

Caixa de e-mail x Control x Audiência x Upload x Consultas x PJ 080341 x Sistema x Downloads x WhatsApp x Tribunais x Portal de x +

Não seguro | tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=446701&ca=f6fcacc204bfe678cebe122... | Publicações

PJE ProceComCiv 0803419-87.2020.8.18.0140
ADAO PEREIRA DOS SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

10725811 - CONTESTAÇÃO (2733428 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 10/07/2020 11:08:09

10 Jul 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 10725588 - CONTESTAÇÃO
 - 10725811 - CONTESTAÇÃO (2733428 CONTESTACAO 01)
 - 10725816 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 10725818 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10725820 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10725821 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 12

2733428- CS/ 2020-02531/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

prot + pç.pdf pç.pdf prot + pç.pdf pç.pdf prot + pç.pdf

Exibir todos

PT 11:08 10/07/2020



Número: **0803419-87.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **25/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Processo referência: **0803419-87.2020.8.18.0000**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADAO PEREIRA DOS SANTOS (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10725 816	10/07/2020 11:08	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kyrlly Moraes de Oliveira

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

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

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

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

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

☒ Recuso informar

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

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

Local e Data: Turista - Piauí 24.09.19

Kyrlly Moraes de Oliveira

Assinatura do Declarante



ÁGUAS DE TERESINA

CNPJ: 27.574.400/0001-06 - 11.519.955/74
Av. Prof. Camilo Filho, 1960, Edson de Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 237 2000 ou 335 / (86) 98124-3199

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

TC - 1,38
20190802110026

NOME / ENDEREÇO
MORADOR MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL
RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 554-CENTRO-TERESINA-PI-cep:64018650

LOCALIZAÇÃO 001-00041-005270 GRUPO 001 NÚMERO DO HIDRÔMETRO Y14N135124

HISTÓRICO DE CONSUMO				ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TÁRIFA	
MÊS/ANO	TIPO	LIDO	FATURADO	1 Residencial - Normal	
07-2019	1.140	01	10		
06-2019	1.140	02	10		
05-2019	1.140	01	10		
04-2019	1.140	06	10		
03-2019	1.140	02	10		
02-2019	1.140	03	10		

DATA 02/07/2019 LEITURA 146 CONSUMO MÊS M3 10
ATUAL 02/08/2019 147
LBI 12.7410012
PIS/PASEP 0,1941,00% 0,91
COFINS 0,1347,00% 4,10

TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA		
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (M)	DESCRIÇÃO	REF.	VALOR
0	10 3,9600 07	VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66		
10	25 5,7120 08	> Residencial-Normal	10,0 m3	30,66
25	99,590 9,8610 50	VALOR DE ESGOTO - 24,53		
		> Residencial-Normal	10,0 m3	24,53

NÃO RESIDENCIAL
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (M)

VENCIMENTO 14/08/2019 TOTAL A PAGAR 55,19

REGULARIDADE / INSSALIDADES

MENSAGEM
Nossos arquivos acusam(AM) 1 DEBITO(S). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE.
PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.343/2013 DO M.S. E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	UNID./MÊS	VALOR PERMITIDO
CLORO LIVRE	2561	2538	23	1,35	0,2-5,0 mg/l





