



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	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Kuyllie Moreira 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 153.303.553-34

do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizado 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua: 24, de Janeiro</u>	Número:	<u>554</u>	Complemento:
Bairro:	<u>centro</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u> CEP: <u>64.000.502</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(86) 994729591</u>

Local e Data: Teresina - Piauí - 24.09.19

Kuyllie Moreira de Oliveira

Assinatura do Declarante



ÁGUAS DE
TERESINA

CNPJ 23357474000106 - E.I. 31965574
Av. Dr. Camilo Filho, 1980, Edifício Santos - CEP 64090-040, Teresina - PI
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

MATRÍCULA 13428373-2 FATURA NR 152393609
MÊS / ANO 8/2019

NOME / ENDERECO
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 TÁRREA	
MÊS / ANO	TÍPO	LEITURA		
07/2019	L-1do	01	10	1 Residencial - Normal
06/2019	L-1do	25	10	
05/2019	L-1do	01	10	
04/2019	L-1do	06	10	
03/2019	L-1do	02	10	
02/2019	L-1do	03	10	

DATA	LEITURA	CONSUMO MÊS M3	VALOR
ANTERIOR 02/07/2019	146	10	10 12.7410000
ATUAL 02/08/2019	147		00,1941,650 x 0,91

TABELA DE TARIFAS		DESCRIÇÃO DOS SURGISS DA FATURA	
RESIDENCIAL	FAIXA DE CONSUMO M3 / M3 (N)	VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66	REF. VALOR
0	3,9668 07	> Residencial-Normal 10,0 m3	30,66
10	5,7128 82	> VALOR DE ESGOTO - 24,53	24,53
25	99599 9,8610 59	> Residencial-Normal 10,0 m3	

NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO M3 / M3 (N)	VALOR REFERENTE ÁGUA - 30,66	REF. VALOR
	> Residencial-Normal 10,0 m3	30,66

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

IRREGULARIDADES / FRAUDADES

MENSAGEM NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENÇAO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.
NOTIFICAÇÃO

Características Físicas e Químicas da Água Distribuída (Portaria 2.342/1234 do M.S e Decreto nr 5.440)

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





Para contato
correto, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0025040-9

023381255

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal: / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS: JUNHO/2019 VENCIMENTO: 10/07/2019 CONSUMO (kWh): 401 TOTAL A PAGAR (R\$): 591,36

DIONALDA PEREIRA DA SILVA
R. PEDRO II 1626 1626 MACAUBA
CPF: 00013280597315

DADOS DA LEITURA	
Atual:	19/06/2019
Anterior:	34329
Contagem de Multiplicação:	33928
Consumo Medido:	1.000
Consumo Faturado:	401
Forma de Faturamento:	Código de Irregular P/AM
	Dias de Consumo: 19/06/2019

Classe/Subclasse	NORMAL	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	29	
Ligação	Número Medidor	Póste	Código Pst.	Média 12 meses

RESIDENCIAL	MON	A9981000ESCRIVÃO DA CONTA 1.1.1.1	263
Mês/ano consumo			
MAI/19	0	CONSUMO 401 A R\$ 0,920317 = 369,04	29,77
ABR/19	224	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 2,50	
MAR/19	214	DESC. S/MULTA PARCELAM. 13/120 50,86	
FEV/19	232	DESC. S/COR. MON. PARCELAM. 13/120 28,70	
JAN/19	183	CANC. DESC. S/JUR. PARCE 04/19-00 50,86	
DEZ/18	321	CANC. DESC. S/COR. MON. P 04/19-00 28,70	
NOV/18	305	CANC. DESC. S/MUL.PARCE 04/19-00 2,50	
OUT/18	343	CORRECÃO MONETARIA IG 04/19-00 3,17	
SET/18	333	MULTA POR ATRASO 04/19-00 7,80	
AGO/18	350	PARCELAMENTO DE DEBITO 13/120 178,98	
		JUROS POR ATRASO 04/19-00 2,60	
TARIFA SEM TRIBUTOS:		ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,36	
8 A 401 - 6,619750			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO/MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 04/07/2019. O não pagamento pode ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SIEGN. Caso tenha estudado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

