



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Acioniano Rego machado do Nascimento, portador(a) do

RG nº 1.922-810, expedido por SSP-PR, em

09/05/97, CPF/CNPJ nº 980.294.363.00,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) MAURICIO

SOUSA DE ARAUJO do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima MAURICIO SOUSA DE ARAUJO, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

07 AGO 2017

Acioniano Rego machado do Nascimento
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DIONIZIA SOUSA DE ARAUJO

RG nº 576.634, data de expedição 18/10/1988

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 39440346353, com

domicílio na cidade de ALTOS, no Estado de

PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LC BOA HORA, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima MAURICIO SOUSA DE ARAUJO cujo o condutor era

MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Veículo: MOTO

Modelo: CG 150 TITAN ES

Ano: 2005 2005

Placa: LUX-7432

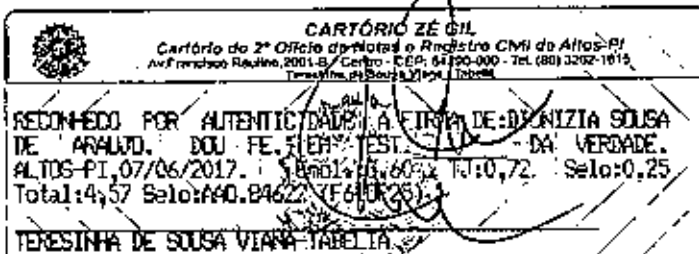
Chassi: 9C2KC0850SR813285

Data do Acidente: 26-04-2017

Local e Data: Altos/PI, 07/06/2017

Dionizia Sousa de Araujo
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO ZÉ GIL
2º Ofício de Notas 07 AGO 2017
Teresinha de Sousa Vianna
Tabelia
Altos-PI



DATA: 26/01/17 HORÁRIO: 20:54 hs

Documentação médica - hospitalar



Ficha de Pronto-Atendimento

NOME: Maurício Sousa de Araújo CNS: _____
IDADE: 40a DATA DE NASC: 10/03/76 SEXO: M NATURALIDADE: Teresiana - PE
PROFISSÃO: Segurança EST. CIVIL: Solteiro CONTATO: _____
ENDEREÇO: R-24 de fevereiro - n: 2214 - B. São Lourenço
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: Maria Luíza Araújo de Araújo

MOTIVO DO ATENDIMENTO: Trauma

() Clínico () Obstétrico () Cirúrgico () Pediátrico () Psiquiátrico () Violência (x) Acidente

SINAIS VITAIS: FC 86 FR _____ PA 100x70 Tax. _____ GLICEMIA 122 SatO₂ 99

Queixa Principal: Dores agudas
Anamnese: Paciente vítima de acidente de trânsito com TCE + torção
na D. Concomitante, porém desorientado ante o acontecimento.
Trabalha CERAS 2017 012616230
Grupo HV: 26012017040.

Glasgow: 12

Victor Hugo Araújo
Eletromed
CRM 340.070

Exame Físico _____

Hipótese Diagnóstica _____

Destino do Paciente: () Ambulatório () Observação () Internação (x) Transferência

Conduta/prescrição: Transf. HV

07 AGO 2017

Dr. José Dantas de Araújo Junior
CRM 1902

dm

Diagnóstico Médico por Imagem

Laudo Médico

C.I.A. 10 = 506-3

paciente Maurício Sousa de Araújo tem história de acidente de trânsito em 26/01/17, com traumatismo craniocéfálico e foi operado da cabeça no HCT.

A CT de crânio atual tem laudo de traumatismo temporário direita e gliose temporal direita. O EEG foi normal.

Vem usando Fenitoina 400mg noite.

THE 17/05/17

Rua Álvaro Mendes, 2256 • Fone/Fax 3221-0099 • Teresina - Piauí

07-AGO-2017



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Maurício Sousa de Araújo
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 433869

07 AGO 2017

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 3229 3872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0002-02

Data: 07/01/2017 11:04:12

Pág. 1/1

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO		Prontuário: 433869
Mãe: DIONIZIA SOUSA DE ARAUJO		Pai: LUIS MARIANO DE SOUSA
End. Resid.: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI - CEP: 64090-000		
Nascimento: 10/03/1976	Idade: 40a:10m:16c	Sexo: Masculino Fone: 86-99522-0601
Responsável: JOAO VICTOR		CNS: 700000662377200
Profissão: NAO INFORMADO		Documento: RG: 1518073 - SSP PI
G. Instrução: Não informado		E. Civil: solteiro(a)
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 592076	Data: 26/01/2017 21:58:40	Clas. Cor: Laranja
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) acima identificado permaneceu nesta unidade dia 26/01/2017 de 21:58 às _____ horas para fim de atendimento hospitalar comprovado no Boletim de Emergência No. 592076/////

TERESINA(PI), 7 de Julho de 2017.

Ass. e Matrícula do Servidor

07 AGO 2017

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820, Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-970 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURÍCIO SOUSA DE ARAUJO** (Prontuário: 433869)
Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64290-000
Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a:10m:16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 592076
Requisição: 715247 Solicitação: 26/01/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 891474 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 26/01/2017

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- HEMATOMA SUBGALEAL TEMPORAL DIREITO E NA ALTA CONVEXIDADE FRONTO-PARIETAL ESQUERDA.
- FRATURA CRANIANA COMINUTIVA PARIETO-TEMPORAL DIREITA, COM EXTENSÃO À MASTÓIDE DESTE LADO.
- DELGADA COLEÇÃO HEMÁTICA SUBDURAL EM REGIÃO TEMPORAL DIREITA, COM BOLHAS GASOSAS DE PERMEIO.
- DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE SUPRATENTORIAL À DIREITA.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 26/01/2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF. 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

07 AGO 2017



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** (Prontuário: 433869)
Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64290-000
Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a:10m.16d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 592075
Requisição: 715250 Solicitação: 26/01/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 891479 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 26/01/2017

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas não visualizado.
- Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(TERESA)

TERESINA - PI 26/01/2017

07 AGO 2017

TERESA EMILIA ROCHA DE C. MELO

CPF: 273.773.693-53 CRM PI 1494

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1870 Redenção - Fone: 66 3224 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** (Prontuário: 433859)
Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64290-000
Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a;10m;17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 183117
Requisição: 715410 Solicitação: 27/01/2017 Solicitante: SAARA BARROS NASCIMENTO
Controle: 891658 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 27/01/2017

T.C. DE ABDOME TOTAL

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E Pelve DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENALIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- MÍNIMO LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/01/2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPE: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

07 AGO 2017



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Rodenção - Fone: 32 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** (Prontuário: 433869)
Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64390-000
Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a:10m:17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 183117
Requisição: 715411 Solicitação: 27/01/2017 Solicitante: SAARA BARROS NASCIMENTO
Controle: 891659 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 27/01/2017

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- OPACIDADES SUBPLEURAIS EM REGIÕES PULMONARES POSTERIORES, POR PROVÁVEL ATELECTASIA DECÚBITO-PENDENTE.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- TUBO ENDOTRAQUEAL, BEM POSICIONADO.
- CATETER VENOSO CENTRAL COM EXTREMIDADE NA VELA CAVA SUPERIOR.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 27/01/2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS

CPF 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável

07 AGO 2017

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tilo 1820 - Rodeação - Fone: 86 3226 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** (Prontuário: 433869)
Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64290-000
Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a:11m:25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 183110
Requisição: 717472 Solicitação: 04/02/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 894140 Convênio: S U S CLÍNICA MÉDICA - P06 ENFERMARIA 207 LEITO 117

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 04/02/2017

T.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- MATERIAL DE DENSIDADE INTERMEDIÁRIA PREENCHENDO PARCIALMENTE OS SEIOS ESFENOIDAIS, SUGERINDO SINUSOPATIA INFLAMATÓRIA.
- DEMAIS SEIOS PARANASAIS SEM ALTERAÇÕES.
- COMPLEXOS OSTEOMEATAIS, RECESSOS FRONTAIS E ESFENO-ETMOIDAIS LIVRES.
- DESVIO DO SEPTO NASAL PARA A DIREITA.
- NASOFARINGE DE ASPECTO ANATÔMICO.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/02/2017

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável

07 AGO 2017



Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

Documentação médica - hospital



Enf. 00001-11052017-00:47:00

Página: 1/1

Nome: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO
Convênio: PARTICULAR
Solicitante: Dr. MANOEL BALDOINO
Código: 1080842.08

Idade: 41 anos
Sexo: MASC
Data: 16/05/2017 15:50:00

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO
(3 filmes) (D) (LA)

TÉCNICA:

Estudo realizado com tomógrafo multi-slice, através de aquisição volumétrica dos dados, com cortes submilimétricos, que foram pós-processados, obtendo-se imagens axiais e reconstrução 3D Volume Rendering.

ACHADOS:

Orifício de trepanação óssea em região temporal direita da calota craniana.
Área de encefalomalácia/gliose em lobo temporal direito.
Restante do parênquima encefálico apresentando valores de atenuação radiológica dentro dos limites normais.
Cisternas e sulcos corticais sem modificações.
Sistema ventricular: com morfologia e dimensões anatômicas.
Ausência de desvios das estruturas da linha média ou calcificações patológicas.