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Contato - 98863-0923

Dados do Chamado	01 N° do chamado 08 SD 2208	02 Data do chamado 13/05/2019	03 PRO (código) 2898	04 Saída do PA 17:33	05 Chegada ao local 17:42
	06 Saída do local 18:07	07 Chegada ao 1° hospital 18:50	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Av. Pres. Kennedy - Via pública -	11 Bairro Pg. Universitario	12 Município-UF THER-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Diogenia Alves, Moro				
Dados do Paciente	14 Nome Adão Pereira dos Santos	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado			
	16 Idade 5.9.59 59 <input type="checkbox"/> 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indicadores de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2-Não 9-Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência <input checked="" type="checkbox"/> 01 - Acidente de transporte <input type="checkbox"/> 02 - Agressão física-espantamento <input type="checkbox"/> 03 - Agressão física-FAF <input type="checkbox"/> 04 - Agressão física-FAB <input type="checkbox"/> 05 - Urgência psiquiátrica	<input type="checkbox"/> 06 - Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> 07 - Envenenamento <input type="checkbox"/> 08 - Afogamento <input type="checkbox"/> 09 - Queimadura <input type="checkbox"/> 10 - Choque elétrico	<input type="checkbox"/> 11 - Queda <input type="checkbox"/> 12 - Urgência clínica <input type="checkbox"/> 13 - Urgência obstétrica <input type="checkbox"/> 14 - Transferência <input type="checkbox"/> 15 - Exames complementares	<input type="checkbox"/> 16 - Outros <input type="checkbox"/> 17 - Já removido <input type="checkbox"/> 18 - Falso chamado	
	01				
Acidente de Transporte	19 Vitima <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Condutor <input type="checkbox"/> 3 - Passageiro <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção <input type="checkbox"/> 1 - A pé <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 6 - Outro <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Automóvel <input type="checkbox"/> 2 - Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 - Ônibus/Micro-ônibus <input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 - Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 - Animal <input type="checkbox"/> 7 - Outra <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança <input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15 <input checked="" type="checkbox"/> ABERTURA OCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> 3 - À voz <input type="checkbox"/> 2 - À dor <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma	RESPOSTA VERBAL <input checked="" type="checkbox"/> Orientada <input type="checkbox"/> 4 - Confusa <input type="checkbox"/> 3 - Palavras inapropriadas <input type="checkbox"/> 2 - Palavras incompreensíveis <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma	RESPOSTA MOTORA <input checked="" type="checkbox"/> Obedece a comandos <input type="checkbox"/> 5 - Localiza dor <input type="checkbox"/> 4 - Movimento de retirada <input type="checkbox"/> 3 - Flexão anormal <input type="checkbox"/> 2 - Extensão anormal <input type="checkbox"/> 1 - Nenhum	24 Sinais Vitais Pulso 72 Resp. 20 PA 140 x 80 TAX. SatO2 98%	25 Local da lesão
	26 Pupilas 1 - Iguais <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 2 3 Moderada 4 5 6 7 Intensa 8 9 10	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input checked="" type="checkbox"/> 2 - Não <input checked="" type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input checked="" type="checkbox"/> 2 Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> 2 Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> 2 Imobilização de extremidades <input checked="" type="checkbox"/> 2 Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> 2 Colar cervical <input checked="" type="checkbox"/> 2 Reanimação cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> 2 Curativos <input checked="" type="checkbox"/> 2 Kred <input checked="" type="checkbox"/> 2 Assistência obstétrica		<input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/>		
	CONFERE COM O ORIGINAL Marília Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU				
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino H. U. T.		<input type="checkbox"/> Não Removido		
	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado 2-Piorando <input checked="" type="checkbox"/> 3-Inalterado		34 Óbito <input type="checkbox"/> 1-Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2-Não <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar	Pcte 59 anos, ABO RH O-, última de colisão moto vs carro (pcte motoqueiro) apresentando: Escoriação em face (peri-ocular e temporal) + MIE + Queixa de cefaleia; Abordado inicialmente pela mobilização, fora da cena do acidente, deambulando capacitado temporário pelo mesmo (digo, não fazia uso), consciente, confuso (inicialmente e orientado na chegada da UBS), sudorífico; INFORMA: cardiopatia, HAS e uso de vários medicamentos; Nega: síncope, vômitos, dor no peito, cervicalgia, parestesia, parestesia, plegia, alergia medicamentosa; Obs: ingesta líquida e sólida há 02h antes; Acolhido na ACCR.				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AE/TE Marcos S. de Moraes Oliveira		Enfermeiro Condutor Gelúlio	

Versão: 27.11.2013

COREN-PI 411676-15



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.003662/2019-18

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

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, Nº:

Complemento

Data/Hora

13/05/2019 - 17:00

Bairro

PARQUE UNIVERSITÁRIO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ADÃO PEREIRA DOS SANTOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 270509 SSPPI PI

Mãe: RITA MENDES DA SILVA

Pai: MANOEL PEREIRA DOS SANTOS

Endereço: BLOCO 03 APT. 301, Nº

Complemento: RESIDENCIAL BEM VIVER

Bairro: LOURIVAL PARENTE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9955-4743

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

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

Jerônimo Soares Lima Júnior - Mat.
AGENTE DE POL.

