

Email - Alana L | Controle de do | Audiências | ... Sistema SAI | Consulta proce | 0816746-02.20.2020.8.18.0140 | Download file | (32) WhatsApp | +

... | tji.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=540297&ca=d5b92c65c3a1970807beea7a749f8f6... | Apps | Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

PJE ProceComCiv 0816746-02.2020.8.18.0140

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

12136993 - CONTESTAÇÃO (2753285 CONTESTACAO 01)

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

25 Sep 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

12136786 - CONTESTAÇÃO

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

downloadBinario.seam

1 / 11

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo: 08167460220208180140

AUSÊNCIA DE COBERTURA



Número: **0816746-02.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **31/07/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA (AUTOR)	JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12136 994	25/09/2020 11:04	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

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

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

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01571/01572 - carta_02 - INVALIDEZ



00060786

Carta nº 15390216



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 11:04:28
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092511042798100000011484178>
Número do documento: 20092511042798100000011484178

Num. 12136994 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

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

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

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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 15360433



Pag. 01255/01256 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 11:04:28
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092511042798100000011484178>
Número do documento: 20092511042798100000011484178

Num. 12136994 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

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

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

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01603/01604 - carta_04 - INVALIDEZ



00050802

Carta nº 15482545



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 11:04:28
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251104279810000011484178>
Número do documento: 2009251104279810000011484178

Num. 12136994 - Pág. 3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3-CPF da vítima: 138.047.583-04 4 - Nome completo da vítima: Antônio Pereira de Oliveira

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

5 - Nome completo: Antônio Pereira de Oliveira 6 - CPF: 138.047.583-04
7 - Profissão: Pedreiro 8 - Endereço: Rua: Lourival do Couto 9 - Número: 2305 10 - Complemento:
11 - Bairro: Varzea Ideal 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64.000.000
15 - E-mail: (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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4710 CONTA: 254915 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34
Imprressão
digital da
vítima ou
beneficiário
que assinou

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina, Piauí, 13.12.19
Antônio Pereira de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Wallace Lopes de Oliveira

o Representante Legal (se houver)

1010



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

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO
-CONTUSOES PARENQUIMATOSAS COM FOCOS HEMORRAGICOS EM LOBOS FRONTAL DIREITO, TEMPORAIS E
PARIETAL ESQUERDO.**

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

Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Complicações: SEM COMPLICACOES

Data da Alta: 27/09/2019

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

PACIENTE EVOLUI COM EPISÓDIOS DE CEFALEIA, COM TONTURAS SEM EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, SEM USO DE ANTICONVULSIVANTE, SEM LAPSES DE MEMORIA.

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

(X) Sim **Não**

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

Sim **(X) Não**

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

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

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(X) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 à valoração do dano corporal.


Dr. Frederico Fonseca de Oliveira
CRM/PI - 5058

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 11:04:28
http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251104279810000011484178
Número do documento: 2009251104279810000011484178

Num. 12136994 - Pág. 6



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009572/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/01/2020 16:33 Data/Hora Fim: 08/01/2020 16:33

Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 26/08/2019 08:21

Local do Fato

Município: Teresina (PI)

Bairro: Novo Horizonte

Logradouro: Avenida Joaquim Nelson

Nº: 3320

CEP: 64.078-150

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

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

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1113997

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: Rua Correia do Couto

Bairro: Parque Ideal

Nº: 2305

CEP: 64.078-710

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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

Nome Envolvido	Envolvidos
Antonio Pereira de Oliveira	Proprietário

Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar

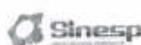
Página 1 de 2

Impresso por: Kátia Maria Evangelista Torres

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Data de Impressão: 08/01/2020 16:36

Protocolo nº: Não disponível





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009572/2019-A01

RELATO/HISTÓRICO

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

ASSINATURAS


Almiralice Ribeiro Lebre Carlos
escrivão
Matrícula 0097616
Responsável pelo Atendimento