CONCLUSÃO:

1. ORIFÍCIO DE TREPANAÇÃO ÓSSEA EM REGIÃO TEMPORAL DIREITA DA CALOTA CRANIANA;
2. ÁREA DE ENCEFALOMALÁCIA/GLIOSE EM LOBO TEMPORAL DIREITO;
3. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

27 SET 2017

Dr. Jina Vaz
CRM 3406

Dr. Wilmarcy Leal
CRM 2052

Dr. Leonardo Matar
CRM 3508

Dr. Bruno Cabral
CRM 5491

Dr. Francisca Cardoso
CRM 5062

Dr. Alan Mychel Lima
CRM 3489

Dr. Edward Mont'Alverne
CRM 2738



Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

Emissão: 15/03/2017 16:07:21

Página.... 1/1

Nome: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Idade: 41 anos

Convênio: PARTICULAR

Sexo: MASC

Solicitante: Dr. MANOEL BALDOINO

Data: 16/03/2017 15:08:00

Código: 1080842 02

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO

(5 filmes) (M) (W)

TÉCNICA:

Estudo realizado com tomógrafo multi-slice, através de aquisição volumétrica dos dados, com cortes submilimétricos, que foram pós-processados, obtendo-se imagens axiais, com reformatação no plano coronal e reconstrução 3D Volume Rendering.

ACHADOS:

Craniotomia fronto-temporal à direita.

Fraturas antigas na porção mastóidea do osso temporal direito.

Material com baixos coeficientes de atenuação, de provável natureza hemática/fibrinosa preenchendo células mastóideas direitas.

Área hipotenuante intra-axial, não expansiva, localizada em sítio córtico/subcortical do lobo temporal direito, exercendo efeito atrófico local.

Restante do parênquima encefálico apresentando valores de atenuação radiológica dentro dos limites normais.

Cisternas e sulcos corticais sem modificações.

Sistema ventricular: com morfologia e dimensões anatômicas.

Ausência de desvios das estruturas da linha média ou calcificações patológicas.

Calota craniana sem alterações.

CONCLUSÃO:

1. CRANIOTOMIA FRONTO-TEMPORAL À DIREITA;
2. FRATURAS ANTIGAS NA PORÇÃO MASTÓIDEA DO OSSO TEMPORAL DIREITO;
3. MATERIAL COM BAIXOS COEFICIENTES DE ATENUAÇÃO, DE PROVÁVEL NATUREZA HEMÁTICA/FIBRINOSA PREENCHENDO CÉLULAS MASTÓIDEAS DIREITAS;
4. PEQUENA ÁREA DE GLIOSE SEQUELAR PÓS-TRAUMÁTICA NO LOBO TEMPORAL DIREITO;
5. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.

27 SET 2017

Dr. João Val
CRM 3406

Dr. Wilsonny Lial
CRM 2062

Dr. Leonardo Matos
CRM 3508

Dr. Bruno Cabral
CRM 5491

Dr. Francisco Cardoso
CRM 5062

Dr. Alan Mychiel Lima
CRM 3489

Dr. Edward Mont'Alvaraz
CRM 2738



Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

Diagnóstico Médico por Imagem

WinAudio (#WAUD2500137)

Avaliação Audiológica

Emissão: 04/05/2017

Funcionário/Paciente: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Data do Exame: 04/05/2017

Idade: 41 anos e 2 mes(es)

Sexo: Masculino

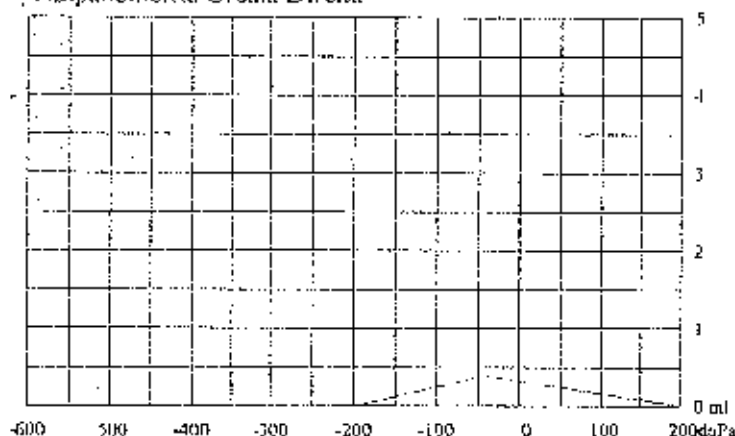
Tipo Consulta: Particular

Audiômetro: MAICO MA42 (Última Aferição: 24/06/2013)

Profissional que solicitou o exame: DR. ERICK BARROS

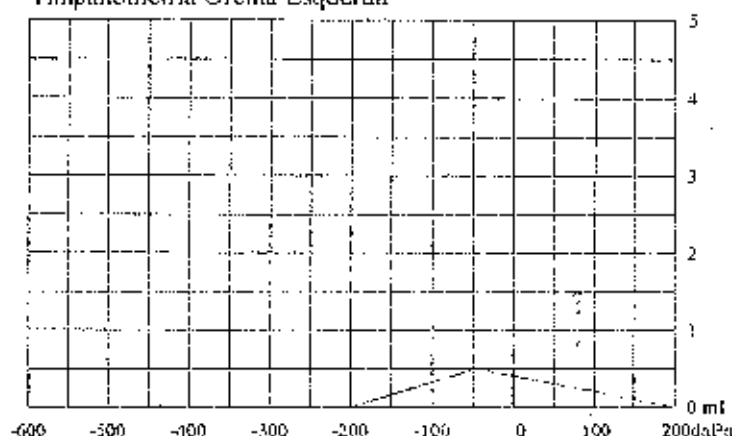
TIMPÂNICA ACÚSTICA

Timpanometria Orelha Direita



Classificação (Jerger, 1970): A

Timpanometria Orelha Esquerda



Classificação (Jerger, 1970): A

Complância	OD	OE
Pressão Ouvido Médio (daPa)	-42	-45
Máximo Relaxamento (ml)	0.4	0.5
Complância +200 daPa (ml)	0.0	0.0
Complância Estática (ml)	0.4	0.5

Reflexo Acústico

Orelha Direita

Hz	Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI
500	35	AUS		
1000	45	AUS		
2000	35	AUS		
4000	55	AUS		

Sonda no OE

Orelha Esquerda

Hz	Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
500	15	AUS		
1000	15	AUS		
2000	15	AUS		
4000	10	AUS		

Sonda no OD

PARECER AUDIOLÓGICO

PERDA AUDITIVA MISTA DE GRAU LEVE NA OD E LIMIARES AUDITIVOS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE NA OE.
CURVAS TIMPANOMÉTRICAS DO TIPO "A" COM REFLEXOS ESTAPEDIANOS CONTRALATERAIS AUSENTES EM AMBAS ORELHAS.

CRFa: 9498-PI ALANALICE DA SILVA LIMA

27 SET 2017



Diagnóstico Médico por Imagem

Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

WinAudio (#WAUD2500137)

Avaliação Audiológica

Emissão: 04/05/2017

Funcionário/Paciente: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Data do Exame: 04/05/2017

Idade: 41 anos e 2 mes(es)

Sexo: Masculino

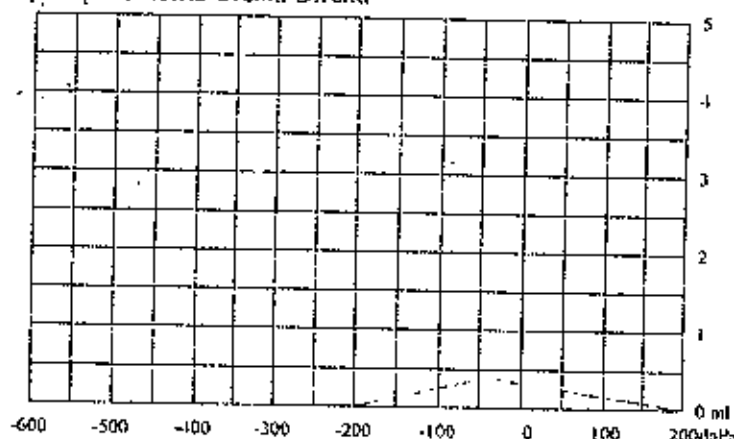
Tipo Consulta: Particular

Audiômetro: MAICO MA42 (Última Aferição: 24/06/2013)

Profissional que solicitou o exame: DR. ERICK BARROS

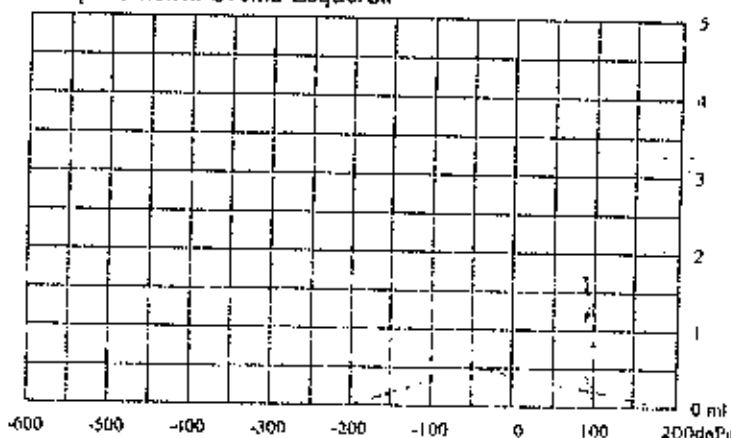
IMITÂNCIA ACÚSTICA

Timpanometria Orelha Direita



Classificação (Jerger, 1970): A

Timpanometria Orelha Esquerda



Classificação (Jerger, 1970): A

Complância

	OD	OE
Pressão Ouvido Médio (daPa)	-42	-45
Máximo Relaxamento (ml)	0.4	0.5
Complância +200 daPa (ml)	0.0	0.0
Complância Estática (ml)	0.4	0.5

Reflexo Acústico

Orelha Direita

Hz	Limiar	Contra OD	Diferença	IPSI	Limiar	Contra OE	Diferença	IPSI
500	35	AUS			15	AUS		
1000	45	AUS			15	AUS		
2000	35	AUS			15	AUS		
4000	55	AUS			10	AUS		

Sonda no OÊ

Orelha Esquerda

Sonda no OD

PARECER AUDIOLÓGICO

PERDA AUDITIVA MISTA DE GRAU LEVE NA OD E LIMIARES AUDITIVOS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE NA OE. CURVAS TIMPANOMÉTRICAS DO TIPO "A" COM REFLEXOS ESTAPÉDIANOS CONTRALATERAIS AUSENTES EM AMBAS ORELHAS.