Você pode optar pelo reaviso de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, avendo em consideração para menor das reações causadas de atraso de pagamento.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	881A.0243.CD1A.C54790167102A2.DAA4.AA20	Alíquota ICMS:	
Energia:		Valor do ICMS:	369,04
Transmissão:	72,56	Valor do PIS:	269,40
Encargos:	140,24	Valor do COFINS:	27,00%
Tributos:	23,72		99,64
	11,61	INDICADORES DE CONTINUIDADE	1,40% 3,79
	120,91	FIC	6,49%MIC 10548
		Manual	Trimestral Anual

5,31 10,63 21,25 3,11 Período de Operação: 12,45 3,03





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	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 18:07	07 Chegada ao 1º hospital 18:50	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Pres. Kennedy - Via pública -	11 Bairro Pq. Universitário	12 Município-UF THE-PI	Código IBGE		
Local de Ocorrência	13 Ponto de referência Drogaria Alves, Mun.					
Dados do Paciente	14 Nome Adão Pereira dos Santos	15 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino 2- Feminino 3- Ignorado				
Local de Ocorrência	16 Idade 5.9.59 59	1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado	Se Idade ignorada, preencha com 999	17 Índices de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado		
Local de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência <i>Acidente de moto</i>	01-5 Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Quemadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	D1
Acidente de Transporte	19 Vítima 1- Pêdestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	5- Ônibus/Micro-ônibus 6- Outro 9- Ignorado	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input checked="" type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL 1- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 1- Orientada 4- Confusa 3- Palavras inapropriadas 2- Palavras incompreensíveis 1- Nenhuma	24 Sinais Vitais Pulso 72 Resp. 20 PA. 140x80 TAX. Sat02 98%	25 Local da lesão	
Assistência	26 Pupilas 1- Igualas <input checked="" type="checkbox"/> 2- Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/> 1- Chelo 2- Fino 3- Ausente	28 Sangramento 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não	29 4 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 3 Leve 7 Moderada 10 Intensa		
Hospital de Destino	30 Fratura 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input checked="" type="checkbox"/> 3- Suspeito <input type="checkbox"/>	31 Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) 2- Aspiração <input checked="" type="checkbox"/> 2- Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> 2- Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/> 2- Colar cervical <input type="checkbox"/> 2- Curativos <input checked="" type="checkbox"/> 2- Kred <input type="checkbox"/> 2- Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> 2- Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> 2- Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	Glicemia <input type="checkbox"/> CONFERE COM O ORIGINAL Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <i>Marília Veloso Cantanhede</i> b) <i>Gerente Administrativa SAMU</i>	32 Hospital de Destino H. U.T.	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Piorando <input checked="" type="checkbox"/> 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input checked="" type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte
Observações Interdisciplinar	<p>Pte. ♂ 59 anos, AB0 RH 0-, vítima de colisão moto vs carro (pote motoqueiro) apresentando: Escoriação em face (peri-orbitar e temporal) + MIE + Queixa de cefaleia; Abordado inicialmente pela motocicleta, 1019 da cena do acidente, deambulando capacetes removido pelo mesmo (digo, não fazia uso), consciente, confuso (inicialmente e orientado na chegada da USB), sudorese (INFORMA: sudorese, HAS e uso de vários medicamentos; NEGA: síncope, vômitos, dor/salgio, cervicalgia, paroxsísmos, parestesia, plegio, alergia medicamentosa; Obs: ingestão líquida e sólida há 02h outras; Acolhido na ACCR.</p>					
Responsável pela Recepção	Socorristas Médico AE/TE Marcos S. de Moraes Oliveira	Enfermeiro Condutor Getúlio				



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

Data/Hora

13/05/2019 - 17:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro**Município**

TERESINA

PARQUE UNIVERSITÁRIO

Endereço

AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, Nº:

Ponto de Referência**Complemento**

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: RÉSIDENCIAL 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 FRENTESINALIZOU 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 - Noticiante
Responsável pela Informação

