



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

NOME DO PACIENTE: F^{co} das Chagas Corvalho Mora

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 236 562

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"**

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA		<u>Prontuário:</u> 236562
<u>Mãe:</u> FRANCISCA CARVALHO MOURA	<u>Pai:</u> RAIMUNDO ALVES DE MOURA	
<u>End. Resid.:</u> QD 56 CS 01 - BELA VISTA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 29/06/1970	<u>Idade:</u> 50a0m0d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86- 3265-6895
<u>Responsável:</u> MARIA DAS GRAÇAS- ESPOSA	<u>CNS:</u> 898002726937626	
<u>Profissão:</u> PEDREIRO	<u>Documento:</u> CPF: 397.372.923-91	
<u>G. Instrução:</u> Médio Completo	<u>E.Civil:</u> Casado(a)	
<u>OS DO ATENDIMENTO:</u>		
<u>Código:</u> 784226		

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		
ADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

<u>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:</u>		
<u>Sinal/Sintoma de Apresentação:</u> TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	<u>Classificação:</u> Dor moderada	<u>Cor:</u> Amarelo
<u>Breve História Clas. Risco:</u> PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO APRESENTANDO HEMATOMA EM REGIÃO POSTERIOR DE CRANIO, EPISTAXE, MAL ESTAR.	FRANCISCA NILMARA DA SILVA SILVA COREN:200216 Em: 29/06/2020 11:49:31	
<u>SSVV:</u> Peso: 60,00 Altura: 1,60 Sexo: F Data: 29/06/2020	(Hora: ____ : ____)	

Res: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m² Pulso: bmp Pressão: mmHg
Saída Principal / Dados Clínicos / Conduta:
Paciente vítima atropelamento

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 périvas, 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:

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

PREScrição realizada no formulário de prescrições
Elayne M. de Oliveira
SAME - HUT veja anexo.
Confere com o original

Motivo da Alta/Encerramento:

Internação nessa Unidade

* *Cimexa* Gest - A, 17:54h

DATA:

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

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

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 URGENCIA 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 NAO 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

*Elayne Meneghini R. de Oliveira
SAMU HUT
Confere com o Original*

*Elayne Meneghini R. de Oliveira
SAMU HUT
Confere com o Original*



**DO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

324826

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT2-CNES
5828856Código da
Internação:

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT4-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
11-Mãe:	FRANCISCA CARVALHO MOURA			CPF:	397.372.923-91
-Resp:	MARIA DAS GRAÇAS- ESPOSA			12-Fone:	86- 3265-6895
-Ender:	QD 56 CS 01 - BELA VISTA - CEP: 64000-010			14-Cor:	Sem Informação
-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 pélvias, 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:	24-CID Prin:	25-CID Sec.:	26-CID C.Ass.:
Outros traumatismos intracranianos	S068		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.:	27-Procedimento Solicitado:	Tempo SUS
0303040092	TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MÉDIO)	7
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01	31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: CPF 900.147.403-97
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:	35-Ass.Carimbo Med.Sol. (CRM)
JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR	29/06/2020	

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	Eliayne Mendes R. de Oliveira		
38-(<input type="checkbox"/>) Acidente Trabalho Trajeto	42-CNPJ Empresa:	SAME - HDT Confere com o Original	43-CNAE Empresa:
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		44-CBOR:

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado:	47-Data Autorização:	50-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)
48-Documento:	49-Num. Documento:	
(<input type="checkbox"/>)CNS (<input type="checkbox"/>)CPF		
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 FRANCISCA CARVALHO MOURA	RESPONSÁVEL O MESMO		
CEP 64320000	ENDEREÇO - LOGRADOURO CIDADE	NUMERO / LOTE 175		
BAIRRO CENTRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO PIMENTEIRAS	UF	PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA ATROPELAMENTO POR VEICULO AUTOMOTOR. REFERE PERDA A CONSCIENCIA NO LOCAL. APRESENTA EPISTAXE. PACIENTE SEM DEMAIS QUEIXAS. SE DESLOCOU AO HOSPITAL DE CARRO PROPRIO) VIAS AÉREAS PERTURBADAS, SEM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, SEM CREPITAÇÃO OU DOR A PALPACAO EM COLUNAS CERVICAL, TORÁCICA, LOMBAR E LOMBOSSACRAL) MV+ EM AHT, SRA, SPO2 99 %, SEM INSTABILIDADE TORÁCICA OU SINAIS DE FRATURA DE COSTELAS(BNF, RR21, SEM SOPROS, SEM SANGRAMENTOS IMPORTANTE ATIVO, ABDÔMEN FLACIDO, INDOLOR, SEM IRRITAÇÃO PERITONEAL, PELVE ESTÁVEL, TEC < 3S, PULSO CHEIOS 96 BPMDI)

CONDICÕES 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 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAU MEDIO

LEITO/CLÍNICA NEUROLOGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))			
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	JOAQUIM BARBOSA DE SOUSA E SILVA JUNIOR CPF: 90014740397	CRM:

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

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

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 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	29/05/1970 50a0m0d	POSTO 3	ENFERMARIA 110A LEITO 21	ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA	
Evolução:	Hora:				Alergias:		

Ellume Mente com o R.I.	Ellume Mente com o R.I.
TCE	G-15

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

Seq. :	Descrição/Representação/observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil.Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL TIPO 2								
1	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	OMEPRAZOL 20MG PELA MANHÃ EM JEJUM	1,00	Cápsula	Oral	24/24h				
4	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. DILUTR EM 8ML DE AD - FAZER DE 6/6H EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	SN				
5	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML+ 8ML AD DE 8/6H EM CASO DE NAUSÉAS OU VÓMITOS	1,00	Ampola	EV	SN				
6	CAPTOPRIL 25MG SE PAS 160/110MG	2,00	Comprim	Oral	SN				
7	HALOPERIDOL 5MG/2ML, 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 8/6H	1,00	Ampola	EV	8/8h				
9	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUTR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN				

10 AD

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE

Flávia Chacon L. Yang

PRONTUÁRIO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

-)

Alergias

2020

-)

Medicamentos

-)

Alergias

NOME: FRANCISCO DAS CHAMAS CARNALHE

ENFERMIERAS

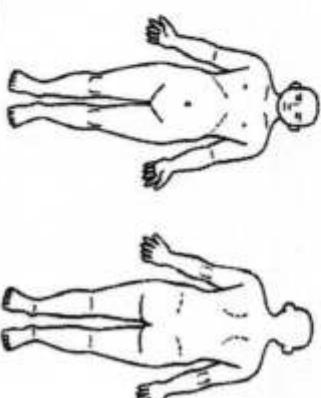
ENFERMARIA/LETO: **330** | **25**

GRAU DE DEPENDÊNCIA DE CUIDADOS:

ESTRUCTURA DE LA INDEPENDENCIA / SEMINARIOS / INTENSIVOS

ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE BRADEN:		PONTOS:	CONTROLE:
PERCEPÇÃO SENSORIAL (Limitação):	1-Totamente/ 2-Muito/ 3-Eventualmente/ 4-Nenhuma		
UMIDADE (Molhado):	1-Constantemente/ 2-Frequentemente/ 3-Ocasionalmente/ 4-Raramente	3	ALTO RISCO AR: 5 A 11
ATIVIDADE:	1-Acamado/ 2-Cadeira rodas/ 3-Anda Ocasionalmente/ 4-Anda Frequentemente	3	MÉDIO RISCO MR: 12 a 14
MOBILIDADE (Limitação):	1-Tratamento/ 2-Maior/ 3-Levemente/ 4-Nenhuma	3	BAIXO RISCO BR: 15 a 18
NUTRIÇÃO:	1-Maior/ 2-Inadequada/ 3-Adequada/ 4-Excelente	3	SEM RISCO SR: 17 a 22
FRICÇÃO E CÍSALHAMENTO:	1-Problema/ 2-Problema Potencial/ 3-Nenhum Problema	3	TOTAL: 18
		3	CLASSIF: 3R



MARCAR ÁREAS LESIONADAS COM "X"



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: SUS

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

Elayne Mendes de Oliveira
 SAME HUT
 Confere com o Original



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: S U S 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

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

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
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.

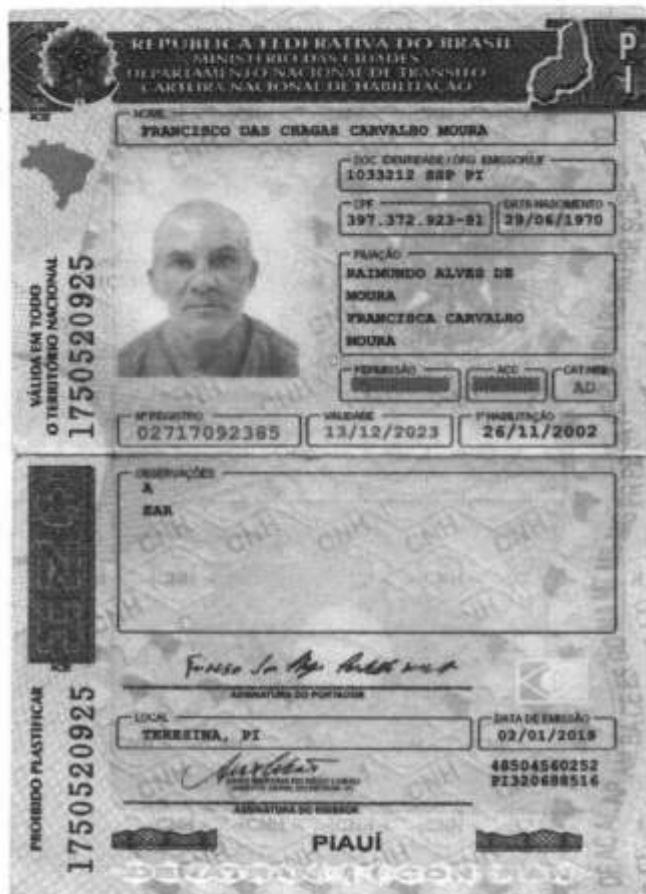
(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 01/07/2020

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000
 Profissional Responsável

Ellayne Mendes de Oliveira
 SAME - HUT
 Confere com o Original



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 crânioencefálico

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 (DÉFICIT COGNITIVO, COM PERDA DE FORÇA MUSCULAR DO DÍMIDO 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 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.