CRFa: 9498-PI ALANALICE DA SILVA LIMA

27 SET 2017



Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

WinAudio (#WAUD2500137)

Avaliação Audiológica

Emissão: 04/05/2017

Funcionário/Paciente: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Data do Exame: 04/05/2017

Idade: 41 anos e 2 mes(es)

Sexo: Masculino

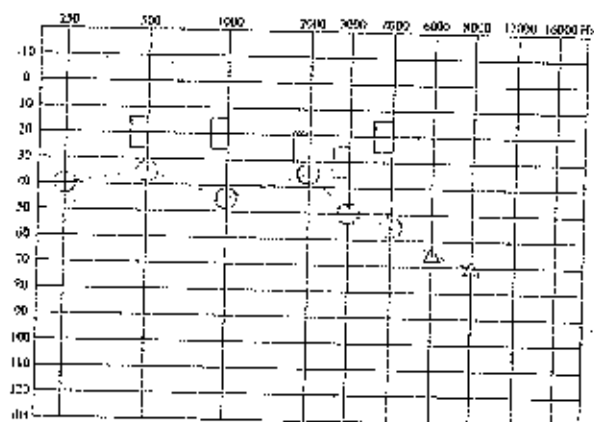
Tipo Consulta: Particular

Audiômetro: MAICO MA42 (Última Aferição: 24/06/2013)

Profissional que solicitou o exame: DR. ERICK BARROS

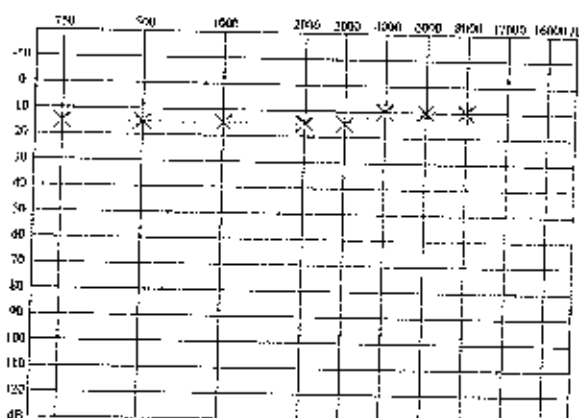
AUDIOMETRIA TONAL

ORELHA DIREITA



SRT: 40 dB
SDT:

ORELHA ESQUERDA



SRT: 15 dB
SDT:

Índice de Reconhecimento de Fala

	Intensid	Monossil	Dissil
Pal. Faladas	—	25	25
OD	80 dB	96 %	
OE	55 dB	100 %	

Mascaramento (em dB)

	VA		VO / NB		LOGO/SN
	Min	Max	Min	Max	Quant
OD					
OE		60		60	50

PARECER AUDIOLÓGICO

PERDA AUDITIVA MISTA DE GRAU LEVE NA OD E LIMIARES AUDITIVOS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE NA OE.
CURVAS TIMPANO MÉTRICAS DO TIPO "A" COM REFLEXOS ESTAPEDIANOS CONTRALATERAIS AUSENTES EM AMBAS ORELHAS.

27 SET 2017

CRPa: 9498-PI ALANALICE DA SILVA LIMA



Diagnóstico Médico por Imagem Ltda

WinAudio (#WAUD2500137)

Avaliação Audiológica

Emissão: 04/05/2017

Funcionário/Paciente: MAURÍCIO SOUSA DE ARAÚJO

Data do Exame: 04/05/2017

Idade: 41 anos e 2 mes(es)

Sexo: Masculino

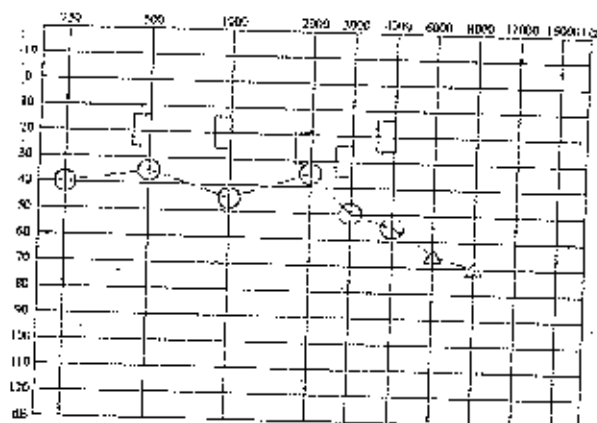
Tipo Consulta: Particular

Audiômetro: MAICO MA42 (Última Aferição: 24/06/2013)

Profissional que solicitou o exame: DR. ERICK BARROS

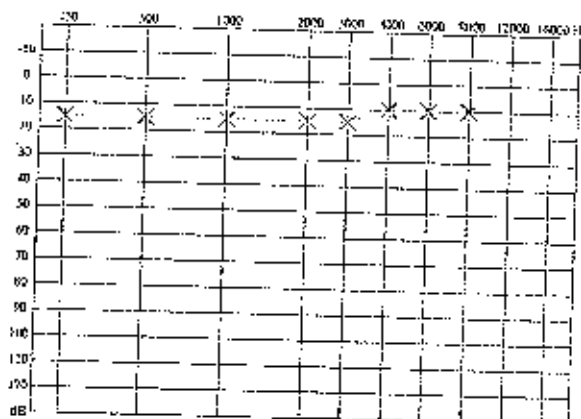
AUDIOMETRIA TONAL

ORELHA DIREITA



SRT: 40 dB
SDT:

ORELHA ESQUERDA



SRT: 15 dB
SDT:

Índice de Reconhecimento de Fala

	Intensid	Monossil	Dissil
Pal. Faladas		25	25
OD	80 dB	96 %	
OE	55 dB	100 %	

Mascaramento (em dB)

	VA		VO / NB		LOGO/SN
	Min	Max	Min	Max	Quant
OD					
OE		60		60	50

PARECER AUDIOLÓGICO

PERDA AUDITIVA MISTA DE GRÁU LEVE NA OD E LIMIARES AUDITIVOS DENTRO DOS PADRÕES DE NORMALIDADE NA OE.
CURVAS TIMPANO-MÉTRICAS DO TIPO "A" COM REFLEXOS ESTAPEDIANOS CONTRALATERAIS AUSENTES EM AMBAS ORELHAS.

27 SET 2017

CRFa: 9498-PI ALANALICE DA SILVA LIMA



Diagnóstico Médico por Imagem

Laudo Médico =

CID-10 = S06.3

o paciente Maurício Sousa de Araújo tem história de acidente de moto em 26/01/17, com traumatismo crânioencefálico e foi operado da cabeça no H.U.T.

A CT de crânio atual top laudo de trepanação tempo ral direita e glóse temporal direita. E E.E.C. foi normal.

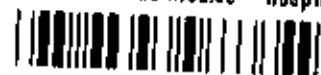
sem uso de Fraseologia

400mg noite.

TUE 17/05/17

Dr. [Signature]

27 SET 2017

**NEUROCENTRO**

Maurício Sousa de Araújo.

Atesto que o paciente
hipocentado encontra-se
em tratamento deste setor
por ter sido acometido
de TCE por acidente por
Moto evoluindo com
Fraturas ao nível da
Mastóide do Oso Temporal
direito. Glóse sequelar
Pós Traumática. Cranioto-
mia Frontal Temporal direita
cl clinicamente livres com

Rua Olavo Bilac, nº 1737 - Centro / Sul - CEP 64001-280
Teresina - PI - (86) 3217.1111 - www.neurocentro.com

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

27 NOV 2017

DPVAT

Cefaleia recorrente aos
AINEs, Transtorno
Comportamental grave
T- do bus, Transtorno
da Logia.

ESP10-509; 640; F92; F95.

Teor
11
7/7

Atenu
Dra. Elvira Casimiro N. C. e Silva
Médica
CRM - PI: 5880



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Maurício Sousa de Azevedo

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 433269

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".

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**
27 NOV 2017
DPVAT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

NEURO (A)
ORTOPEDIA
CIRURGIA GERAL

BOLETIM DE ENTRADA - BE Mauricio (motociclista) 9502-7158 Imp: 26/01/2017 22:03:25

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MAURICIO SOUSA DE ARAUJO		Prontuário:	433869
Mãe:	DIONIZIA SOUSA DE ARAUJO		Pai:	LUIS MARIANO DE SOUSA
End. Resid.:	RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI - CEP: 64290-000			
Nascimento:	10/03/1976	Idade:	40a:10m:16d	Sexo: Masculino
Responsável:	JOAO VICTOR		Fone:	86-99522-0601
Profissão:	NAO INFORMADO		CNS:	700000662377200
G. Instrução:	NAO Informado		Documento:	RG: 1518073 - SSP PI
End. Local:			E. Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	592076	Data:	26/01/2017 21:58:40	Condução:	EMPLANTADO - ANCI		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Acid. Trab.:	NAO	Acid. Trajeto:	NAO	Acid. Trab. Típico:	NAO	CID Secundário:	V299

OS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Mecanismo de trauma significativo	CIRURGIA GERAL	Laranja
Breve História:	Profissional Class. Risco:		
Sobrinho relatou que paciente sofreu colisão moto/carro e estava sem consciência quando chegou ao pronto-socorro para a sala de trauma.		LIVIA DE ARAUJO SOUSA COREN 9327 Em: 26/01/2017 22:03:12	

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

Paciente vítima de acidente de moto há 1 hora, com capacete, chegou com cefaleia, em prurito vulgar. A) Vias aéreas permeáveis B) MVB bilateralmente, tórax doloroso a palpato do tórax D) E) pulsos presentes, tendões e plastrons, abdome doloroso a palpato sem flanco E) e sem sinais de peritonite D) glicemia 114, pupilas isocóricas e fotossensíveis. Exame físico: como relatado em curso cuidados, fone, perme E)

PA ____ X ____ mmHg	Pulso: ____	FC: ____ bpm	Temp.: ____
---------------------	-------------	--------------	-------------

Diagnóstico inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Feito RL 3000 I.V. aberto

SSIV + Cl. Cl.