Lacey Keiko Leal Parábo
Delegado Geral da Polícia Civil-PI
Mat.: 196.331-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: <i>151.303.553-31</i>		4 - Nome completo da vítima: <i>Adão Pinheiro dos Santos</i>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012					
5 - Nome completo: <i>Adão Pinheiro dos Santos</i>		6 - CPF: <i>151.303.553-31</i>			
7 - Profissão: <i>Soldador</i>		8 - Endereço: <i>Rua Pedro II</i>		9 - Número: <i>1626</i>	
11 - Bairro: <i>Macauka</i>		12 - Cidade: <i>Turiná</i>		13 - Estado: <i>PE</i>	
15 - E-mail:				14 - CEP: <i>69.016-090</i>	
				16 - Tel.(DDD): <i>(86) 994729591</i>	
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:					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR. <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,10		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:			BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Apenas uma opção)			<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BEI. BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
AGÊNCIA: <i>0004 01</i>			Nome do BANCO: _____		
CONTA: <i>54666 5</i>			AGÊNCIA: _____		
(Informar o dígito se existir)			(Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Lider 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 (assinar ou uma das opções):					
<input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> 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 permanente decorrente 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 o disorde do seu conteúdo.					
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado civil da vítima:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro (vámenes)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
				31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
				32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	
				33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte áquieis 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 Ingresse o dígito da vítima ou beneficiário que assinou o pedido			35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido		
			36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido		
			37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido		
40 - Local e Data, <i>Turiná - Pern 24.09.15</i>			38 - 1º Nome: _____ CPF: _____		
			Assinatura da testemunha		
			39 - 2º Nome: _____ CPF: _____		
			Assinatura da testemunha		
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)			41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>Adão Pinheiro dos Santos</i>		
			43 - Assinatura do Procurador (se houver) <i>Keylly Oliveira</i>		



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima: <i>151.303.553-31</i>		4 - Nome completo da vítima: <i>Adão Pinheiro dos Santos</i>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012					
5 - Nome completo: <i>Adão Pinheiro dos Santos</i>		6 - CPF: <i>151.303.553-31</i>			
7 - Profissão: <i>Soldador</i>		8 - Endereço: <i>Rua Pedro II</i>		9 - Número: <i>1626</i>	
11 - Bairro: <i>Macauka</i>		12 - Cidade: <i>Turiná</i>		13 - Estado: <i>PE</i>	
15 - E-mail:				14 - CEP: <i>69.016-090</i>	
				16 - Tel.(DDD): <i>(86) 994729591</i>	
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:					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR. <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,10		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS:			BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Apenas uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			REPRESENTANTE LEGAL DO BEI. BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
AGÊNCIA: <i>0004 01</i>			CONTA: <i>54666 5</i>		
(Informar o dígito se existir)			(Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Lider 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 (assinar ou uma das opções):					
<input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> 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 Lider para validação 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 o disorde do seu conteúdo.					
23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado civil da vítima:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro (vámenes)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
				31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
				32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	
				33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte áquiesc 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 Ingresse o dígito da vítima ou beneficiário que assinou o pedido					
35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido					
36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido					
37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido					
40 - Local e Data, <i>Turiná - Pern 04.09.15</i>					
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>Adão Pinheiro dos Santos</i>					
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)					
43 - Assinatura do Procurador (se houver) <i>Keylly Oliveira</i>					



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, retorno 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



Carta nº 14851241



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:08:08
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101108075620000010173381>
Número do documento: 2007101108075620000010173381

Num. 10725816 - Pág. 9



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, contados 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



00030021



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:08:08
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101108075620000010173381>
Número do documento: 2007101108075620000010173381

Num. 10725816 - Pág. 10

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:08:08
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101108075620000010173381>
Número do documento: 2007101108075620000010173381

Num. 10725816 - Pág. 11



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

*Neur. Ocup. 06/06/2019
OK.*

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u>	<u>Classificação:</u>	<u>Cor:</u>
		Indefinido

<u>Breve História Clas. Risco:</u>	
	?

<u>SSVV:</u>	<u>(Hora:</u> ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	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 **Crânia**
TECNÓLOGO: **Domingos**

<u>Diagnóstico Inicial:</u>	<u>CID:</u>
?	

<u>Exames Complementares:</u>	403010306
(1244558) - T.C. DE CRANIO	

<u>Prescrição Médica:</u>	5065.