Antonio Pereira de Oliveira
(Comunicante)

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



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

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 11:04:28
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251104279810000011484178>
Número do documento: 2009251104279810000011484178

Num. 12136994 - Pág. 8

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3-CPF da vítima: 138.047.583-04 4 - Nome completo da vítima: Antônio Pereira de Oliveira

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

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

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"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4710 CONTA: 25495 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

Imprressão digital da vítima ou beneficiário (se inabilitado)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Teresina, Piauí, 13.12.19
Antônio Pereira de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Wallace Lopes de Oliveira

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 11:04:28
http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251104279810000011484178
Número do documento: 2009251104279810000011484178



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 11:04:28
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251104279810000011484178>
Número do documento: 2009251104279810000011484178

Num. 12136994 Pág. 10



Para contato
contato, informe
seu NÚMERO!

SEU CÓDIGO
0051867-0

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-49 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SERAZ/PI/ME

Nº da Nota Fiscal 027701995
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

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

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

ROT: 17.001.31.11.020100

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

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	152
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano consumo	AGO/19	158	CONSUMO	162 A R\$ 0,912203 =	147,77
	JUL/19	151	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		12,74
	JUN/19	154	CORRECAO MONETARIA DA 08/19-00	0,01	
	MAI/19	140	CORRECAO MONETARIA 10/08/19-00	0,16	
	ABR/19	143	MULTA POR ATRASO DE I 08/19-00	0,24	
	MAR/19	153	JUROS DE MORA ATRASO 08/19-00	0,03	
	FEV/19	204	MULTA POR ATRASO 08/19-00	2,89	
	JAN/19	133	JUROS POR ATRASO 08/19-00	0,43	
	DEZ/18	136	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	6,47	
	NOV/18	160			
TARIFA SEM TRIBUTOS:	8 A 162	- 0,555310			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

Você pode agitar este bilhete no vencimento de suas faturas entre 1,5,10,15,20 ou 25 para que evite que seja cobrada multa de atraso de pagamento.

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	31,07	Base de Cálculo:	147,77
Energia:	60,00	Aliquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	18,14	Valor do ICMS:	32,58
Encargos:	4,96	Valor do PIS:	1,40%
Tributos:	41,60	Valor do COFINS:	1,62
			6,49%
			7,48

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		FIC		OMIC		DIOB	
	Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	mensal
Limite	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	TERESINA-MACALUBA				Período de	07/2019	EUS:	53,46

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO
0051867-0
TOTAL A PAGAR - R\$
164,27

MÊS FATURADO
09/2019
VENCIMENTO
01/10/2019

Nº da Nota Fiscal: 027701995 FCAM

83620000001 3 64270017000 3 00000000051 3 86700919008 5

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 11:04:28
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251104279810000011484178
Número do documento: 2009251104279810000011484178

Num. 12136994 - Pág. 11



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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Keylly Menezes de Oliveira

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

Antônio Pereira de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 138.047.583-04

do sinistro de DPVAT cobertura Indenização da Vítima Antônio Pereira de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 138.047.583-04 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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 junho</u>	Número:	<u>554</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u> CEP: <u>64.000-902</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(86) 994729541</u>

Local e Data:

Teresina - Piauí 12.11.19

Keylly Menezes de Oliveira

Assinatura do Declarante

RL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 11:04:28
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251104279810000011484178>
Número do documento: 2009251104279810000011484178

Num. 12136994 - Pág. 12

Imp: 27/08/2019 09:56:26
(User: TORQUATO NETO)
(Estação: CONSULTORIO04)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