Rx de tórax, val. cervical, val. lombar E)

PL de crânio / USG Abdominal

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ____ / ____ / ____	HORA: ____ : ____	303040092	5068
		Procedimento	CID

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

27 NOV 2017

PPVAT

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Profissional



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - DR. ZENON ROCHA
GERÊNCIA DA CLÍNICA MÉDICA
Rua - Dr. Otonílio, 1820, Bairro: Redenção, C.E.P: 64011-770
Teresina - PI, CNPJ: 05.522.917/0022-02
Fone: (86) 3229-4623 / 3229-4872 / 3229-4217



Fundação Municipal de Saúde

ALTA HOSPITALAR

Maurício Sousa de Araújo, Nascimento: 10/03/1976, 40 anos, gênero masculino, prontuário 433869.

Paciente vítima de politrauma por acidente motociclístico, admitido no HUT no dia 26/01/2017, com TCE, ECG/4, fratura temporal D e realizado limpeza mecânica cirúrgica temporal (26/01/2017). Foi admitido na UTI posto 4 dia 27/01/2017 com sedoanalgesia dormonid e fentanil, com DVA, estável hemodinamicamente, sob ventilação mecânica. Paciente foi admitido na clínica médica, dia 01/02/2017, estável hemodinamicamente, sem DVA, afebril, normocarado, hidratado, glasgow de 14(AO:4/RV:4/RM/6). Realizado TC de crânio dia 26/01/2017, com fratura craniana cominutiva parieto-temporal direita, com extensão à mastóide deste lado, sendo avaliado pelo neurologista, que recomendou internação hospitalar. No momento, evolui consciente, confuso, com glasgow de 14(AO:4/RV:4/RM/6), diurese e evacuação preservadas e espontâneas, alimentando-se através de dieta pastosa, por via oral e respirando espontaneamente, sem auxílio de O2. Paciente fez uso de Vancomicina(11 dias), Meropenem(8 dias) e Cefepime(4 dias).

AP: MV fisiológico, sem ruídos adventícios.

AC: RR, 2T, BNF. Ausência de sopros ou arritmias.

Abdome: RH presente, plano, sem massas ou visceromegalias palpáveis.

Extremidades: sem edema em membros inferiores, pulsos palpáveis com boa perfusão.

Recêbe alta dia 09/02/2017 e será encaminhado para tratamento ambulatorial com continuação do uso de Azitromicina e Fenitoína e acompanhamento com neurocirurgião, ortopedista e fonoaudiologista. Serão prescritos: Codeína (tilex)- 500/30 mg, dipirona 500mg e bromoprida.

CID-10: S04.9

Dr. Hermanno Pinheiro
Cardiologia Clínica Médica
CRM-PI: 4202

Dr. Hermanno Pinheiro
Médico

Teresina, 09 de Fevereiro de 2017



NOME: Maurício Sousa de Araújo

PRONTUÁRIO: 433869

DN: 10/03/1976

UTI POSTO 4
RELATÓRIO DE ALTA

Paciente 40 anos, MASCULINO

Diagnóstico: TCE + HSAT + PO limpeza mecânica cirúrgica temporal

História da admissão: Paciente vítima de politrauma por acidente motociclistico foi admitido no HUT 26/01/2017 com TCE, ECG/4, fratura temporal D e realizado limpeza mecânica cirúrgica temporal (26/01/2017). Foi admitido na UTI posto 4 dia 27/01/2017 com sedoanalgesia dormonid e fentanil, com DVA, estável hemodinamicamente, sob ventilação mecânica.

História atual: Recbe alta estável hemodinamicamente, sem DVA, afebril, normocorado, hidratado. Respiração espontânea, glasgow de 14 (AO:4/RV:4/RM:6), pupilas isocóricas, médias, fotorreagente, dieta SNG. Ap. Cardiovascular: RR, 2T, BNF, normotenso, PAM; 94, taquicárdico, FC: 118 bpm, Ap. Respiratório: MV presentes, Fr: 21 irpm, Abdome: plano, RHA+, ausência de visceromegalias, palpáveis e indolor à palpação superficial e profunda. Diurese presente, débito urinário: 1,54 ml/kg/h. Extremidades: MMSS, MMII normoperfundidos, sem sinais de TVP. Antibioticoterapia: Meropenem (D1) e Vancomicina(D5).

EXAMES REALIZADOS:

TC DE ABDOME TOTAL: 27/01/2017

MÍNIMO LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA

TC DE CRÂNIO: 26/01/2017

- HEMATOMA SUBGALEAL TEMPORAL DIREITO E NA ALTA CONVEXIDADE FRONTO-PARIETAL ESQUERDA.
- FRATURA CRANIANA COMINUTIVA PARIETO-TEMPORAL DIREITA, COM EXTENSÃO À MASTÓIDE DESTES LADO.

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

27 NOV 2017

DPVAT

- DELGADA COLEÇÃO HEMÁTICA SUBDURAL EM REGIÃO TEMPORAL DIREITA, COM BOLHAS GASOSAS DE PERMEIO.
- DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNOÍDE SUPRATENTORIAL À DIREITA.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS NO LOBO TEMPORAL DIREITO.

US ABDOMINAL TOTAL: 26/01/2017

EXAME NORMAL

- TC DE TÓRAX: 27/01/2017

- OPACIDADES SUBPLEURAS EM REGIÕES PULMONARES POSTERIORES, POR PROVÁVEL ATELECTASIA DECÚBITO-PENDENTE.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- TUBO ENDOTRAQUEAL, BEM POSICIONADO.
- CATETER VENOSO CENTRAL COM EXTREMIDADE NA VEIA CAVA SUPERIOR.

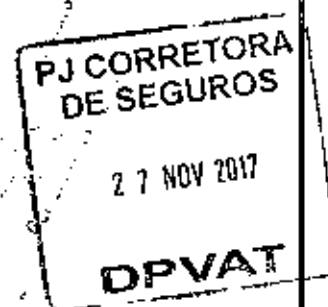
- TC DE CRÂNIO: 27/01/2017

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL ALTA CONVEXIDADE BIPARIETAL.
- FRATURA CRANIANA COMINUTIVA PARIETO-TEMPORAL DIREITA, COM EXTENSÃO À MASTÓIDE DESTE LADO.
- DELGADO HEMATOMA SUBDURAL AGUDO TEMPORAL DIREITO, COM BOLHAS GASOSAS DE PERMEIO.
- DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNOÍDE SUPRATENTORIAL À DIREITA.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS NOS LOBOS TEMPORAL DIREITO E OCCIPITAIS.

Teresina, 01 de fevereiro de 2017.

Helma Fernanda A. Silva
Medicina Intensiva
CRM-PI 3840

Médico





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Maurício Sousa de Araújo	PRONTUÁRIO	433.869
DA CLÍNICA	UTI P4	LEITO	52
À CLÍNICA	NCR		
MOTIVO DA CONSULTA Pct vítima de TCE c/ fratura exposta comunitária parieto-temporal direita, HSD temporal direito discreto, HSA traumática discreta. Solicito avaliação especializada quanto a refinação de sedação, e início de trombofilaxia. DATA: 28.01.17 José Noronha V. Jr. Infectologista CRM-PI: 4414 RQE: 006.928.743-05 ASS. MEDICO CONSULTANTE			
PARECER # VER# 28.01.17 Rc exame 27/01: Sem sinais hemorrágicos linha media topica sintomas e ventriculos peq Concl: Evidenci lesão de sedação / ventriculos Sem sinais indicados neurocirurgicos p/ início de Trombofilaxia Bruna Nayana Neurocirurgia CRM-PI: 4414 RQE: 006.928.743-05 ASS. MEDICO ESPECIALISTA			

DATA: / /

ASS. MEDICO ESPECIALISTA



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Maurício Sousa de Araújo	PRONTUÁRIO	
DA CLÍNICA	Ponto 4	LEITO	
A CLÍNICA	Neurocirurgia		

MOTIVO DA CONSULTA
TCE cl. TC de Cing. hoje 27/01
Tratou craniotomia comissural parietal temporal direita
e infusão manitol de dose letal
Foi limpa ciga de 26/01
Tras sedação?
Tras torção?

Leonardo F. Amorim
Clínica Médica - Neurologia
CRM-PI 3355

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Corr. Exatidão. Registra-se. S.E.S.

Este exame - sem de acompanhamento total direito
foi bem (arturo) total direito.