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>	
<u>Observação (Adulto)</u>	<u>DATA:</u> / / <u>HORA:</u> : : / /

Adão Pereira dos Santos
Assinatura Paciente ou Responsável

MARCUS DENYS/ARAUJO COSTA
CRM 1698 PI Em: 21/06/2019 19:30:22





FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> ADAO PEREIRA DOS SANTOS		<u>Prontuário:</u> 67688
<u>Mãe:</u> RITA MENDES DA SILVA		<u>Pai:</u> MANOEL PEREIRA DOS SANTOS
<u>End. Resid.:</u> QD B, CS 10 - ANGELIM - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 05/09/1959	<u>Idade:</u> 59a9m16d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-98863-0923
<u>Responsável:</u> O MESMO		
<u>Profissão:</u> SOLDADOR		
<u>G. Instrução:</u> Médio Incompleto		
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 1/1/2019 : 614 ESPECIALISTA: *nc2*
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *TCE na gnr - 614. Denergase leve.*
Paciente condutora em uso de Anticoagulante
Enxaque na manha 2,5mg 10x dia + Concor 5mg + Enalapril 10.
+ Albuterol 20mg

vol

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/2019 : 21:00:44

Dr. Dennergase

Seguir opinião

CRM - PI 3871

Neurocirurgião

Neurocirurgião S. Júnior

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 1/1/2019 : 614 ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

lute 0,5mg 10x dia de Sussa

Malasculina 100mg 10x dia

CONFEX 100mg 10x dia

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/2019 : 21:00:47

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		Adão Pereira dos Santos	
Diagnóstico pré-operatório		Hematoma subagudo: esquerdo subdural	
Operação - Tipo		Neurocirurgia - drenagem de hematoma subdural esquerdo	
Cirurgião	Dr. Antônio L. dos S.	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	22-06-19.	Inicio	09:35
Diagnóstico Pós-operatório	Drenagem de hematoma subdural crônico esquerdo.		

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

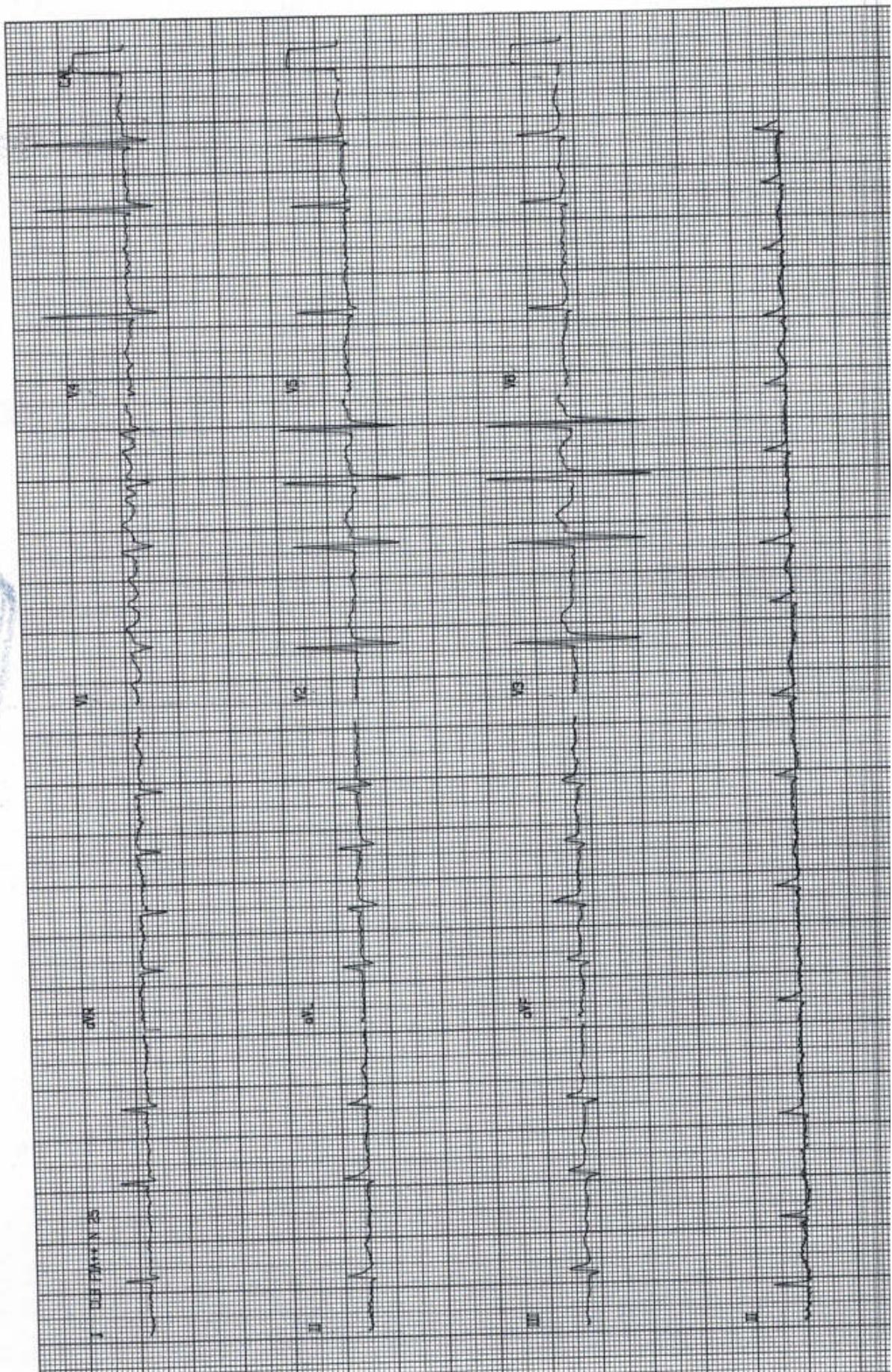
- ① Debridecimento da ferida com rotação para abertura
- ② Assepsia, Antissepsia - colocação de lampião cirúrgico
- ③ Incisão linear em bossa parietal (fissura)
- ④ Deseparação parietal, abertura da dura-mater
- ⑤ Drenagem de hematoma subdural crônico
- ⑥ Posicionado dreno em espaço subdural com irrigação copiosa com 5% glicose.
- ⑦ Sutura em plano.