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

Lacey Kelko Leal Parreira
Delegada Geral de Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 451.303.553-34 4 - Nome completo da vítima: Adão Pinheiro dos Santos

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

5 - Nome completo: Adão Pinheiro dos Santos 6 - CPF: 451.303.553-34
7 - Profissão: Soldador 8 - Endereço: Rua Pedro II 9 - Número: 3626 10 - Complemento:
11 - Bairro: Macauba 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PE 14 - CEP: 64.016-090
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (86) 994729591

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2904 03 CONTA: 54666 5 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIO(S) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairrezer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Teresina - Piauí 24.09.15

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

2010



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:08:08

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011080756200000010173381

Número do documento: 20071011080756200000010173381



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

151.303.553-34

4 - Nome completo da vítima:

Adão Pinheiro dos Santos

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

5 - Nome completo:

Adão Pinheiro dos Santos

7 - Profissão:

Soldador

8 - Endereço:

Rua Pedro II

6 - CPF:

151.303.553-34

11 - Bairro:

Itacambira

12 - Cidade:

Turima

9 - Número:

3626

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

64.016-090

16 - Tel. (DDD):

(86) 994729591

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒

RECUSO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.00 A R\$1.000,00

☐

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2904 03

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 54666

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐

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

☐

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

☒

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou nascituro (vairrezer)?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Turima - Piauí 24.09.15

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

2016



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

Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190551223

Vítima: ADAO PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADAO PEREIRA DOS SANTOS

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

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

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: ADAO PEREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 0000054666-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190551223

Vítima: ADAO PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ADAO PEREIRA DOS SANTOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01947/01948 - carta_02 - INVALIDEZ

00070974



Carta nº 14851241





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

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190551223

Vítima: ADAO PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADAO PEREIRA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14832059

Pag. 00041/00042 - carta_01 - INVALIDEZ



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	29/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADAO PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000054666-5

Nr. da Autenticação C71935209B66CB06





NOME DO PACIENTE: Adão Pereira dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 67688

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





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

N E U R O C I R U R G I A
OK

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

SSVV: (Hora: ____:____)

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

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

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

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

Diagnóstico Inicial:

?

CID:

Exames Complementares:

(1244558) - T.C. DE CRANIO

403010306

Prescrição Médica:

1208 Id - HUT
02/06/2019
MARCUS DENYS ARAUJO COSTA

5065.

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: / /

HORA: :

Adão pereira dos santos
Assinatura Paciente ou Responsável

MARCUS DENYS ARAUJO COSTA
CRM 1636 PI Em: 21/06/2019 19:30:22





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

Imp: 21/06/2019 19:30:22
(MARCUS DENYS)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 21/06/2019 19:25:58	ESPECIALISTA: NEU
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: TCE no 2º nível - 614. Demência leve. Paciente com diagnóstico em uso de Anticoagulantes. Em uso de warfarin 2,5mg vo 1x dia + Concor 5mg + Emlen 10. + hidroclor. 25mg	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: **21/06/2019 20:00**

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	
----------------------------------	--

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 21/06/2019 19:25:58	ESPECIALISTA: NEU
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 21/06/2019 20:00	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Centro Cirúrgico