Obs: 1. Reforço sedação
para melhor perfuração

Dr. Abigail S. da Rocha
NEUROLOGIA NEURO
CRM-PI 3355

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

DATA: 27.01.17



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4870

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 26/01/2017 21:03:44

CLINICA ARAUJO

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MAURICIO SOUSA DE ARAUJO	Prontuário:	433869
Mãe:	DEONIZIA SOUSA DE ARAUJO	Pai:	LUIS MARIANO DE SOUSA
End. Resid.:	RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI - CEP: 64290-000		
Nascimento:	10/03/1976	Idade:	40a:10m:16d
Responsável:	JOAO VICTOR	Sexo:	Masculino
Profissão:	NAO INFORMADO	Fone:	86-99522-0601
G. Instrução:	Não informado	CNS:	700000652377200
End. Local:	- - -	Documento:	RG: 1519073 - SSP PI
		E. Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	592076	Data:	26/01/2017 21:58:40	Clas. Cor:	Laranja
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

Neurocirurgia

Acidente vítima de acidente moto + carro

Acidente EC 614, Fratura bacia e costela

TC de crânio: Fratura bacia e costela, fratura de costela

CA: Fratura de costela

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Imagem anexa

TC de crânio anexa: normal

PC CORRETORA DE SEGUROS

Carimbo/Assinatura 26/01/2017

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/__:__

LIBERADO DA ORTOPEDIA

DPVA

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	10 Endereço				
Local da Ocorrência	11 Bairro	12 Município - UF	Código IBGE		
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome			15 Sexo	1 Masculino 2 Feminino 9 Ignorado
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		1 Sim 2 Não 9 Ignorado	
Tipos de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				1 2
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Trânsito	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de Segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
Exame físico	23 Glasgow =	RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL 4 - Está com olhos abertos 3 - Abre os olhos após chamado 2 - Abre os olhos após beliscão 1 - Não abre os olhos 5 - Fala espontaneamente 4 - Confuso 3 - Palavras inapropriadas 2 - Gritos 1 - Não fala	24 Local da lesão		25 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 26 Pulso radial 1 - Chelo 2 - Fino 3 - Ausente	
Processamento de Atendimento	27 Sinais vitais		28 Pulso radial		
	Pulso Respiração PA Sat. O2		Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa Prancha curta Ked Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Outros		
Hospital de Destino	29 Hospital de destino		30 Condições de entrada		
	1 - INST. DE SAÚDE JOSÉ GIL BARBOSA 2 - Outro		31 Óbito		
OBSERVAÇÕES					
Dr. Ryan Nogueira L... MÉDICO Responsável pela recepção					
Socorrista Médico AE/TE					
Enfermeiro Condutor					



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SAÚDE - SESAPI



D.R.S. 4°	MUNICÍPIO DE ALTOS - PI	
FOLHA DE ENCAMINHAMENTO		
A Unidade: <i>ISS613</i>	Para: <i>HUT</i>	
Nome da Pessoa do Encaminhamento: <i>Maurício de Sousa de Araújo</i>	Registro: <i>Nota CGAS: 2017 01 26 16238</i> <i>Nota HUT: 26012017 040</i>	
Motivo do Encaminhamento: <i>Última de politrauma com suspeita de TCE apressado - trauma torácico. Garganta: 12. PA: 100x70 mm Hg. SpO2: 99.</i>		
Observações: <i>Consciente e desorientado auto e apropriadamente.</i>		
Data: ____/____/____	Dr. José Daniel de Araújo Jr. Resp. Pelo Encaminhamento	Obs: Deve ser adquirido no Centro de Saúde, Unidade Mista e Hospital Local ou Regional
FICHA RETORNO		
Da Unidade:	Para:	
Nome do Cliente:	Registro:	
Diagnóstico e Orientação:		
Data: ____/____/____	Resp. Pelo Diagnóstico	Obs: Esta ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechado

Altos (PI) ____/____/____

Assinatura



84



P.A



ATB : 2211000712
UNI : H.U.T. TERESINA

Orgão Emissor: 022100001

ZENON ROCHA

MAURICIO SOUSA DE ARAUJO
10/03/1976

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

D.L. IREMA: 01/02/2017
PROCED.: 0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
OP. SIST: WELLINGTON
CID: S068

DT. LAUDO: 26/01/2017

OP. SIST: WELLINGTON

ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

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

4-CNES
5829856
183110

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome:	MAURICIO SOUSA DE ARAUJO			6 - Prontuário:	433859
7-CNS:	700000662377200	8-Nascimento:	10/03/1976	9-Sexo:	Masculino
11-Mãe:	DIONIZIA SOUSA DE ARAUJO			RG:	1518073 - SSP PI
13-Resp:	JOAO VICTOR			12-Fone:	86-99522-0601
15-Ende:	RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - CEP: 64290-000			14-Cor:	Sem I - mação
16-Manic:	ALTOS	17-Cod. IBGE:	220040	18-UF:	PI
				19-CEP:	64290-060

COM BOLETIM CIR/ANEST

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais sinais e sintomas clínicos:

ACTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA SEM USO DE CAPACETE APRESENTANDO TCE GRAVE COM PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA EXTENSA DE COURO CABELUDO.

2601 09.00

21 - Condições que justificam a internação:
AS CITADAS ACIMA.

0303040092 CID S068
0413040178 CID T009

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado):
EXAME CLÍNICO E DE IMAGEM, AVALIAÇÃO DO NEUROCIRURGIÃO.

23-Diagnóstico Inicial:
(Informação Posterior)

24-CID Prim.: 25-CID Sec.: 26-CID Terc.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

8-Cod. Proced.:	27-Procedimento Solicitado:	Tempo SUS
0415030013	TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO	9999
9-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:	
	02 01 CPF 963.249.613-20	
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:	
ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA	26/01/2017	

Dr. Romulo Mendes de C.
Neurocirurgião
CRM: 1518073

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bônus:	41-Perfil:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Supsa:	43-CNAE Empresa:	44-CBOP:
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:	
	01/02/17	
48-Documento:	49-Núm. Documento:	
() CNS () CPF		
50-Ass. Médica Responsável (Rg. Conselho)		
51 - Assinatura Paciente ou Responsável		
 Hospital de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha		Usuário: (MARIALEV) Consulta Local: 39276 Consulta SUS: Impressão: 26/01/2017 12:44:12

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

ACESSO CENTRAL

CÓDIGO: 0309060036

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Marcos Vinícius de Araújo Nº PRONT.: 433869 Nº LAUDO: 183/10

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM ACESSO VENOSO PERIFÉRICO DIFÍCIL, FAZENDO USO DE ANTI-BIÓTICO, NECESSITANDO DE ACESSO VENOSO CENTRAL

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA: / /

ASSINATURA DO AUDITOR



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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

CATÊTER P/. SUBCLÁVIA

Cirurgião

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Int. Honorário(a)

Anestesista

Anestesia

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Fechamento)

ASSEPSIA+ANTISEPSIA+COLOCAÇÃO DE CAMPO ESTÉRIL+ANESTESIA
LOCAL COM LIDOCAÍNA 2%+ PUNÇÃO VENOSA CENTRAL+ FIXAÇÃO DO
CATÊTER+CURATIVO.

Ass. Cirúrgico
CRUROSIOGIA
CRM - 2341

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME	Maurício Sousa de Araújo		IDADE	anos	DATA	07/11/2017
HORÁRIO DE ADMISSÃO	02	hs	00	min	TIPO DE ANESTESIA	() GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO
CIRURGIA REALIZADA					CIRURGIÃO	

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	59/33	
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	104	
SATURACÃO DE O ₂ (%)	100%	
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/MATRÍCULA	Romero	

ÍNDICE DE ALDRETTÉE KROULIK			ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2	☐	2	☐
	Movimenta dois membros	1	1	☐	1	☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0	☒	0	☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	☐	2	☐
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1	☒	1	☐
	Tem apnéia	0	1	☐	0	☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	☐	2	☐
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1	☒	1	☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0	☐	0	☐
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2	☐	2	☐
	Desperta, se solicitado	1	1	☐	1	☐
	Não responde	0	0	☒	0	☐
As	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2	☐	2	☐
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1	☒	1	☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0	☐	0	☐
ESCALA DE DOR ADMISSÃO			TOTAL		03	
ESCALA DE DOR ALTA			ASS.		[assinatura]	

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
000 mL	000 mL	000 mL	000 mL		
000 mL	000 mL	000 mL	000 mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

paciente admitido no SRPA com POI, IMC e status de cetoacidose, submetido em VM por 21, taquicárdico, hipertenso, instalado 1º bolsa de C.H. paciente vítima de politrauma, atenuado interna por causas D, SVD e de 800 ml de urina clara.

ENFERMEIRA
COBEN - PT 3407745

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO () EXTERNO () SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()

POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () QUEIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MED



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA
SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente *Marcílio Sousa de Araújo*

Diagnóstico pré-operatório

Operação - Tipo

Cirurgião *D. Elis*

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Raquel

Anestesiista

Dr. Hugo

Anestesia

Geral

Anestésico(s)