Antônio Carlos Soárez
Neurocirurgião
CRM-PI 2729

Antônio Carlos Soárez
Neurocirurgião
CRM-PI 2729

Mod. 76 H

lado reverso dos pontos ()
29/06/2011 20:45h





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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

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

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 26/06/19	52-CNS/CPF: Caio Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria ORCA/FMS CRM-PI 1639 - CPF: 763.563.537-5 CRM-PI 16604093/2014
		53-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)

(ANA QUEIROZ)



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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL 0415020077
---	---

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

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

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

paciente, 59 anos, com história de tcc há 2 semanas, evoluindo com disfásia + 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.
--

PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

AUTORIZAÇÃO

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



blank



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

241610

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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	RG: 270509 - PI
11-Mãe: RITA MENDES DA SILVA	12-Fone: 86-98863-0923
13-Resp: (O MESMO)	14-Cor: Sem Informação
15-Ender: QD B, CS 10 - ANGELIM - CEP: 64000-010	17-Cod.IBGE: 221100
16-Munic: TERESINA	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

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

21 - Condições que justificam a internação:

AS A CIMA

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

EXAME FÍSICO + TC DE CRÂNIO

23-Diagnóstico Inicial: Hemorragia subdural devida a traumatismo	24-CID Print: S065	25-CID Sec.: 26-CID C.Aiss.:
---	-----------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0403010314	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO	Tepli: SU 15
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02	31-Docum.: 01
	32-Doc. Méd. Solic.: CPF	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA
	963.249.613-20	34-Data Solicitacao: 21/06/2019

Dr. Marcus Vinícius D. dos Santos
CRM: 3950
Coordenador - Neurocirurgião
Hospital de Urgência de Teresina

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-(<input type="checkbox"/>) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No.Bilhete:	41-Série:
37-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Típico			
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:

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

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 29/06/19	<p style="text-align: right;">Celson Pires Ferreira Filho Assessor de Autorizações DRCAAM/FMS CRM-PI 1029 - CPF: 383.963.557-8 CNS 201958400001</p> <p style="text-align: right;">50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)</p>
48-Documento: <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	49-Num. Documento:	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:	Usuário: (ALLINE REBOUÇAS)
	Consulta Local: 727519
	Consulta SUS:
	Impressão: 24/06/2019 11:15:17



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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS A CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME FÍSICO + TC DE CRÂNIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/ DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0403010314 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO