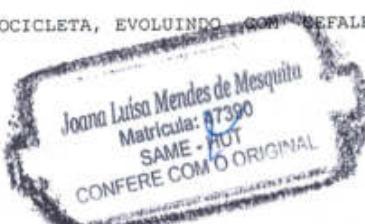
Nome: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA		Prontuário: 104549
Mãe: JOVELINA PEREIRA DE OLIVEIRA	Pai: RAIMUNDO PEREIRA DE OLIVEIRA	
End. Resid.: R CORREIA DO COUTO 2443 - PARQUE IDEAL - TERESINA - PI - CEP:	-	
Nascimento: 17/01/1955	Idade: 64a7m10d	Sexo: Masculino
Responsável: O MESMO	CNS: 898002370171989	
Profissão: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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

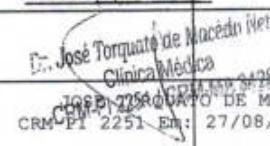
Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
QUEDAS	Dor moderada	Amarelo
Breve História Clas. Risco: Paciente relata queda de moto há 1 dia com pancada na cabeça, refere cefaléia e vômito. Nega alergia medicamentosa e comorbidades. PA:155/95mmHg, pulso:71		RENATA HANNA PESSOA SAMPAIO 485355 Em: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

SSVV: (Hora: ____ : ____)				
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bmp	Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: QP:DOR DE CABEÇA DA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA, EVOLUINDO COM CEFALÉIA , HD: CEFALÉIA				
				
Diagnóstico Inicial: ?		CID:		

Exames Complementares: RX DO CRANIO	
--	--

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

Motivo da Alta/Encerramento: Encaminhado para Medicação	DATA: 27/08/19	HORA: 09:56:26
--	----------------	----------------

Assinatura Paciente ou Responsável	
------------------------------------	--



SSVV:

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

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

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

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

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

TC DE CRANIO

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

COMORBIDADE:

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

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

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

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

Dr. Fernando Moraes
Médico
014-PI 7551

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

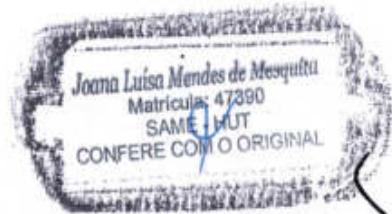




NOME DO PACIENTE: Antônio Pereira de Oliveira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 520996

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUIR 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

Neurólogia

Mod: 27/08/2019 14:28:07

User: ISMAEL MAURIZ

(Estação: CONSULPA03)

OK

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Classificação: Alteração súbita da consciência	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: ENCAMINHADO DA UPA-RENASCENÇA, C HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ + 24H. RELATO DE TCE, CEFALÉIA, NÁUSEAS, MAL ESTAR, DESORIENTAÇÃO. (SIC) ECG=14 NÃO FAZIA USO DE CAPACETE. (SIC)		CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 136833 Em: 27/08/2019 14:08:27

SSVV: (Hora: ____ : ____)
Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m ² Pulso: bmp Pressão: mmHg
Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta: PACIENTE REGULADO DA UPA DO RENASCENCA, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, EM TERESINA HA APROXIMADAMENTE 24H, RELATA ESTAR DE CAPACETE NA HORA DO ACIDENTE. AO EXAME NAO CONSEGUIU-SE PRECISAR SOBRE PERDA DE CONSCIENCIA, (HISTÓRIA CONFUSA). NEGOU VÔMITOS APESAR DAS NAUSEAS, NEGA OTORRAGIA OU RINORRAGIA. REFERE CEFALÉIA DE FORTE INTENSIDADE HOLOCRANIANA. A: VIA AEREA PERTURBA. DEAMBULANDO, T'RAX NORMO EXPANDIDO SIMETRICO B: MV+, SRA, SAT Q2: 96% C: FC= 70BPM ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE D: GLASGOW 15 E: SEM ESCORIACOES
TOLOGRAFIA REALIZADA DATA: 27/08/19 HORA: 14:58:16 EXAME: CERATO TECNÓLOGO: <i>[Assinatura]</i>
Diagnóstico Inicial: ?
CID: 3030400 92