Data da Operação

26/01/17

Início

23:59

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

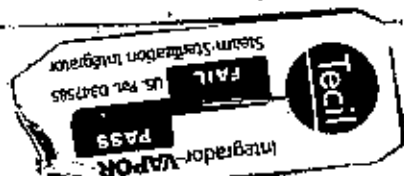
(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) Pt + vt + m + n + o + p + q + r + s + t + u + v + w + x + y + z + aa + ab + ac + ad + ae + af + ag + ah + ai + aj + ak + al + am + an + ao + ap + aq + ar + as + at + au + av + aw + ax + ay + az + ba + bb + bc + bd + be + bf + bg + bh + bi + bj + bk + bl + bm + bn + bo + bp + bq + br + bs + bt + bu + bv + bw + bx + by + bz + ca + cb + cc + cd + ce + cf + cg + ch + ci + cj + ck + cl + cm + cn + co + cp + cq + cr + cs + ct + cu + cv + cw + cx + cy + cz + da + db + dc + dd + de + df + dg + dh + di + dj + dk + dl + dm + dn + do + dp + dq + dr + ds + dt + du + dv + dw + dx + dy + dz + ea + eb + ec + ed + ee + ef + eg + eh + ei + ej + ek + el + em + en + eo + ep + eq + er + es + et + eu + ev + ew + ex + ey + ez + fa + fb + fc + fd + fe + ff + fg + fh + fi + fj + fk + fl + fm + fn + fo + fp + fq + fr + fs + ft + fu + fv + fw + fx + fy + fz + ga + gb + gc + gd + ge + gf + gg + gh + gi + gj + gk + gl + gm + gn + go + gp + gq + gr + gs + gt + gu + gv + gw + gx + gy + gz + ha + hb + hc + hd + he + hf + hg + hh + hi + hj + hk + hl + hm + hn + ho + hp + hq + hr + hs + ht + hu + hv + hw + hx + hy + hz + ia + ib + ic + id + ie + if + ig + ih + ii + ij + ik + il + im + in + io + ip + iq + ir + is + it + iu + iv + iw + ix + iy + iz + ja + jb + jc + jd + je + jf + jg + jh + ji + jj + jk + jl + jm + jn + jo + jp + jq + jr + js + jt + ju + jv + jw + jx + jy + jz + ka + kb + kc + kd + ke + kf + kg + kh + ki + kj + kk + kl + km + kn + ko + kp + kq + kr + ks + kt + ku + kv + kw + kx + ky + kz + la + lb + lc + ld + le + lf + lg + lh + li + lj + lk + ll + lm + ln + lo + lp + lq + lr + ls + lt + lu + lv + lw + lx + ly + lz + ma + mb + mc + md + me + mf + mg + mh + mi + mj + mk + ml + mm + mn + mo + mp + mq + mr + ms + mt + mu + mv + mw + mx + my + mz + na + nb + nc + nd + ne + nf + ng + nh + ni + nj + nk + nl + nm + nn + no + np + nq + nr + ns + nt + nu + nv + nw + nx + ny + nz + oa + ob + oc + od + oe + of + og + oh + oi + oj + ok + ol + om + on + oo + op + oq + or + os + ot + ou + ov + ow + ox + oy + oz + pa + pb + pc + pd + pe + pf + pg + ph + pi + pj + pk + pl + pm + pn + po + pp + pq + pr + ps + pt + pu + pv + pw + px + py + pz + qa + qb + qc + qd + qe + qf + qg + qh + qi + qj + qk + ql + qm + qn + qo + qp + qq + qr + qs + qt + qu + qv + qw + qx + qy + qz + ra + rb + rc + rd + re + rf + rg + rh + ri + rj + rk + rl + rm + rn + ro + rp + rq + rr + rs + rt + ru + rv + rw + rx + ry + rz + sa + sb + sc + sd + se + sf + sg + sh + si + sj + sk + sl + sm + sn + so + sp + sq + sr + ss + st + su + sv + sw + sx + sy + sz + ta + tb + tc + td + te + tf + tg + th + ti + tj + tk + tl + tm + tn + to + tp + tq + tr + ts + tt + tu + tv + tw + tx + ty + tz + ua + ub + uc + ud + ue + uf + ug + uh + ui + uj + uk + ul + um + un + uo + up + uq + ur + us + ut + uu + uv + uw + ux + uy + uz + va + vb + vc + vd + ve + vf + vg + vh + vi + vj + vk + vl + vm + vn + vo + vp + vq + vr + vs + vt + vu + vv + vw + vx + vy + vz + wa + wb + wc + wd + we + wf + wg + wh + wi + wj + wk + wl + wm + wn + wo + wp + wq + wr + ws + wt + wu + wv + ww + wx + wy + wz + xa + xb + xc + xd + xe + xf + xg + xh + xi + xj + xk + xl + xm + xn + xo + xp + xq + xr + xs + xt + xu + xv + xw + xx + xy + xz + ya + yb + yc + yd + ye + yf + yg + yh + yi + yj + yk + yl + ym + yn + yo + yp + yq + yr + ys + yt + yu + yv + yw + yx + yy + yz + za + zb + zc + zd + ze + zf + zg + zh + zi + zj + zk + zl + zm + zn + zo + zp + zq + zr + zs + zt + zu + zv + zw + zx + zy + zz*

FOLHA DE ANESTESIA



NOME DO PACIENTE		UNIDADE DE SAÚDE				Nº DE REGISTRO	
DATA	PARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA				ELETROCARDIOGRAMA			
SISTEMA CIRCULATÓRIO				ASMA			
SISTEMA RESPIRATÓRIO				BRONQUITE			
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO			
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ATARÁXICOS			
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				OUTROS			
APLICADO AS				FÍSICOS			
EFEITOS				TOTAL DE DOSES			
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÊNIO					SEQUÊNCIA	
LÍQUIDOS	SO-LITO 500						
TEMPERATURA T	SANGUE 300						
P. ARTERIAL V O PULSO	OUTROS 100						
INÍCIO E FIM ANESTESIA X							
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO							
RESPIRAÇÃO O							
SÍMBOLOS							
TÉCNICAS	INCIDENTE - ACIDENTE						
OPERAÇÕES	CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS						
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
PARTICULARIDADES							



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 26 / 11 / 17

NOME DO PACIENTE: <i>Maurício de Sousa Araújo</i>	PRONTUÁRIO Nº: <i>433869</i>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA: <i>Sutura de curvo aberto</i>
ANESTESIA: <i>Local</i>	Nº DA SALA: <i>08</i>
CIRURGIÃO: <i>Dr. Elin</i>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <i>Dr. Hugo</i>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <i>Raquel</i>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.			LÂMINA DE BISTURI <i>Nº 24</i>	UNID.	<i>01</i>	
AGULHA 30X8	UNID.	<i>02</i>		LUVA Nº <i>7.0</i>	PAR	<i>03</i>	
AGULHA 40X12	UNID.	<i>02</i>		LUVA Nº <i>7.5</i>	PAR	<i>03</i>	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	<i>08</i>	
ÁLCOOL 70%	ML	<i>50</i>		PVPI DE GERMANTE	ML	<i>200</i>	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	<i>200</i>	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	<i>03</i>		SERINGA 20CC	UNID.	<i>03</i>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	<i>02</i>	
ESPARADRAPO	CM	<i>80</i>		SERINGA 5CC	UNID.		
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<i>08</i>	
GASES	PAC.	<i>06</i>		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.			<i>Enfermarias descartáveis</i>		<i>04</i>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG.				<i>Atadura de crepom? — 01</i>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				REF MXA232X20X70M LOT 3146513N Smiths Medical Deutschland GmbH REF MXA232X20X70M LOT 3146513N Smiths Medical Deutschland GmbH PJ CORRETORA DE SEGUROS 27 NOV 2017 BRASIL			
CAT. GUT. CROMADO C/AG.							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL <i>3-0</i>		<i>08</i>					
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL <i>C</i>		<i>06</i>		CIRCULANTE: <i>Skinner</i>			



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** {Prontuário: 433869}
 Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64290-000
 Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a:10m:17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 183117
 Requisição: 715410 Solicitação: 27/01/2017 Solicitante: SAARA BARROS NASCIMENTO
 Controle: 891658 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 27/01/2017

T.C. DE ABDOME TOTAL

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRÁFICOS AXIAIS DO ABDOME E Pelve DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.
- AORTA E VEIA CAVA INFERIOR NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS.
- MÍNIMO LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE PÉLVICA.

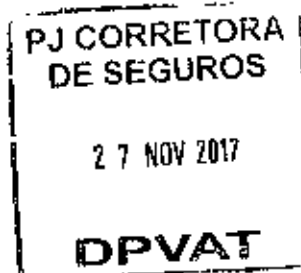
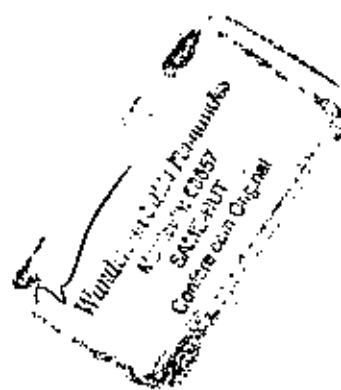
(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 27/01/2017

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 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** (Prontuário: 433869)
 Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64290-000
 Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a:10m:17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 183117
 Requisição: 715412 Solicitação: 27/01/2017 Solicitante: SAARA BARROS NASCIMENTO
 Controle: 891660 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 27/01/2017

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

RELATÓRIO:

- EDEMA/HEMATOMA SUBGALEAL ALTA CONVEXIDADE BIPARIETAL.
- FRATURA CRANIANA COMINUTIVA PARIETO-TEMPORAL DIREITA, COM EXTENSÃO À MASTÓIDE DESTES LADOS.
- DELGADO HEMATOMA SUBDURAL AGUDO TEMPORAL DIREITO, COM BOLHAS GASOSAS DE PERMEIO.
- DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNOIDE SUPRATENTORIAL À DIREITA.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS NOS LOBOS TEMPORAL DIREITO E OCCIPITAIS.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 27/01/2017

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 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** (Prontuário: 433869)
 Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64290-000
 Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a:11m:11d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 183110
 Requisição: 715753 Solicitação: 28/01/2017 Solicitante: CARLA VALERIA SANTOS SENA
 Controle: 892106 Convênio: S U S CLÍNICA MÉDICA - P06 ENFERMARIA 207 LEITO 117

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 28/01/2017

TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 21/02/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820, Redenção - Fone: 86 3229 4872

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** (Prontuário: 433869)
 Endereço: RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 2214 - SAO LUIS - ALTOS - PI CEP: 64290-000
 Nascimento: 10/03/1976 Idade: 40a:11m:29d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 183110
 Requisição: 716042 Solicitação: 29/01/2017 Solicitante: ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA
 Controle: 892485 Convênio: S U S CLÍNICA MÉDICA - P06 ENFERMARIA 207 LEITO 117

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 29/01/2017

TORAX PA E PERFIL

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.
 Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/02/2017