Nome do Paciente <u>Adão Pereira dos Santos</u>		
Diagnóstico pré-operatório <u>Hematoma subagudo esquerdo subdural</u>		
Operação - Tipo <u>Neurocirurgia - drenagem de hematoma subdural</u>		
Cirurgião <u>Dr. Antonio Carlos</u>	1º Assistente <u>esquerda</u>	
2º Assistente	3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação <u>22.06.19.</u>	Início <u>09:35</u>	Fim
Diagnóstico Pós-operatório <u>Drenagem de hematoma subdural crônico esquerdo.</u>		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Posicionamento do paciente com rotação para direita
- 2) Assepsia, Antissepsia - colocação de campo cirúrgico
- 3) Incisão linear em bossa parietal (leuon).
- 4) Trepanação parietal, abertura da dura mater
- 5) Drenagem de hematoma subdural crônico
- 6) Posicionado dreno em espaço subdural com irrigação copiosa com SFO, 9%.
- 6) hemostase.
- 7) Síntese do plano.

Antonio Carlos Sousa
Neurocirurgia
Clínica de Cirurgia
CRM-PE 2720

Mod. 76 H

Original *Amesbury* Hills Inc. Patent
 Marking 047467
 SAME HUT
 CONFIRMED ORIGINAL





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd.Anterior 0403010314	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO
21-Cod. Mudança Procd. 0415020077	20 - Mudança de Procedimento / Descrição PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA
27-CID Prin: ?	26-Diagnóstico: 28-CID Sec.: 29-CID C.Ass.

38-Profissional Responsável: ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA	40-Tp. Documento: CPF	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)
39-Data Solicitação: 21/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 963.249.613-20	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 24/7/19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DRC/ANFMS CRM - PI 1630 - CPF: 763.363.537-9 CNS 401960403832004
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(ANA QUEIROZ)



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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA	0415020077

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO			0403010314
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			CÓDIGO
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA			0415020077
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

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

PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA	
CNS SOLICITANTE	DATA SOLICITAÇÃO
980016287605508	08/07/2019

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES				
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR	DATA AUTORIZAÇÃO		
203833974930000		08/07/2019 08:49:30		



blank

1



241610

217352

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

<p><u>20 - Principais sinais e sintomas clínicos:</u></p> <p>PACIENTE COM HISTÓRIA DE TCE HÁ 2 SEMANAS, EVOLUINDO COM DISFASIA + CEFALÉIA INTENSA. EM TC DE CRÂNIO EVIDENCIOU HSDC COM INDICATIVO CIRURGICO.</p>			
<p><u>21 - Condições que justificam a internação:</u></p> <p>AS A CIMA</p>			
<p><u>22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):</u></p> <p>EXAME FÍSICO + TC DE CRÂNIO</p>			
<p><u>23-Diagnóstico Inicial:</u></p> <p>Hemorragia subdural devida a traumatismo</p>		<p>24-CID Prim:</p> <p>S065</p>	<p>25-CID Sec.: 26-CID C.Ass.</p>

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:		Tempo: 01	
0403010314 TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO			
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:	Dr. Marcus Vinícius D. dos Santos CRM: 3950 Coordenador - Neurocirurgia Hospital de Urgência de Teresina	
	02 01 CPF 963.249.613-20		
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:		
ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA		21/06/2019	
		35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)


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

AUTORIZAÇÃO

[illegible]

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:08:08
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011080756200000010173381>
 Número do documento: 20071011080756200000010173381

Num. 10725816 - Pág. 20

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 217352	
	AIH: 2219100437664	
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

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

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS A CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO + TC DE CRÂNIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0403010314 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO

LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

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

ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA
CPF: 96324961320

CRM:

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

21/06/2019

DATA ADMISSÃO

21/06/2019 19:25

DATA ALTA

23/06/2019 08:30

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

assinado

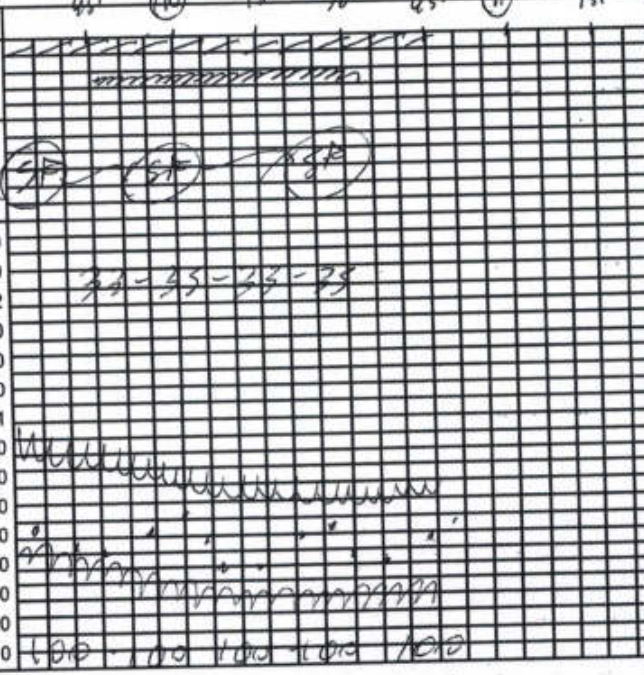
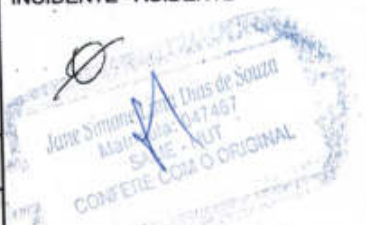
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:08:08

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011080756200000010173381

Número do documento: 20071011080756200000010173381

FOLHA DE ANESTESIA

UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <u>Adão Pereira Dos Santos</u>					Nº DE REGISTRO	
DATA: <u>22/06/19</u>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA <u>Portador de Arritmia Cardíaca. Em Uso de Corcon?</u>						
SISTEMA CRICULATÓRIO <u>Negs. Slegm. Invenção Parcial</u>					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
<p>(9) 30' 45' (10) 15' 70' 45' (11) 15'</p>				TOTAL DE DOSES		
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO 1 2 SEVO 3					
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100					
TEMPERATURA T	Cº 260 ETCO2 240 38 2					
P. ARTERIAL V O PULSO	200 180 160 140 120 100 80 60 40 20					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO O	SP02 FX 10					
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS <u>Germ BALANÇADA</u>					INCIDENTE - ACIDENTE	
OPERAÇÕES <u>Craniotomia</u>						
CIRURGIÕES <u>Antonio</u>						
ANESTESISTAS <u>Dr. Italo Hipolito B.T. Silva</u> Médico Anestesiologista CRM 5053 / RQE 2968						
PARITICULARIDADES						
					CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS	

ID 76 - HUT




BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 22/06/19

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

MATERIAL DE CONSUMO

MATERIAL DE CONSUMO							
DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI 24.11	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº 70	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº 8.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ÁLCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	02		SERINGA 10CC	UNID.	04	
ESPARADRAPO	CM	20		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL 12	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.			lapom		02	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON 20		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 01		01		CIRCULANTE: Raquel			
PROLENE							



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

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

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>153/101</u>	<u>105x52</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>79</u>	<u>75</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>98%</u>	<u>98%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Desione</u>	<u>lucian</u>

ÍNDICE DE ALDRETTKE KROULIK		ADMISSÃO			SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
ESCALA DE DOR ADMISSÃO		TOTAL	<u>09</u>		
ESCALA DE DOR - TA		ASS.	<u>foram</u>		

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Na
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

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

ISTO: [] 11 [] 12 [] 13 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] JORT [] NEU [] CIR []



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

31-Cod.Proced.Princip. 0403010314	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO	Quant. Soli- citada:
31-Cod.Procedi- mento Especial	32 - Descrição do Procedimento Especial: Solicitação de Permanência a MENOR	
38-Profissional Responsável: ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA	40-Tp. Documento: CPF	Dr. Marcos Vinícius O. da Silva CRM: 3950 Coordenador - Neurocirurgia Hospital de Urgência de Teresina
9-Data Solicitação: 23/06/2019	40-No.Doc. Med. Solic.: 963.249.613-20	41-Ass.Carimbo Med.Sol.(CRM)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Consel)
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 24/07/19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria (CRANFMS) CRM-PI 1628 - CPF: 763.583.537 - 9 CNPJ: 09.019.650/0001-00
		53-Ass.Carimbo (Rg.Consel)