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

Prescrição Médica:
<i>[Assinatura]</i> Joana Luisa Mendes de Mesquita Matrícula: 47390 SAME - HUT CONFERE COM CLORICINA

Motivo da Alta/Encerramento:
Observação (Adulto)
DATA: 27/08/19 HORA: 14:50

Assinatura Paciente ou Responsável: <i>[Assinatura]</i>
Enfermeira: <i>[Assinatura]</i>
CRM: 4712 Em: 27/08/2019 14:28:06
<i>[Assinatura]</i>



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

236873

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
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	246073

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA	6 - Prontuário: 520996		
7-CNS: 898002370171989	8-Nascimento: 17/01/1955	9-Sexo: Masculino	RG: 1113997 - SSP PI
11-Mãe: JOVELINA PEREIRA DE OLIVEIRA			12-Fone: 86-99914-944
13-Resp: ESPOSA-ALBERTINA DE OLIVEIRA			14-Cor: Parda
15-Ender: RUA CORREIA DO COUTO N°2443, PARQUE IDEAL - PARQUE IDEAL - CEP: 64000-010			
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100	18-UF: PI	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NAO CONSEGUIU-SE PRECISAR SOBRE PERDA DE CONSCIENCIA, (HISTORIA CONFUSA). NEGOU VÔMITOS APESAR DAS NAUSEAS, NEGA OTORRAGIA OU RINORRAGIA. REFERE CEFLEIA DE FORTE INTENSIDADE HOLOCRANIANA.

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

AS ACIMA

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

EXAME CLÍNICO + TC DE CRÂNIO

23-Diagnóstico Inicial: Outros traumatismos intracranianos	24-CID Prin: S068	25-CID Sec.: 	26-CID C.Ass.:
---	--------------------------	----------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0303040092	27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)	Tempo SUS 7
29-Clinica:	30-Caráter: 02 Ident.: 01 31-Docum.: 02 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 963.249.613-20	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA	34-Data Solicitação: 27/08/2019	Dr. Marcus Vinícius O. dos Santos CRM-3950 Coordenador - Neurocirurgia Hospital de Urgência de Teresina HUT/SES/CAFIMBO 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	42-CNPJ Empresa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOR:
38-(<input type="checkbox"/>) 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

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 17/08/19	50 - Assessoria, Editoria, Dados/MS, Conselho Jose de Ribamar Santos Filho Assessoria: 170800033260002 Número Local: 738203 Consulta SUS: 2015-170800033260002 Impressão: 27/08/2019 15:45:25
48-Documento: (<input type="checkbox"/>) CNS (<input type="checkbox"/>) CPF	49-Num. Documento:	

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Albertina de O. Sousa

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 236879 AIH: 2219101853310
FORMA DE ENTRADA: PRÓPRIO ESTABELECIMENTO	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO DE TCE

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSITICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME DE IMAGEM :TC DE CRANIO / EXAME CLINICO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAU MÉDIO

LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

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

ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA
CPF: 96324961320

CRM:

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

27/08/2019

DATA ADMISSÃO

27/08/2019 13:54

DATA ALTA

30/08/2019 09:00

MOTIVO ALTA

ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU 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)) ANTONIO CASTELO BRANCO DE DEUS CPF: 01309423326	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / CRM: DATA ANALISE: 27/08/2019 15:48:36
CRM:	CRM: DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Atendimento	Pontuário:	Pacientes:	Dt.Nasc.	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
246073	520996	ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA	17/01/1955	CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 212	LEITO 10	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS
Evolução: Hora:	<i>6/8/2019 14:44:00</i>	<i>Chá jujuba</i> <i>Com:</i> <i>Alto Risco</i>		Alergias:	Diagnóstico/Comorbidades:		
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:
	ORAL TIPO BRANDA,						
Dietá							
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FÍSIOLOGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h		
2	RANTIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 18ML DE AD	50,00	mg	EV	8/8h		
3	DIPRITONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2 ML + 18ML AD	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD	
4	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV	1,00	Ampola	EV	8/8h	SF 0,9%	
5	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML+ 8ML AD DE 8/8H EM CASO DE NAUSEAS OU VÓMITOS	1,00	Ampola	EV	SN	AD	
6	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	SN		
7	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN	AD	
8	CAPOPRIL 25MG SE P/AC 160/110MG	2,00	Comprim	Oral	SN		
9	FENTOÍNA SÓDICA 100 MG	1,00	Comprim	Oral	8/8h		