GERSON LUIS MEDINA PRADO

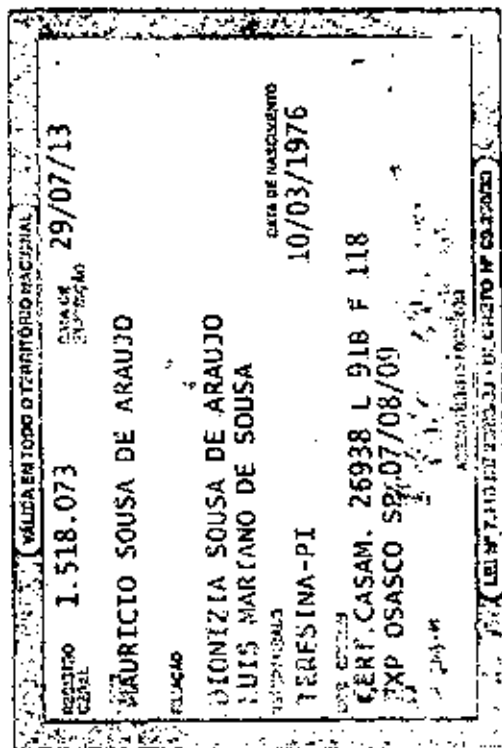
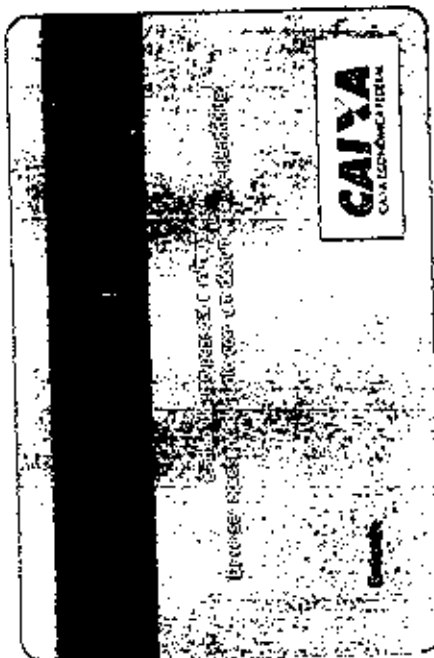
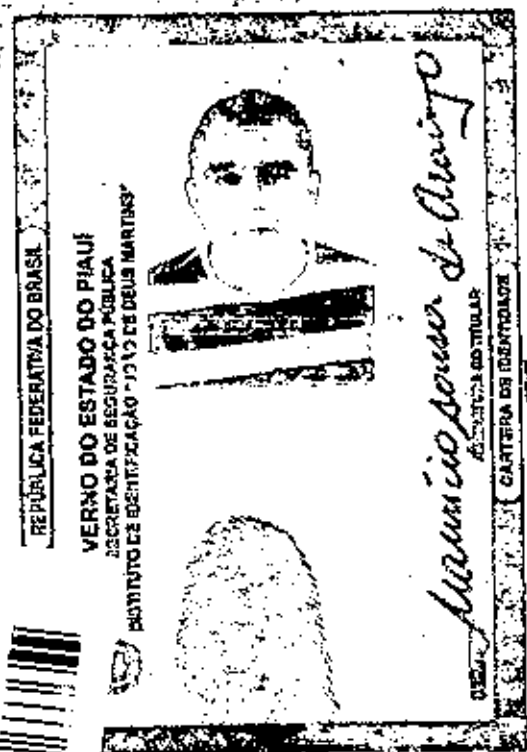
CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável

Handwritten signature and stamp:
 [Illegible handwritten text]
 [Illegible stamp]

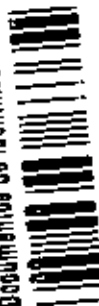
**PJ CORRETORA
DE SEGUROS****27 NOV 2017****DPVAT**

Documentos de Identificação



07 AGO 2017

Documentos de Identificação



RECEITA FEDERAL DO BRASIL
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - DOCTORES MARTIN

ACIOMARA REGO MACHADO DO NASCIMENTO
Nº 1.922.310
Nascimento: 25.02.1982
CPF: 000.000.000-00

ACIOMARA REGO MACHADO DO NASCIMENTO
Nascimento: 25.02.1982
CPF: 000.000.000-00

RECEITA FEDERAL DO BRASIL
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - DOCTORES MARTIN

ACIOMARA REGO MACHADO DO NASCIMENTO
Nº 1.922.310
Nascimento: 25.02.1982
CPF: 000.000.000-00

CÓDIGO DE CONTROLE

D37C.F4B2.75DE.3DE2

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:17:48 do dia 17/02/2016 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
980.294.353-00

Nome
ACIOMARA REGO MACHADO DO NASCIMENTO

Nascimento
25/02/1982

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

07 AGO 2017

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 8633529767
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 847711676 2010

DIONIZIA SOUSA DE ARAUJO

R. VINTE QUATRO DE JANEIRO 01594
 SAO LUIS PI

39440346353 LVX-7432

9C2KC09505R813285

RE/MOTOCICLO/ATUILLADA

HONDA/CG 150 TITAN ES

2005 2005

0. P/014900 PARTIC PRETA

IPVA

00000000 3º PAGO

SEGURO PAGO

S/M RESTRICOES

04/10/2010

WELLINGTON CARVALHO CARVALHO
 DIRETOR-GERAL DO DETRAN - PI

PINº 8633529767 Nº RETE DE SEGURO DPVAT

DIONIZIA SOUSA DE ARAUJO

R. VINTE QUATRO DE JANEIRO 01594
 SAO LUIS PI

39440346353 LVX-7432

COLHETA DE SEGURO DPVAT

8633529767 2010 04/10/2010

DIONIZIA SOUSA DE ARAUJO

R. VINTE QUATRO DE JANEIRO 01594
 SAO LUIS PI

1 39440346353 LVX-7432

847711676 HONDA/CG 150 TITAN ES

2005 09 9C2KC09505R813285

000000000

Seguradora Líder dos Consórcios

Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 03.241.154/0001-04

0101-431

07 AGO 2017

[illegible]

SEGURO OBRIGATORIO

INSTITUTO TECNOLÓGICO DE AERONÁUTICA

— · IPVA-2: COTA.

PROVA - 3: COTA OU COTA ÚNICA.

IDENTIFICATION

АУТЕНТИЧНО МЕСТО

gurdare lider dos Consó
 ipu: 09.248.608/0001-04
 la Senador Dantas, 74 - 59,
 intro - Rio de Janeiro
 www.sgurdalider.com.br

MULTAS DE TRANSITO

ENCARGOS DO DETRAN

AUTENTIFICAZIONE

ALFRED H. HARRIS

**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

Nome do(a) Examinado(a): **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** Sinistro: **3170435525** Data: **26/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 1594 - SANTO ANTONIO - Altos - PI - CEP 64290-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1518073**

Data local do exame: [**11/10/2017**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Traumatismo craniano . Sem limitação na marcha. Sem limitação funcional membros inferiores. Sem sequela cognitivas. Exame físico ortopédico normal. Paciente refere apenas perda audição ouvido direito. (Comprovado em exame de audiometria).

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Tratamento cirúrgico através de drenagem de hematoma craniano há 10 meses. Refere que faz tratamento com fonoaudiólogo.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Perda parcial da acuidade auditiva à direita

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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):
Ouvido direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho - CRM: 4369 - PI

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MAURICIO SOUSA DE ARAUJO** Sinistro: **3170435525** Data: **26/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO, 1594 - SANTO ANTONIO - Altos - PI - CEP 64290-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PI**] **1518073**

Data local do exame: [**05/01/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
POLITRAUMA EM 26/01/2017 COM TCE. PACIENTE APRESENTA-SE EM REGULAR ESTADO GERAL AO EXAME FÍSICO: HIPOACUSIA EM OUVIDO DIREITO, DÉFICIT COGNITIVO E DE MEMÓRIA IMEDIATA, EPILEPSIA SECUNDÁRIA A LESÕES DO TRAUMA. QUEIXAS ALÉM DO EXPOSTO: FOTOFOBIA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE ADMITIDO EM GLASGOW 14 COM TC DE CRÂNIO DEMONSTRANDO FRATURA PARIETO-TEMPORAL DIREITA COM ACOMETIMENTO DE MASTOIDE, HEMATOMA SUBDURAL AGUDO LAMINAR DIREITO, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE TRAUMÁTICA E CONTUSÕES TEMPORAIS À DIREITA. SUBMETIDO À TRATAMENTO COM NEUROCIRURGIA PARA LIMPEZA FERIDA TRAUMÁTICA E EVOLUINDO SATISFATORIAMENTE APESAR DE SEQUELAS ABAIXO LISTADAS.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Dano neurológico

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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):
Dano neurológico

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

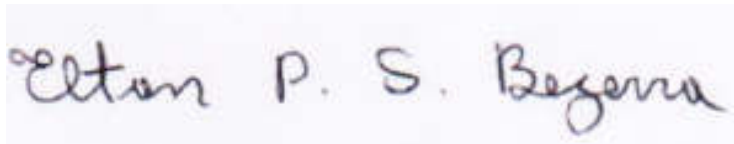
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (MS em 11/10/17): 6,25% da IS. O "PI" ora estabelecido 25%) é complementar.





EU MAURICIO SOUZA, de araujo com
RG. 1518-073 CPF 772.325.773-20

Afirmo que sou um acidente de trânsito
dia 26.03.2017 e enviei meu processo
para seguradora uder. Foi marcada uma

Perícia e eu não compareci. Pois faltava o
Exame. Para enviar para vocês estou
anexando o exame e peço que vocês
marquem a minha perícia novamente

Mauricio Souza de Araujo

FILTO 25 DE SETEMBRO DE 2017

27 SET 2017

Eu, MANUÍCIO SOUSA, ARAUJO Afirmo
que sofri um acidente de Trânsito
DIA 26-01-2017 e foi levado para o
HUT em Teresina - PI com politrauma
E TCE Fratura Temporal D realizado
Cirurgia temporal onde fiquei na
UTI por 4 dias tive perda de substância
CUTÂNEA EXTENSA DE COURO CABELUDO
Perda AUDITIVA Que amarra mim
encontro impossibilitado de exercer
minha atividade normal e Vocês
mim pagaram o valor de 843,75 centavos
eu não aceito pois preciso ser periciado
com um médico de vocês Fico no
Aguardo pois vai um novo protusão
ANEXADO no pendido de uma
NOVA Perícia

ALTOS. PI 16-10-2017

Manuício Sousa de Araújo



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170435525

Cidade: Altos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Data do acidente: 26/01/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Fratura da mastoide direita

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170435525

Cidade: Altos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Data do acidente: 26/01/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano

Descrição do exame médico pericial: Sem limitação na marcha. Sem limitação funcional membros inferiores. Sem sequela cognitivas. Exame físico ortopédico normal. Paciente refere apenas perda audição ouvido direito. (Comprovado em exame de audiometria).