(ALLINE REBOUC)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:08:08

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011080756200000010173381>

Número do documento: 20071011080756200000010173381



PIMMES - Piauí Material Médico Especializado Ltda
ESPECIALIDADES: TRAUMA, MEDICINA ESPORTIVA, PRÓTESES
COLUNA, BIOMATERIAIS, NEURO E ORTOPÉDICA.
Avenida Campos Sales, 1875 - Telefone: (86) 3222-4458
CEP: 64000-300 • Teresina-Piauí
C.N.P.J (MF) 07475148/0001-21

COMUNICAÇÃO DE UTILIZAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - ROPM

PACIENTE - Nome: Adão Pereira dos Santos

Nº AIH: 24 1610

Nº do Prontuário: 67688 Data da Internação: 1 / 1 / 1

Procedimento Médico Realizado: _____

Indicador de Compatibilidade: 0702010690

MÉDICO RESPONSÁVEL - Nome: Antônio Carlos

CRM Nº _____ CPF Nº _____

DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 22 106 19 **DATA DA ALTA:** 1 / 1 / 1

Código Ropm Nº	DESCRIÇÃO DO MATERIAL (Nome, Espécie, Modelo, Tipo, Nº de Série, Etc...)
	<div><div>NeuroDrain - SILSUC-B DRENAGEM CIRÚRGICA EXTERNA Bolsa de Drenagem 700ml. Cateter 450mm x 4mm Sistema Tubular EXTERNAL SURGICAL DRAINAGE Drainage Bag 700ml. Catheter 450mm x 4mm Tubular System HP BIOPROTESES - www.hpbio.com.br - tel 55 11 3853.7625</div><div>ANVISA n. 1016350041</div><div><div>N.º Catálogo: REF DB7 C12FR Lote LOT 044 N.º série SN 30</div></div></div>

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

Teresina 22 de junho de 2019

Nome do Hospital: HUS

C.N.P.J: _____

Assinatura: _____

Cargo: _____

Nome: _____

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:08:08
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20071011080756200000010173381
Número do documento: 20071011080756200000010173381



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

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

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Plumão com duto de nariz

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)	
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 24/07/19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria (RCAAFMS) CRM-PI 1639 - CPF 763.593.532-9 CNPJ 201960422000000
		53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

(KARLA BATISTA)





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

LAUDO MÉDICO

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

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 13/05/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

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

OBS.: FRATURA MANDIBULAR À ESQUERDA.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 03/06/2019

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

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

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 21/06/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

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

OBS: FRATURAS EM HEMIFACE ESQUERDA.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 21/06/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

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

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 21/06/2019

TORAX PA

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: AUMENTO DO VENTRÍCULO ESQUERDO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 20/07/2019

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0332199/19
Vítima: ADAO PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 151.303.553-34
CPF de: Próprio
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A
Data do acidente: 13/05/2019
Titular do CPF: ADAO PEREIRA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ADAO PEREIRA DOS SANTOS : 151.303.553-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

PAOLA LARISSA BREDÁ



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Adão Pereira dos Santos
RG: 270509 Orgão Emissor: SSP-PI
CPF: 351.303.553-34 Nacionalidade: Brasileiro
Est. Civil: solteiro Profissão: Soldador
Endereço: Rua: Pedro II Nº 3626
Bairro: Maracanã Cep: _____ Cidade/UF: Teresina-Piauí
Telefone: (86) 98807-7870 () _____

OUTORGADO:

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

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à

Vítima: Adão Pereira dos Santos
CPF: 351.303.553-34 Data do Acidente: 13/05/19

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

Teresina-Piauí 23.08.19

Local e data

Adão Pereira dos Santos

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Liberdade Regente, 1223 - Centro - CEP: 64002-200 - Teresina-PI. Fone: (86) 3221-4199 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br
Titular: Themistocles Sampaio Pereira