Observações Gerais:

CABECERA ELEVADA 30° + FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA + SINUS VITAS REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

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



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

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



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

Atendimento: Prontuário: Paciente: Dt. Naso: Clínica: Enfermaria: Leito: Médico Assistente:

138203 520996 ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA 17/01/1955 P/AV/URS/ 212 NO ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA

Evolução: Hora: TCE - Jornal de Observações

Diagnóstico/Comorbidades: TCE MARSHALL II

Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Disp.Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dietra	ORAL TIPO BRANDA,								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FÍSIOLOGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				06h: PRONTO PARA
2	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML+ 18AD	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD	16:30	22/08/19	(06h) JERICO SEM SINT
3	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML+ 10 AD 8/8H	50,00	mg	EV	8/8h		16:30	09/08	16:30
4	FENITOÍNA SÓDICA 50MG/ML, INJ. 5ML FAZER 2ML + 100ML SF 0,9% EV 8/8H	1,00	Ampola	EV	8/8h		16:30	09/08	09:46
5	PARACETAMOL 500MG + CODEÍNA 30MG EM CASO DE DOR DE FORTE INTENSIDADE	1,00	Comprim	Oral	6/8h	ACM			
6	TRAMADOL 50MG/ML INJ. 1ML. FAZER EM 100ML SF 0,9% EV - FAZER LENTAMENTE 8/8H	1,00	Ampola	EV	—				
7	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUITR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR DE FORTE INTENSIDADE	1,00	Ampola	EV	—				
8	CAPTOFIL 25MG SE PAS > 160 E/OU PAD > 100mmHg	1,00	Comprim	Oral	—				
9	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITACAO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	—				
10	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 8AD SE NAUSEAS OU VOMITOS	1,00	Ampola	EV	—				

Observações Gerais:
FISIOTERAPIA MOTOA E RESPIRATÓRIA
CABECEIRA 45 GRAUS
CUTAIS GENSIS E SINAIS VITais

FISIOTERAPIA MOTOA E RESPIRATÓRIA
CABECEIRA 45 GRAUS
CUTAIS GENSIS E SINAIS VITais

Antonio Carlos Souza
Neurocirurgia
Cirurgia de Coluna
CNPJ 49.320-320

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 11:04:28
http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251104279810000011484178
Número do documento: 2009251104279810000011484178



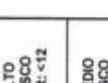
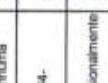
PRONTUÁRIO: 577896 IDADE: 16 ENFERMABIA/FITO:

IRAU DE DEPENDÊNCIA

MEDIÁRIOS ()ALTA DEPENDÊNCIA ()SEMI-INTENSIVOS ()INTENSIVOS DATA

ALTA DEPENDENCIA () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS DATA: 27/08/2004

ESCALA DE BRADEN:

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitado):
1) Grau 1 / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma |  | ALTO RISCO
AR: <12 |
| UNIDADE (Molhado):
Completaamente 2-Muito / 3-ocasionalmente 4-Al- |  | MEDIO RISCO
MR: 12 a 14 |
| ATIVIDADE:
Academado / 2-Cadeira e rodas / 3-Andar / Ocasionamente |  | MEDIO RISCO
MR: 12 a 14 |
| NOBILIDADE (Limitado):
Totalmente / 2-Muito / 3-Levemente / 4-Nenhuma |  | BAIXO RISCO
BR: > 14 |
| NUTRIÇÃO:
Muito ruim / 2-Bastante ruim / 3-adequada / 4-Excelente |  | CLASSIFICAÇÃO
C-22 |
| FRICÇÃO E CISALHAMENTO:
Problema / 2-Problema Potencial / 3- Nenhum Problema |  | TOAL: |