LEITO/CLÍNICA NEUROCIRURGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 21/06/2019	ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA CRM: 96324961320
DATA ADMISSÃO 21/06/2019 19:25	DATA ALTA 23/06/2019 08:30	MOTIVO ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° 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 CRM: 13178547304	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA CRM: 13178547304
DATA ANALISE: 24/06/2019 12:13:57	DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



FOLHA DE ANESTESIA
UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO		
Adão Pereira Dos Santos							
DATA: 22/06/19	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
EXAMES FUNCIONAIS							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA	Portador de Arritmia cardíaca. Em Uso de Coração?						
SISTEMA CRICULATÓRIO	Nego desejos. Incentivo Pomial						
SISTEMA RESPIRATÓRIO	ASMA BRONQUITE						
SISTEMA DIGESTIVO	SISTEMA URINÁRIO						
ESTADO MENTAL	CORTICOIDES ATARAXICOS OUTROS						
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERTÓRIO	FÍSICOS						
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)	9 30 ¹	10 41	11 15 ¹	12 70 ¹	13 45 ¹	14 11 ¹	
	APLICADO AS					EFEITOS	
						TOTAL DE DOSES	
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO 1 2 SEVO 3						
LÍQUIDOS	SO-UTO 500 400 SANGUE 300 200 OUTROS 100						
TEMPERATURA T	C° 260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20	SEQUÊNCIA					
P. ARTERIAL V O PULSO	ETCO ₂ 38 37-35-33-29	1 CGFAZOLINA 1g 2 Fentanil 100mcg 4 Decadron 10mg 5 Nausidron 8mg 7 Propofol 90mg 9 Lidocaina 120mcg 10 Fentanil 250mcg 12 I.Montil 3mg 14 Aramín 1mg 15 Sufato de gla					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O	SPO ₂ 100-100-100-100-100	DURAÇÃO Dipirona					
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS	6mm BALANÇADA						
OPERAÇÕES	Craniotomia						
CIRURGIÕES	Antônio						
ANESTESISTAS	Dr. Italo Hipólito B.T. Sique Médico Anestesiologista CRM 5053 / RQE 2968						
PARITULARIDADES							
INCIDENTE - ACIDENTE							
 Jude Simões de Souza Matrícula: 047457 SAE - NUT CONFIRME COM O ORIGINAL							
CONDIÇÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS							

ID 76 - HUT



DATA 22/06/19

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

NOME DO PACIENTE:	<u>Adas Pereira dos Santos</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>67688</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Geral</u>	Nº DA SALA:	
CIRURGÃO:	<u>Antônio Carlos</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Italo</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Selene Rosile</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI 24.11	UNID.	<u>01</u>	
AGULHA 30X8	UNID.			LUVA Nº <u>7.0</u>	PAR	<u>03</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº <u>8.0</u>	PAR	<u>02</u>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<u>10</u>	
ÁLCOOL 70%	ML	<u>300</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>100</u>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<u>150</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>04</u>	
EQUIPO MACHO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>04</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>20</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>02</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL <u>12</u>	UNID.	<u>01</u>	
JELCO Nº	UNID.			<u>brapom</u>		<u>02</u>	
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 <u>2.0</u>		<u>02</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <u>01</u>		<u>01</u>		CIRCULANTE: <u>laqueul</u>			
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		<input checked="" type="checkbox"/> GERAL <input type="checkbox"/> RAQUE <input type="checkbox"/> BLOQUEIO <input type="checkbox"/> PERIDURAL <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO	
CIRURGIA REALIZADA	Hematoma Subdural					CIRURGÃO	

SINAIS VITais		HORÁRIO			
		ADMISSÃO			SAIDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	153 / 101				105 x 57
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	79				75
SATURAÇÃO DE O2 (%)	98%				98%
TEMPERATURA AXILAR (0°C)					
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)					
NOME/ MATRÍCULA	Adão				lacaue
ÍNDICE DE ALDRETTEE KROLIK				ADMISSÃO	SAIDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	2	2
	Movimenta dois membros	1	1	1	1
RESPIRAÇÃO	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	0	0
	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2
CIRCULAÇÃO	Apresenta dispneia ou limitação da respiração	1	1	1	1
	Tem apneia	0	0	0	0
CONSCIÊNCIA	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	1	1
SATURAÇÃO O2	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	0	0
	PA em 20-49% do nível anestésico	2	2	2	2
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	1	1	1	1
	Desperta, se solicitado	0	0	0	0
SATURAÇÃO O2	Não responde	2	2	2	2
	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	1	1	1	1
SATURAÇÃO O2	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	0	0	0	0
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	0	0
ESCALA DE DOR ADMISSÃO	0	1	2	3	4
ESCALA DE DOR TA	0	1	2	3	4
TOTAL	09				
ASS.	forreue				