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ADÃO PEREIRA DOS SANTOS DOU FE EM TEST. 23 DA VERDADE. Teresina-PI, 23/08/2019. www.tjpi.jus.br/portalextra. Selo: AAH53256-QSOL

Jessica Aline de Menezes Silva - ESCRIVENTE AUTORIZADA
Emol: 3,85 TJ: 0,77 FMPP/PI: 0,10 Selo: 0,26 Total: 4,98 - OP: 10
PROCURAÇÃO PARTICULAR

CONSULTE O SELCO DIGITAL

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190551223 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADAO PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.

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

Resultados terapêuticos: TCE POR QUEDA DE MOTO EM 13/05/2019.
PACIENTE ADMITIDO APÓS O ACIDENTE EM GLASGOW 15 COM TC DE CRÂNIO SEM LESÕES CIRÚRGICAS EVOLUIU POSTERIORMENTE COM CRESCIMENTO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO PROVENIENTE DO TRAUMA DE ACORDO COM HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA. FOI SUBMETIDO À DRENAGEM DO HEMATOMA POR TREPANAÇÃO E EVOLUIU SATISFATORIAMENTE APESAR DO DÉFICIT COGNITIVO ACIMA MENCIONADO.

Sequelas permanentes: Dano cognitivo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/10/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PI	Nº 010734131124
0120140050188	59056880830
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
0686005745828763d68a5f1d2e3a8ee644b23e032114	
1	00992900638
ADAO PEREIRA DOS SANTOS	
COM RES BEM VIVER	04555
LOURIVAL PARENTE	BL-13 AP- PI
15130355334	ODW-8621
JOTAL LTDA-TERESINA	
PLACA ANT/AP	CHASSI
-	9C2JC4120ER018041
E SPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA	GASOLINA
MARCA/MODELO	ANO FAB - ANO MOD
HONDA/CG 125 FAN ES	2014 2014
CAP/POV/CIL	CATEGORIA
02P/0124CC	PARTIC
COR PREDOMINANTE	
VERMELHA	
OBSERVAÇÕES	
0	PBT: 000.28
ALIENACAO FIDUCIARIA	
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L	
TERESINA	06/03/2014
JOSÉ ANTONIO VASCONCELOS	
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI	



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190551223**

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

Endereço do(a) Examinado(a):

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

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

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

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

Resultado da Avaliação Médica

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

TCE POR QUEDA DE MOTO EM 13/05/2019

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

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

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

[**X**] Sim [] Não

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

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

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

[**X**] Sim [] Não

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

DÉFICIT COGNITIVO APÓS TCE

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

NEUROLÓGICO

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

Região Corporal (Sequela):

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

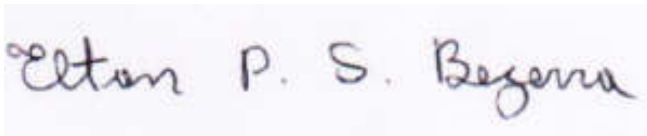
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Elton Portela Santos Bezerra - CRM: 5518 - PI



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

1919872460

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1919872460

PROIBIDO PLASTIFICAR

1919872460

Nome: **REYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

Doc. Representação: **2212129 SSP PI**

CNPJ: **839.502.303-00** Data Nascimento: **18/12/1979**

Função: **ANTONIO JONES DE OLIVEIRA**
EVA MOURA DA SILVA

Permissão: **PERMISSÃO** ACC: **ACC** CAT: **3**

Registro: **07318478449** Validade: **20/08/2020** P. Habilitação: **21/08/2019**

OBSERVAÇÕES

Reyelly Moura de Oliveira

ASSINATURA DO PORTADOR

DATA DE EMISSÃO: **21/09/2019**

SERIALIZAÇÃO: **85070808293**
85070808293

ASSINATURA DO EMISSOR

PIAUI