ESCALA DE MORSE (RISCO DE QUEDA):

Phone: 813-645-0555, fax: 813-645-0556, e-mail: info@buckley.com

SUSPrefeitura de
Teresina**SOLICITAÇÃO DE REGULAÇÃO**

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



<i>Este espaço deve ser preenchido pelo profissional do N.I.R</i>	
PACIENTE INSERIDO NO SISTEMA? () SIM () NÃO	
ID DO PACIENTE	
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:	



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

Pág. 1 de 1

LAUDO MÉDICO

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

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 27/08/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

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

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 27/08/2019

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

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

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 29/08/2019

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

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

(JORGE AUGUSTO)

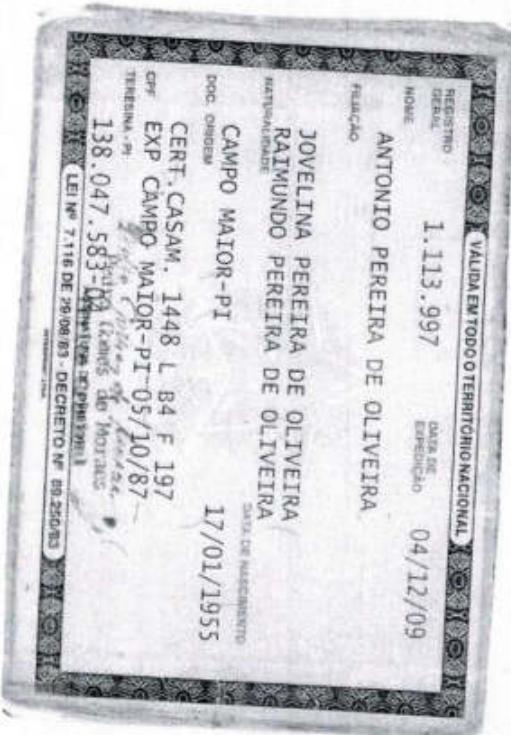
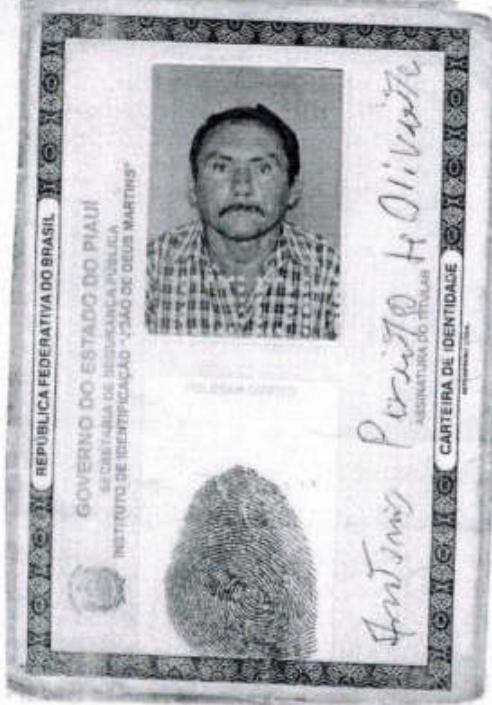
TERESINA - PI 29/08/2019