()SONDA VESICAL	()DRENO DE SUCÇÃO	()DRENO TORACICO	()DVE	()COLOSTOMIA	SONDA ()NASOG ()NA
hs	mL	hs	mL	hs	mL
hs	mL	hs	mL	hs	mL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

Admitido no PÓS de trat. cirúrgico de hematoma dural, consciente, deserta se solicitado, respira o ar ambiente, mantendo boa oximetria SpO₂ = 98%.

PREScriÇÃO MÉDICA	ALTA SRPA
	HORÁRIO
	216 134

ICAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS [] P- GF

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

Fábio Soares Coutinho
Anestesiologista
CRM-PB 5812



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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES
5828856

Código da Internação:
241610

3-Nome do estabelecimento executante:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

4-CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:	49-Ass.Carimbo (Rg.Consel)	
50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 24/07/19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor da Auditoria DRCA/AMS CRM-PI 1658 - CPF: 783.553.537-9 CRM 2015004079-0001
		53-Ass.Carimbo (Rg.Consel) (ALLINE REBOUC

*JANE SUELY LIMA DIAS DE SOUZA
M-AUSCULT: 047467
HUT
CONFERE COM O ORIGINAL*





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: 11/01/2010

Procedimento Médico Realizado: _____

Indicador de Compatibilidade: 0702010690

DICO RESPONSÁVEL - Nome: Antônio Carlos

CRM Nº _____ CPF Nº _____

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

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

Tera'ne

22 de genho de W/9

Nome do Hospital: HUS

CNPJ:

Assinatura:

Carro:

ome:

Am 11.11.2010
Cle 11.11.2010





**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	17-Cod.IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010
16-Munic: TERESINA			

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

-Cod.Proced.Princip. 0403010314	30 - Procedimento Principal / Descrição: TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO	
31-Cod.Procedimento Especial 0702010090	32 - Descrição do Procedimento Especial: CONJUNTO DE CATETER DE DRENAGEM EXTERNA E/OU MPIC	Quant. Solicidada: 1

Fornecedor da OPM: PIMMES

38-Profissional Responsável: ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA	40-Tp. Documento: CPF	<i>Antonio Carlos Sousa Assessor de Auditoria CRM-PI 1639 - CPF 761.593.621-9 CRM-PI 1639 - CRM 2720 Assessor de Auditoria Carimbo Med.Sol. (CRM)</i>
39-Data Solicitação: 22/06/2019	40-No.Doc. Méd. Solic.: 963.249.613-20	

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

fluminense com sítio de marra

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: / /	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

50. Nome do Pofissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 24/07/19	52-CNS/CPF: Celso Pires Ferreira Filho Assessor de Auditoria DRCAAFMS CRM-PI 1639 - CPF 761.593.621-9 CRM-PI 1639 - CRM 2720
		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: SUS

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.
- ATEROMATOSE 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





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: SUS

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: SUS

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 COSTOFRÉNICOS 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:08:08
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101108075620000010173381>

Número do documento: 2007101108075620000010173381

Num. 10725816 - Pág. 30

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0332199/19

Vítima: ADAO PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 151.303.553-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/05/2019

Titular do CPF: ADAO PEREIRA DOS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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 BREDA
CPF: 071.930.319-29

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

PAOLA LARISSA BREDA



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:08:08
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101108075620000010173381>
Número do documento: 2007101108075620000010173381

Num. 10725816 - Pág. 31

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Adão Pereira dos Santos

RG: 210509 Orgão Emissor: SSP-PI

CPF: 151.303.553-34 Nacionalidade: Brasileiro

Est. Civil: Solteiro Profissão: Soldador

Endereço: Rua: Pedro II Nº 3626

Bairro: Lucasita Cep: _____ Cidade/UF: Teresina - Piauí

Telefone: (86) 98807-4870 () _____

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: 151.303.553-34 Data do Acidente: 13.05.19

Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

Teresina - Piauí 23.08.19

Local e data

Adão Pereira dos Santos



Assinatura do Outorgante (recomendar firma por autenticidade)

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Lourdes Rego, 123 - Centro - CEP: 64002-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-6110 - E-mail: certidao@certidao.tjpi.jus.br

Instituto Rosalba Gonçalves de Sampaio Braga

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS

CONSULTE O SELO

DIGITAL

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ADÃO PEREIRA DOS SANTOS, DOU FÉ, EM TEST. 19 DA VERDADE, Teresina-PI, 23/08/2019. Selo: AAH63256-QSOL www.tjpi.jus.br/portalextra.

Jéssica Aline de Meneses Silva+ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:10
PROCURAÇÃO PARTICULAR

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.

Descrição do exame PACIENTE COMPARECE EM BOM ESTADO GERAL

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

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

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

Sequelas permanentes: Dano cognitivo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/10/2019

Conduta mantida:

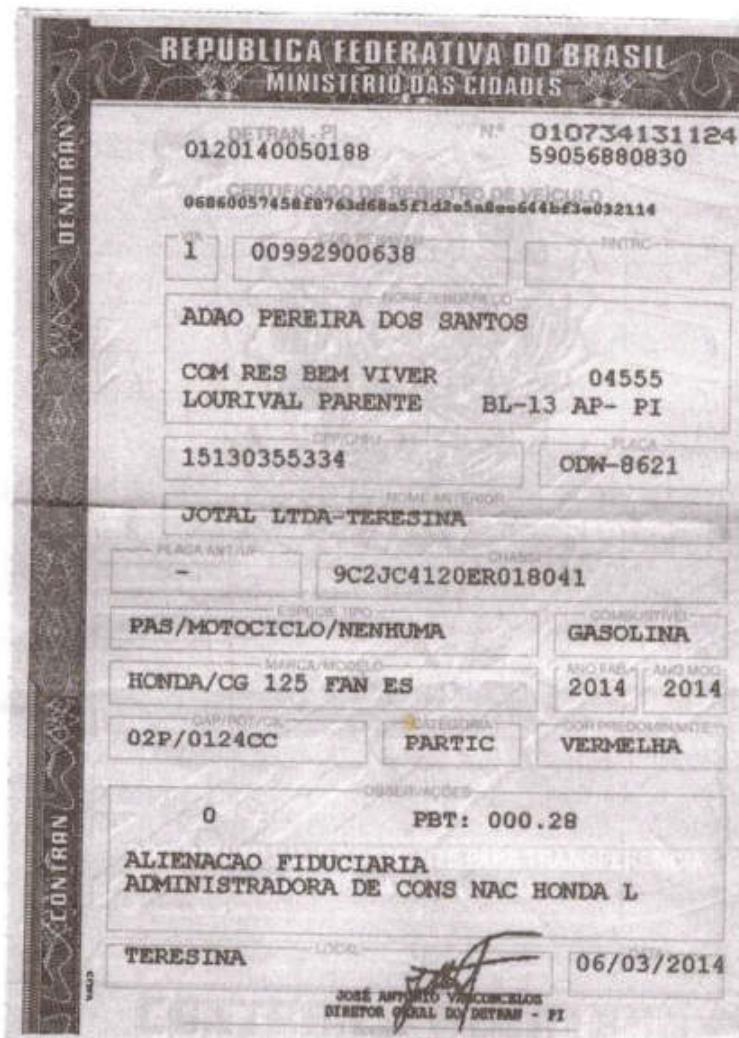
Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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





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

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

[] Sim [] Não

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

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

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

[] Sim [] Não

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

DÉFÍCIT 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: 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

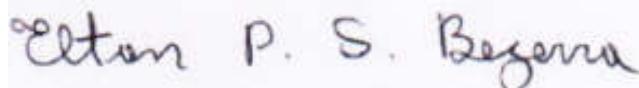
Região Corporal (Sequela):

% 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







Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 10/07/2020 11:08:08
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007101108075620000010173381>
Número do documento: 2007101108075620000010173381

Num. 10725816 - Pág. 38