INST. DE SAÚDE JOSÉ GIL BARBOSA 2 - Outro	1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado	
Observações	31 Óbito				
	1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte 4 - Não				
OBSERVAÇÕES: Paciente vítima de colisão automobilística e automobilística, apresentando lesões múltiplas em membros superiores e inferiores, realizado imobilizações de extremidades AO EXAMES REIS, SUPLENTO, ATENÇÃO, ANOTANDO, PACIENTE CONSCIENTE, DESORIENTADO, AGITA DO. ACP: Fisiológica, AB: 122/80, plano, sem VNG, indolores a palpacao. Realizado 2200 U2L de 5-Fa 0.51 + RINGER + 50mg. Diprona EV e hemostático 21 0 1.5N.G.B.					
Assinatura do responsável pela recepção: _____					
Assinatura do médico: DE: Liana Soares					
Assinatura do enfermeiro: Juliana					
Assinatura do condutor: VAGNER					



UMA2
152



REGISTRO DE ATENDIMENTO PRE-HOSPITALAR
Seção de Registro de Atendimento de Urgência - SAMU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DEL-REI

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	10/01/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04727

CONTA: 000000005647-8

Nr. da Autenticação 171520300D85D2FB



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04727

CONTA: 000000005647-8

Nr. da Autenticação 2A6FF7510EAF50B3



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, MAURICIO SOUSA DE ARAUJORG nº 1.518.073, data de expedição 29/07/13, Órgão SSP-PI,

CPF nº 772.325.773-20 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Vinte e Quatro de JANEIRO</u>
Número	<u>1594</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Santo ANTONIO</u>
Cidade	<u>AITOS</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64-290-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 994960120</u> <u>(86) 985144814</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: AITOS-PI 02-08-2017Assinatura do Declarante: Mauricio Sousa de Araujo

07 AGO 2017



AGESPISA
Águas e Esgotos de Písa S/A

Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Torresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 06000 86 8688

Fatura Mensal

MATRICULA 26993-0 **Hidrometro** A91N060565 **MAI/2017**

Nome/Razão Social/Endereço
DIONISIA SOUSA ARAUJO
RUA VINTE QUATRO DE JANEIRO, 1594
SANTO ANTONIO
ALTOS 64290000 **AG= 2**

Grupo de Abastecimento	Res	Categorias de Uso			Inscrição
		Com.	Ind.	Pub.	
3/1	1				4 2 04 0241 0450-000

07/04/2017 **09/05/2017** **32**

Período	Histórico de Consumo	Leitura	Consumo	Classe
11/16	3122	10	21	
12/16	3132	10	21	
01/17	3142	10	21	
02/17	3152	10	22	
03/17	3162	10	21	
04/17	3172	10	21	
05/17		10	21	

Forma de Pagamento
Z1-HIDROMETRO EMBACADO

Cód. Responsável	Código da Tarifa
000269930	01

Consumo	Consumo	Consumo
10	10	10

Cód. Nome do Serviço
AGUA MANUTENCAO HIDROMETRO **Valor (R\$)**
25,73 **1,60**

15/05/2017 **27,33**

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS MORA CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007. O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

ANEXO 1 - TABELA DE VALORES PARA CÁLCULO DE MULTA E JUROS MORA

Parâmetro	Taxa	Car	Classe	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Valor Máximo Permitido	5,0	10	SP	40+20	0,3	Assim	Assim	
Nº Mínimo de Anos de Exigência								
Nº Anos de Exigência								
Nº Anos que Alende Legislação	0,62	2,46	1,55	7,64	0,00	0,00	0,00	0,00
Valor Máximo								

PRESENE = QUALIDADE DA AGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.

DEBITOS QUITADOS NESSE CLIENTE ATÉ 06/2016 LEI 12007/09
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES, ESGOTO COLETADO PELA AGES
PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

07 AGO 2017

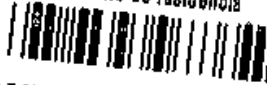


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 15/06/2020 13:57:31

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006151356423900000009738389

Número do documento: 2006151356423900000009738389

Comprovante de residência



Eletrobras
Distribuição Paulista

Para prestação de
Eletrobras, informe
Nº de Matrícula

Nº de Matrícula 000531672

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ
Av. Maranhão, 100 - Centro - Belém - PA
CEP: 66010-000 - Fone: (0xx91) 321-1111
Fax: (0xx91) 321-1111 - E-mail: atendimento@cpel.com.br

A Nota Fiscal de Energia é emitida - TEF - pelo
Sistema de Faturamento de Energia - SFE - em
conformidade com a Lei nº 11.073 de 24 de maio de 2002.

PARCO/2016 23/03/2016 30 85,77

ACIONARA REGO HACHADO DO NASCIMENTO
R. DOM PEDRO II S/N B-IRIDANO
CPF: 00094029486300
CEP: 64.290-000 - ALTOS

ROT: 110.322.10.37.284410

Atual:	1111	Paga:	16/03/2016
Anterior:	1108	Anterior:	15/02/2016
Consumo de Referência:	1.000	Consumo de Referência:	14/01/2016
Consumo Estimado:	3	Consumo Estimado:	16/03/2016
Consumo Faturado:	30	Consumo Faturado:	16/03/2016

RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

FEV/16	0	CONSUMO	20 A R\$ 0,4800G1 =	14,67
JAN/16	0	CORREÇÃO MONETÁRIA 100% (2X)		5,14
DEZ/15	54	MULTA POR ATRASO (2X)		4,00
NOV/15	91	PARCELAMENTO DE DÉBITOS 5/16		57,29
OUT/15	110	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER		4,67
SET/15	176	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,23	
AGO/15	411	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	0,41	
JUL/15	224			
JUN/15	0			
MAY/15	0			

TAXA DE JUROS
2 A 30 - 0,461870

CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO DE TERCEIROS INCLUIDA EM SUA FATURA. PODE SER
CANCELADA A QUALQUER TEMPO EM Nossos CANAIS DE ATENDIMENTO EM CA-
SO DE SINTOMAS DA DENGUE - CHIKUNGUNYA OU ZIKA. DIRIGIR-SE AO SUS-
CULTE 0800-086-0800 E FAÇA O CANCELAMENTO 15-30-15-20-25

RESUMO DO FISCAL 680A.232F.22AC.7E2F.4257.440A.03FD.0DE0

Distribuição	4,75	Imposto de Renda	
Energia	6,97	Imposto de Renda	
Transmissão	0,64	Imposto de Renda	
Consumo	1,50	Imposto de Renda	0,14
Outros	0,81	Imposto de Renda	0,67

07 AGO 2017

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ROT: 110.322.10.37.284410

Eletrobras
Distribuição Paulista

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ
Av. Maranhão, 100 - Centro - Belém - PA
CEP: 66010-000 - Fone: (0xx91) 321-1111
Fax: (0xx91) 321-1111 - E-mail: atendimento@cpel.com.br

SEM CANCELAMENTO

1306276-0

15/03/2016

03/2016

Nº de Matrícula 000531672 FCM

TOTAL A PAGAR - R\$

85,77

23/03/2016