IV. Nexo 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 (*)

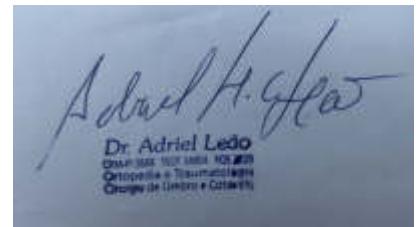
("Vítima em tratamento"

("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 ás 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:



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0281211/20

Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MO

CPF: 397.372.923-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/06/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO DAS CHAGAS CARVALHO MOURA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

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, 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

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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

4 - Nome completo da vítima:

297.372.923-91

6 - CPF:

397.372.923-91

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 Maura

6 - CPF:

397.372.923-91

7 - Profissão:

Revisor de Portal da Alegria IV Q 32

8 - Endereço:

9 - Número:

33

11 - Bairro:

Portal da Alegria

12 - Cidade:

Caxenina

13 - Estado:

Piauí

14 - CEP:

62000-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(86) 8814-0400

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:


 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

 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:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0405

CONTA: 0115046

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Lider 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 Sim
 Não teve filhos?

 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

 30 - Vítima deixou
nascer Sim
 Não

 Sim
 Não

 31 - Vítima
teve irmãos? Sim
 Não

 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 33 - Vítima deixou Sim
 Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

 Teresina, Piauí, 19/09/2020.
 Francisco das Chagas Lavalho Maura

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
PÓLICIA 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 Aguilar



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)			
Nome da Mãe: Francisca Carvalho Moura	Naturalidade: Teresina - PI			

Documento(s)

CPF: 397.372.923-91

Endereço

Município: Teresina - PI
Logradouro: QUADRA 56, CASA 1
Bairro: Bela Vista

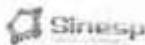
Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPPOSTO AUTOR/INFRATOR)
Nacionalidade: Brasileira

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Descrição: motocicleta	Veículo Adulterado? Não
Situação: Meio Empregado	
Nome Envolvido	Envolvidos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

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



Impresso por: Admiralice 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
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00040273/2020

ASSINATURAS

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos
escrivão
Matrícula 0097816
Responsável pelo Atendimento

Francisco das Chagas Carvalho Moura
Francisco das Chagas Carvalho Moura
Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) (meu) responsável pelas informações acima assentadas e sou eu que poderão responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 328-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Erika Moura 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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

397.372.923-91

4 - Nome completo da vítima:

Francisco dos 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 dos Chagas Lavalho Moura

6 - CPF:

397.372.923-91

7 - Profissão:

Revisor de R\$ Portal da Alegria IV Q 32

8 - Endereço:

9 - Número:

33

11 - Bairro:

Portal da Alegria

12 - Cidade:

Caxemira

13 - Estado:

Piau

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\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0405

CONTA: 0115046

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 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

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

Não

30 - Vítima deixou nascituro (meirão)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Teresina, Piauí, 19/09/2020.

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

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

Francisco dos Chagas Lavalho Moura

Francisco dos Chagas Lavalho Moura

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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

BRADESCO27102020050000000002370040500000115046337500 PAGO

equatorial
ENERGIA

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO:

SEU CÓDIGO

1252933-8

EQUATORIAL PIAUÍ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 09.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.303-5
Venda Física / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Beginer especial da impressão autorizada pelo SERIAD 06/98

Nº da Nota Fiscal

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pelo Lei nº 10.439 de 2002.

29642962

CONTA MÊS

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

JUNHO/2020

09/06/2020

147

129,58

MARTA DAS GRACAS DE CARVALHO MOURA
RS PORTAL DA ALEGRIA IV 5/N - 90 32 CASA 33
CEP: 64.000-000 - TERESINA

DATA DA LEITURA

ROT: 2.001.26.32.040200

Anterior:

15099

Anterior:

02/06/2020

Constância de Multiplicação:

14952

Próxima Leitura:

04/05/2020

Consumo Médio:

1.000

Emissão:

02/07/2020

Consumo Faturado:

147

Apresentação:

01/06/2020

Forma de Faturamento:

147

Data de Conta:

02/06/2020

MEDIA 12M DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse: MEDIA 12M Número Medidor: Posto: Código Pct: 29

RESIDENCIAL

Mono

A1395645

DESCRIÇÃO DA CONTA

1.1.1.1

147

MAI/20 147

ABR/20 145

MAR/20 132

FEV/20 131

JAN/20 132

DEZ/19 153

NOV/19 249

OUT/19 117

SET/19 113

AGO/19 136

TARIFAS GEN TRIBUTOS:

0 A 147 - 0,615310

CONSUMO

147 A R\$ 0,807717 =

118,73

10,85

CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85

0,807717 =

118,73

10,85