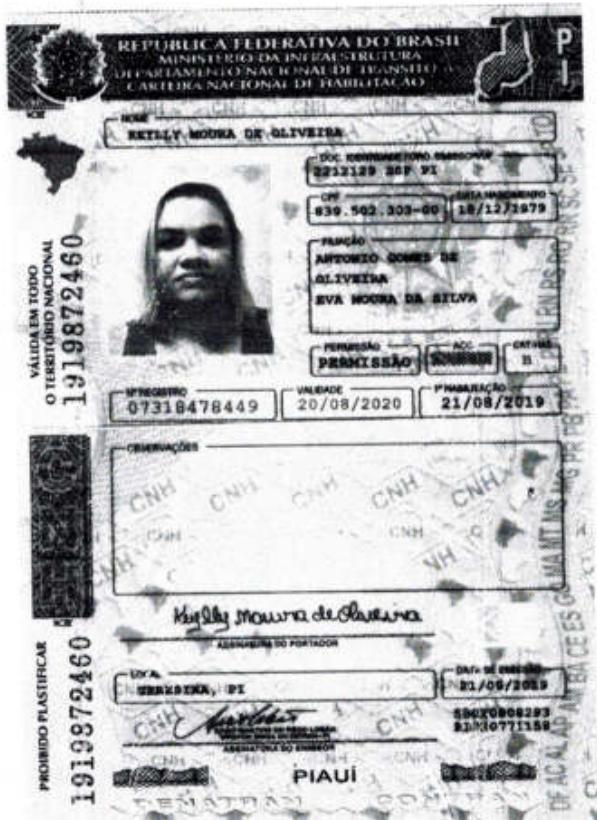
WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável







PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

NOME: Antônio Pereira de Oliveira
RG: 1.113.997 Orgão Emissor: SSP-PI
CPF: 138.047.583-04 Nacionalidade: Brasileiro
Est. Civil: Solteiro Profissão: Pedreiro
Endereço: Rua. Comunidade do conto Nº 2305
Bairro: Parque Ideal Cep: _____ Cidade/UF: _____
Telefone: (86) 9 8807-7870 ()

OUTORGADO:

NOME: Keylly Moura de Oliveira
RG: 2.212.129 Orgão Emissor: SSP/PI CPF: 839.302.303-00
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Corretora de Seguros
Endereço: Rua Vinte e Quatro de Janeiro Nº 554, Bairro: Centro Norte
Cep: 64.000-902 Cidade/UF: Teresina - PI
Telefone: (86) 9.9472.9591 (86) 9.8897.7169

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 CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo estabelecer 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: Antônio Pereira de Oliveira
CPF: 138.047.583-04 Data do Acidente: 27/08/19
Cobertura Solicitada: INVALIDEZ PERMANENTE DAMS MORTE

Teresina - Piauí 24 SETEMBRO 2019

Local e Data

Antônio Pereira de Oliveira 

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Themistocles Sampaio
Rua Leônidas Magalhães, 1228 - Centro - CEP: 64000-230 - Teresina - PI - Fone: (86) 3210-0189 - E-mail: autenticidade@cartoriothemistocles.com.br

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Fax: autenticidade@cartoriothemistocles.com.br

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA, DOU FE. EM TEST DA VERDADE.
Teresina-PI, 24/09/2019. Selo: AAJ44982-5H2T

www.tjpi.jus.br/portalexterna

KELLY DE ABREU VALVERDE-ESCREVENTE AUTORIZADA
Emol:3,85 TJ:0,77 FMMP/PI:0,10 Selo:0,26 Total:4,98 - OP:38

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

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
CONSULTE O SELO
DIGITAL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105090/20

Vítima: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 138.047.583-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/08/2019

Titular do CPF: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA : 138.047.583-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

PAOLA LARISSA BREDA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105090/20

Vítima: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 138.047.583-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/08/2019

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Titular do CPF: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA : 138.047.583-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

PAOLA LARISSA BREDA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015907/20

Vítima: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

CPF: 138.047.583-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/08/2019

Titular do CPF: ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

ANTONIO PEREIRA DE OLIVEIRA : 138.047.583-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 25/09/2020 11:04:28
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009251104279810000011484178>
Número do documento: 2009251104279810000011484178

Num. 12136994 - Pág. 34