



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

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

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO-SAME

**"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO
REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO"**



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

Neurocirurgia - 011
Clínico Geral

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

NHEO 30106020
es. 11/06/20

Imp: 29/06/2020 11:52:51
User: THIAGO DINIZ
Estação: SALAT-ADPA/1

Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

Mãe: FRANCISCA CARVALHO MOURA

Prontuário: 236562

End. Resid.: QD 56 CS 01 - BELA VISTA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010

Pai: RAIMUNDO ALVES DE MOURA

Nascimento: 29/06/1970

Idade: 50a0m0d

Sexo: Masculino

Fone: 86- 3265-6895

Responsável: MARIA DAS GRAÇAS- ESPOSA

CNS: 898002726937626

Profissão: PEDREIRO

Documento: CPF: 397.372.923-91

G. Instrução: Médio Completo

E. Civil: Casado(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 784226

Entrada: 29/06/2020 11:37:29

Convênio: S U S

Proced: 0301060029

Motivo da Procura

(Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA À PÉ (PEDESTRE)

Condução: VEÍCULO PRÓPRIO OU DE TERCEIROS

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:

TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Classificação:

Dor moderada

Cor:

Amarelo

Breve História Clas. Risco:

PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO APRESENTANDO HEMATOMA EM REGIÃO POSTERIOR DE CRÂNIO, EPISTAXE, MAL ESTAR.

FRANCISCA NILMARA DA SILVA SALAZAR
COREN: 200216
Em: 29/06/2020 11:47:01

SSVV:

(Hora: ____ : ____)

Peso: 0,00 Kg

Altura: 0,00 M

IMC: 0,00 Kg/m2

Pulso:

bpm

Pressão:

mmHg

Leixia Principal / Dados Clínicos / Conduta:

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

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

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

C) BNF, RR2T, Sem sopros, sem sangramentos importante ativo, abdômen flácido, indolor, sem irritação peritoneal, pelve estável, TEC < 3s, pulso cheios 96 bpm

D) Pupilas isofotorreagentes, glasgow 15.

E) apresenta abaulamento em topografia de crânio, sem angramento ativo

Diagnóstico Inicial:

12:50 -> politrauma. ELB17. cabeça. CID:

Exames Complementares:

(1560495) - T.C. DE CRÂNIO

(1560496) - T.C. DE FACE

sem clivista. TC: - HAT.

Prescrição Médica:

PRESCRIÇÃO REALIZADA NO FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÕES. SAME - HUT VELA ANEXO.

Elayne M. de Oliveira
SAME - HUT VELA
Confere com o Original

1101-303040092

CIN 5068

Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nesta Unidade

DATA:

* Causa Geral - A. 17.54h

Assinatura Paciente ou Responsável

Paciente com dor e abdômen

estável.

117 - Alter médica

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

Dr. Marcelo Ribeiro
CRM 4261 PI Em: 29/06/2020 11:52:48

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

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

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

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

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

EXAMES SOLICITADOS:

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

COMORBIDADE:

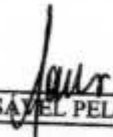
PRESSÃO ARTERIAL: 120x80(mmHg)	FREQ. CARDÍACA: 89bpm	SATURAÇÃO: 98%	FREQ. RESPIRATÓRIA: 20rpm
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: 13	USO DE O2:	

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

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


MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Ellayne Mendes R. de Oliveira
SAME HUT
Confere com o Original



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

324826

DO 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

265744

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

6 - Prontuário: 236562

NS: 898002726937626

8-Nascimento: 29/06/1970

9-Sexo: Masculino

CPF: 397.372.923-91

11-Mãe: FRANCISCA CARVALHO MOURA

12-Fone: 86- 3265-6895

-Resp: MARIA DAS GRAÇAS- ESPOSA

14-Cor: Sem Informação

-Ender: QD 56 CS 01 - BELA VISTA - CEP: 64000-010

-Munic: TERESINA

17-Cod.IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

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

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

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

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

21 - Condições que justificam a internação:
as cima

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

Diagnóstico Inicial:

Outros traumatismos intracranianos

24-CID Prin:

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

S068

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0303040092

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MÉDIO)

Tempo SUS

7

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

900.147.403-97

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR

29/06/2020

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No.Bilhete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

Elayne Mendes R. de Oliveira
SAME - HUT
Confere com o Original

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (ARIOSTO)

Consulta Local: 784226

Consulta SUS:

Impressão: 29/06/2020 13:46:31

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA ATROPELAMENTO POR VEÍCULO AUTOMOTOR. REFERE PERDA A CONSCIÊNCIA NO LOCAL. APRESENTA EPISTAXE. PACIENTE SEM DEMAIS QUEIXAS. SE DESLOCOU AO HOSPITAL DE CARRO PRÓPRIO(A) VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, SEM CREPITAÇÃO OU DOR A PALPAÇÃO EM COLUNAS CERVICAL, TORÁCICA, LOMBAR E LOMBOSSACRAB) MV+ EM AHT, SRA, SPO2 99%, SEM INSTABILIDADE TORÁCICA OU SINAIS DE FRATURA DE COSTELAS(C) BNF RR21, SEM SOPROS, SEM SANGRAMENTOS IMPORTANTE ATIVO, ABDÔMEN FLÁCIDO, INDOLOR, SEM IRRITAÇÃO PERITONEAL. PULVE ESTÁVEL, TEC<35, PULSO CHEIOS 96 BPM(D)

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS CIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAU MÉDIO

LEITO/CLÍNICA NEUROLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JOAQUIM BARROSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR CPF: 90014740397
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 29/06/2020
DATA ADMISSÃO 29/06/2020 11:37	DATA ALTA 02/07/2020 10:00
MOTIVO ALTA ALTA MELHORADO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIA DE FATIMA DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 09623442300	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA Elayne Mendes R. de Oliveira SAME HUT Confere com o Original
CRM:	DATA ANÁLISE: 29/06/2020 14:30:13

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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

PRESCRIÇÃO INICIAL No.: 128830 - Em: (02/07/2020)

Atendimento:	Prontuário:	Paciente:	Dt. Nasc./Id:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
265744	236562	FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA	29/06/1970 50a080d	POSTO 3	ENFERMARIA 110A	LEITO 21	ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA
Evolução:		TCE		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:	
Hora:		Elaque Mente R. de		TCE - HSAT			

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

Seq.:	Descrição/Prescrição/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
1	DIETA CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				
2	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG	1,00	Comprim	Oral	8/8h				
3	CHEPARAZOL 20MG PELA MANHÃ EM JEJUM	1,00	Cápsula	Oral	24/24h				
4	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML, DILUIR EM 8ML DE AD - FAZER DE 6/6H EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	SN		AD		
5	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML, FAZER 2ML+ 8ML AD DE 8/8H EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	SN		AD		
6	CAPTROPIL 25MG SE P&V 160/110MMHG	2,00	Comprim	Oral	SN				
7	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML, EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	SN				
8	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL, FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 8/8H	1,00	Ampola	EV	8/8h		SF 0,9%		
9	MORFINA, 10MG/ML, INJ. C/1ML, DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN		AD		



PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE

FILIO DA SILVA, L. MARA

PRONTUÁRIO

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

-) hipertensão -) hipertensão

236562

DATA DE NASCIMENTO

DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:

CLÍNICA

P03

ENF. ou APT. L.E.

AD L. A.

MÉDICO ASSISTENTE

NEURO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

1. Dieta ~~própria~~

2. SF 0,9% (200ml EV dia)

KCl 10% - 10ml/soro

3. Omeprazol 20mg - 01 comp VC pela manhã

4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV (SOS)

5. Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)

6. Fenitoína 2ml + 18ml AD EV 8/8h

7. Haldol 1amp IM (SOS)

8. Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h (SOS)

9. Dimorf 10mg + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h ACM

10. SSV 6/6h

11. Anal

12. Anal

MÉDICO/CRM:

13- capto/ml

25mg

De

Amor =

100ml/ml

Adm. Altes Ribeiro

Adm. Altes Ribeiro

Adm. Altes Ribeiro

Adm. Altes Ribeiro

Adm. Altes Ribeiro

Adm. Altes Ribeiro

Adm. Altes Ribeiro

Adm. Altes Ribeiro

Adm. Altes Ribeiro

Adm. Altes Ribeiro

NOME: FRANCISCO DOS SANTOS CARRENS AFRANHO PRONTUÁRIO: 236569

ENFERMARIA/LEITO: 30121

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS: () MÍNIMOS () INTERMEDIÁRIOS () ALTA DEPENDÊNCIA () SEMI-INTENSIVOS () INTENSIVOS

Data: 29/06/2020 HORA: 8:30 () EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (X) ADMISSÃO

1. Estado Mental: (X) Consciente () Orientado (X) Desorientado () Afático () Distático
() Torporoso () Sonolento - Glasgow:

2. Sono e Repouso: (X) Satisfatório () Insatisfatório

3. Locomoção: (X) Deambula () Acamado () Restrito ao leito por orientação ()
Cadeira de rodas () Paratésia () Plegia () Hemiparesia ()
() Déficit Motor

4. Respiração: (X) Eupneico () Dispneico () Taquipneico () Ortópneico () TQT
(X) Sem O₂ () Com O₂:

5. Sistema Cardiovascular: () BNR () BNF () 2T () Normocárdico
() Taquicárdico () Bradicárdico () Outros:

6. Dieta: (X) VO () SNE/SNG () SOE/SOG () GTT () NPT () Dieta zero
() Boa aceitação (X) Aceita Parcialmente () Não aceita () Outros:

7. Abdômen: (X) Plano () Globoso () Distendido () Flácido () Rígido/Tenso
() Timpânico () Doloroso (X) Indolor () Outros:

8. Pele e mucosas: (X) Normocrada () Hipocrada () Ictérica () Integra
() Edema/Anasarca () Hidratada () Escoriações () Lesões () LPPs

9. Higiene: (X) Satisfatória () Insatisfatória () JAVC
10. Hidratação: (X) AVP () JAVC

11. Drenos: () Suctor () Torácico () DVE () Kher
() Penrose () Outros:

12. Diurese: (X) Espontânea () Dispositivo Urinário () SVD () Anúria
() Normal () Reduzida () Hematuria () Colúria () Disúria

13. Evacuações: (X) Presentes () Ausentes dias () Diarreia
() Melena () Colostomia () Ileostomia () Outros:

14. Admissão: Procedência: SAU VERDE
14.1: Alergias: (X) Não () Sim, Quais?

14.2: Cirurgia anterior: () Não (X) Sim Cirurgia Urinária via Abdominal
14.3: Comorbidades: (X) Nega () DM () HAS

14.4: Medicamentos de uso contínuo:
14.5: Vícios: (X) Não () Sim

14.6: TESTE RÁPIDO COVID (X) SIM () NÃO SR - negativo

Paciente segue em repouso no leito. Segue apresentando sinais vitais estáveis.

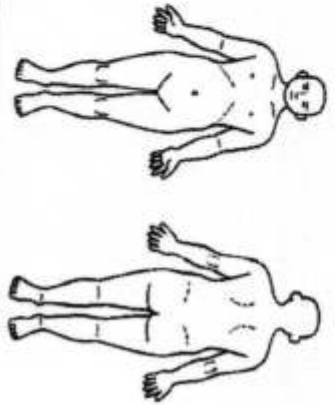
Corren - PI 177.884
Enfermeira
Corren - PI 177.884

SINAIS VITAIS						ENTRADAS			SAÍDAS		
HORA	T	P	R	PA	SAT.O2	GLIC. CAP.	HV	HEMO	SONDA/ ORAL	DIURESE	DRENO
12											
18											
24											
06											

MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"

MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"

ESCALA DE BRADEN:	PONTOS:	CONTROLE:
PERCEÇÃO SENSORIAL (Limitação): 1-Totalmente 2-Muito 3-Levemente 4-Nenhuma	5	ALTO RISCO AR: 6 A
UMIDADE (Limitação): 1-Constantemente 2-Frequentemente 3-Ocasionalmente 4-Raramente	3	MÉDIO RISCO MR: 12 a 14 BAIXO RISCO BR: 15 a 16
ATIVIDADE: 1-Acamado 2-Cadeira rodas 3-Anda Ocasionalmente 4-Anda Frequentemente	3	SEM RISCO SR: 17 a 23
MOBILIDADE (Limitação): 1-Tratamento 2-Muito 3-Levemente 4-Nenhuma	3	TOTAL: 18
NUTRIÇÃO: 1-Muito pobre 2-Inadequada 3-Adequada 4-Excelente	3	CLASSIF: 3
FRICÇÃO E CISALHAMENTO: 1-Problema 2-Problema Potencial 3-Nenhum Problema	3	



ESCALA DE MORSE - RISCO DE QUEDA (EQM):		PONTOS:	CONTROLE:
1. HISTÓRICO DE QUEDAS RECENTES (< 1 ano) - FATOR FISIOLÓGICO: SIM - 25 / NÃO - 0		0	SEM RISCO SR: < 10
2. DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO (Médico ou de Enfermagem que possa contribuir para queda: SIM - 15 / NÃO - 0)		0	
3. AUXÍLIO NA DEAMBULAÇÃO: Medicamentos - 30/ Muletas/Bengalinas/Andador - 15/ Nenhum/Acamado/Auxílio Profissional Saúde - 0		0	BAIXO RISCO BR: 10 a 24
4. TERAPIA ENDOVENOSA (contínua ou intermitente): SIM - 20 / NÃO - 0		20	
5. MARCIA: Comprometimento/Andador - 20/ Fraca - 10/ Normal/Sem desequilíbrio, acamado, cadeira de rodas - 0		0	MÉDIO RISCO MR: 25 a 40
6. ESTADO MENTAL: Superficial/Esquece limitação relativo a sua capacidade de andar - 15/ Orientado quanto a sua capacidade/limitação de andar - 0		0	ALTO RISCO AR: > 40
OBS: Paciente tetraplégico, em coma, sedado ou sem atividade motora não se aplica a EQM		0	
TOTAL:		0	CLASSIFICAÇÃO:



LAUDO MÉDICO

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

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 29/06/2020

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

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

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 29/06/2020

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

Ellayne Mendes de Oliveira
SAME HUT
Confere com o Original



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

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

Cod. SIA: 0206010028

RELATÓRIO:

T.C. DE COLUNA LOMBO-SACRA

Data Exame: 29/06/2020

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

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 29/06/2020

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM
Profissional Responsável

Elayne Mendes de Oliveira
SAME HUT
Confere com o Original

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

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

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 01/07/2020

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

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

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 01/07/2020

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável

Elayne Mendes de Oliveira
 SAME - HUT
 Confere com o Original

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PI

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1750520925

NOME
FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

DOC. EMITIDOR(ES) E EMISSÃO
1033312 SSP PI

UF
397.372.923-91

DATA NASCIMENTO
29/06/1970

FILIAÇÃO
RAIMUNDO ALVES DE MOURA
FRANCISCA CARVALHO MOURA

PERMISSÃO
ACD
CAT. 01

CPF
02717092385

VALIDADEZ
13/12/2023

EMISSÃO
26/11/2002

RESERVAÇÃO
A
ZAR

Assinatura do Portador

LOCAL
TERESINA, PI

DATA DE EMISSÃO
02/01/2019

Assinatura do Diretor

46504560252
PI320698516

PROIBIDO PLASTIFICAR
1750520925

PIAUI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: Trauma cranioencefalico

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

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

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/10/2020

Conduta mantida:

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

DANOS

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

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200356427

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

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

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP/PI / 1033212

Data e local do acidente: 29/06/2020 - Teresina/PI

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

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

TCE

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

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

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

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

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

Sim

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

Sim

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

SEQUELAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

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

Dano cognitivo-comportamental alienante - Leve - 25%

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



Dr. Adriel Ledo
CRM: 100.100.100.100
Ortopedia e Traumatologia
Grupo de Uniao e Colab.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0281211/20

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MO

CPF: 397.372.923-91

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 29/06/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA : 397.372.923-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200356427

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

Data do Acidente: 29/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200356427

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

Data do Acidente: 29/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

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

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

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano

cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000000405-7

Conta: 000000115046-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 397.372.923-91 4 - Nome completo da vítima: Francisco das Chagas Lavalho Moura

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

5 - Nome completo: Francisco das Chagas Lavalho Moura 6 - CPF: 397.372.923-91
7 - Profissão: Recebe-me 8 - Endereço: R. Portal da Alegria IV Q 32 9 - Número: 33 10 - Complemento:
11 - Bairro: Portal da Alegria 12 - Cidade: Ceresina 13 - Estado: MA 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (86) 8814-0400

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

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

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

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco Bradesco
AGÊNCIA: 0405 CONTA: 0815046 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (vivo(s))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Ceresina, MA, 19/09/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Francisco das Chagas Lavalho Moura

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00040273/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 30/09/2020 16:07:46 Data/Hora Fim: 30/09/2020 16:07:46

Origem:

Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

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

Local do Fato

Município: Teresina (PI)

Bairro: Bela Vista

Logradouro: RUA IRMÃ ALZIRA DE CARVALHO

Tipo do Local: Via Pública



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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA (COMUNICANTE , VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 29/06/1970	Idade 50
Profissão: Pedreiro			
Estado Civil: Casado(a)		Naturalidade: Teresina - PI	
Nome da Mãe: Francisca Carvalho Moura			

Documento(s)

CPF: 397.372.923-91

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: QUADRA 56, CASA 1

Bairro: Bela Vista

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
Nacionalidade: Brasileira

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição motocicleta	Veículo Adulterado? Não
Situação Meio Empregado	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

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



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

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00040273/2020

ASSINATURAS


Almirallice Ribeiro Lebre Carlos

Escritório
Matrícula 0097616

Responsável pelo Atendimento


Francisco das Chagas Carvalho Moura

Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (única) 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 Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Erika Mourao Melo de Aguiar

Delegado de Polícia

Matrícula 1300768

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 397.372.923-91 4 - Nome completo da vítima: Francisco das Chagas Lavalho Moura

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

5 - Nome completo: Francisco das Chagas Lavalho Moura 6 - CPF: 397.372.923-91
7 - Profissão: Recebe-me 8 - Endereço: R. Portal da Alegria IV 832 Casa 33
11 - Bairro: Portal da Alegria 12 - Cidade: Ceresina 13 - Estado: MA 14 - CEP: 64000-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (86) 8814-0400

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Banco Bradesco
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0405 CONTA: 0815046 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ 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 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Ceresina, MA, 19/09/2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00405-7

CONTA: 000000115046-4

Nr. Autenticação

BRADESCO2710202005000000000023700405000000115046337500 PAGO