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico através de drenagem de hematoma craniano há 10 meses. Refere que faz tratamento com fonoaudiólogo.

Sequelas permanentes: Perda parcial da acuidade auditiva à direita

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/10/2017

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho

CRM do médico: 4369

UF do CRM do médico: 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
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 12,5 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170435525

Cidade: Altos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Data do acidente: 26/01/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: POLITRAUMA EM 26/01/2017 COM TCE

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE APRESENTA-SE EM REGULAR ESTADO GERAL AO EXAME FÍSICO: HIPOACUSIA EM OUVIDO DIREITO, DÉFICIT COGNITIVO E DE MEMÓRIA IMEDIATA, EPILEPSIA SECUNDÁRIA A LESÕES DO TRAUMA. QUEIXAS ALÉM DO EXPOSTO: FOTOFOBIA

Resultados terapêuticos: PACIENTE ADMITIDO EM GLASGOW 14 COM TC DE CRÂNIO DEMONSTRANDO FRATURA PARIETO-TEMPORAL DIREITA COM ACOMETIMENTO DE MASTOIDE, HEMATOMA SUBDURAL AGUDO LAMINAR DIREITO, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE TRAUMÁTICA E CONTUSÕES TEMPORAIS À DIREITA. SUBMETIDO À TRATAMENTO COM NEUROCIRURGIA PARA LIMPEZA FERIDA TRAUMÁTICA E EVOLUINDO SATISFATORIAMENTE APESAR DE SEQUELAS ABAIXO LISTADAS.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/01/2018

Conduta mantida: Não

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (MS em 11/10/17): 6,25% da IS. O "PI" ora estabelecido 25%) é complementar.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Elton Portela Santos Bezerra

CRM do médico: 5518

UF do CRM do médico: 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 comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

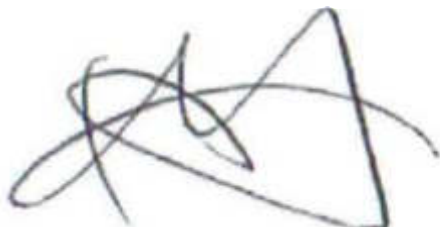
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Procuração



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Maurício Sousa de Araújo
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
 Profissão: Recusou
 Identidade: 1.518.073 CPF: 772.325-773-20
 Endereço: Rua 24 de Janeiro Bairro:
 Cidade: Altos-Pi CEP: 64290-000

OUTORGADO:

Nome: Acymono Rego machado do Nascimento
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
 Profissão: Recusou
 Identidade: 3.922.840 CPF:
 Endereço: Rua Dom Pedro II Bairro: Centro
 Cidade: Altos-Pi CEP: 64290-000

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura, nos formulários de aviso e Sinistro, protocolo de recepção de documentos, Declaração de ausência de Laudo do IML, autorização de pagamento do Seguro DPVAT, podendo em fim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o seguro obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito para perfeito cumprimento deste mandato, da qual figura como vítima

Maurício Sousa de Araújo

Local: Altos UF: PI Data: 12 de junho de 2017

07 AGO 2017



Assinatura do Outorgante

(reconhece: firma por autenticidade)

CARTÓRIO ZEGUI
 Cartório do 2º Ofício de Notas e Registro Civil de Altos-Pi
 Av. Francisco Raulino, 2061-B - Centro - CEP: 64290-000 - Tel. (86) 3262-1815
 Teresinha de Sousa Viana - 2º Ofício

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE MAURICIO SOUSA DE ARAUJO. DOU FE. 21 EST. DA VERDADE. ALTOS-PI, 12/06/2017. Empl. R. 64 73:0,72 Selos: 0,25 Total: 4,57 Selos: AAO.84748 F6111111

TERESINHA DE SOUSA VIANA-TABELIA



2º Ofício de Notas
 Tabela de Sousa Viana
 Altos-Pi
 RECONHECIMENTO DE FIRMA
 AAO 84748

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11478027

A/C: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170435525 ASL-0304477/17

Vítima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Data Acidente: 26/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ACIOMARA REGO MACHADO DO NASCIMENTO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2017

Carta nº: 11500890

A/C: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Sinistro: 3170435525 ASL-0304477/17
Vítima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO
Data Acidente: 26/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ACIOMARA REGO MACHADO DO NASCIMENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2017

Carta nº: 11761496

A/C: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Sinistro: 3170435525 ASL-0304477/17
Vítima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO
Data Acidente: 26/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ACIOMARA REGO MACHADO DO NASCIMENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2017

Carta nº: 11837685

A/C: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Sinistro: 3170435525 ASL-0304477/17
Vítima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO
Data Acidente: 26/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ACIOMARA REGO MACHADO DO NASCIMENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000004727

Conta: 000000005647-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau residual 12.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (12.5% de 50%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Sinistro: 3170435525

Vítima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Data do Acidente: 26/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ACIOMARA REGO MACHADO DO NASCIMENTO

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170435525** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12242665

A/C: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Nº Sinistro: 3170435525
Vítima: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO
Data do Acidente: 26/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ACIOMARA REGO MACHADO DO NASCIMENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000004727

Conta: 000000005647-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

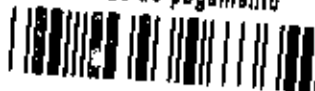
Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO _____

Autorização de pagamento



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, inclusive de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MAURECIO SOUSA DE ARAUJO

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.518.073 EXPEDIDO POR SSP-PR EM 29/07/13 E

CPF 4112325773-20 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO Perito ou

E RENDA MENSAL DE R\$ 2.000,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MAURECIO SOUSA DE ARAUJO AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 145/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTÉ: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

07 AGO 2017

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4727 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013 000056478

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA ITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Altos-PI, 02 de AGOSTO de 2017

LOCAL E DATA

Maurecio Sousa de Araujo
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a Tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



07 AGO 2017



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

Boletim de ocorrência

8 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 108505.001/12/2017-01

Unidade de Registro: 14º DP - ALTOS

Resp. pelo Registro: Airton Lira Do Nascimento

Data/Hora: 06/06/2017 - 18:59

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

14º DP - ALTOS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ALTOS

Endereço

AV NOSSA SENHORA DE FÁTIMA (BR 343), Nº:

Complemento

Data/Hora

26/01/2017 - 20:00

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

PERTO CLUB UNSCARAI

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MAURICIO SOUSA DE ARAÚJO

RG: 1518073 SSP PI

Mãe: DIONIZIA SOUSA DE ARAÚJO

Paí: LUIS MARIANO DE SOUSA

Endereço: RUA 24 DE JANEIRO, Nº 214

Bairro: SÃO LUIZ

Cidade: ALTOS - CEP: 64290-000

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam: Cor:

1 - HONDA. CG 150 TITAN ES

2005 LVX7432 9C2KC08505R813285

847711676

Preta

Condutor: MAURICIO SOUSA DE ARAÚJO

RG: 1518073 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA 24 DE JANEIRO Número: 214 Complemento:

Cidade: ALTOS UF: PI Bairro: SÃO LUIZ

Proprietário: DIONIZIA SOUSA DE ARAÚJO

Cidade: ALTOS UF: Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE DIZ QUE NA MOTO ACIMA REFERIDA TRANSITAVA EM SUA MÃO PREFERENCIAL SENTIDO OESTE/LESTE PARA SUA CASA, E NA OUTRA MÃO EM SENTIDO CONTRÁRIO (LESTE/OESTE) TAMBÉM TRANSITAVA UM CARRO DESCONHECIDO; QUE DE REPENTE O CARRO FEZ MANOBRA À ESQUERDA HAVENDO UMA COLISÃO ENTRE AMBOS VEÍCULOS; QUE COM A COLISÃO O NOTICIANTE FOI SACADO DA MOTO PARA O ALTO E CAIU BATENDO A CABEÇA NO CHÃO E DESMAIOU; QUE FOI CHAMADO SAMU, QUE O LEVOU AO HOSPITAL JOSÉ GIL BARBOSA, NESTA CIDADE, ONDE FOI REGULADO PARA O HUT, EM TERSINA/PI; QUE TEVE FRATURAS NA CABEÇA, SENDO NECESSÁRIO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E TEVE OUTRAS LESÕES PELO CORPO.

Airton Lira Do Nascimento - Mat. 009487X
AGENTE DE POLÍCIA

MAURICIO SOUSA DE ARAÚJO - Noticiante
Responsável pela Informação

07 AGO 2017



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



768 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 108505.001112/2017-01

Delegado de Polícia

07 AGO 2017

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO

Declaração de inexistência de IML



Eu, MAURICIO SOUSA DE ARAUJO, portador da carteira de identidade nº 1.518.072 e inscrito no CPF/MF sob o nº 972325773-20 residente e domiciliado na RUA VINTE ANTONIO DE SANESEN Nº 1894 Cidade ALTOS Estado PIAUÍ 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ALTOS-PI 02-08-2017

Local e data

07 AGO 2017



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

REGISTRO DE ATENDIMENTO
Serviço Móvel de Atendimento

Comprovação de ato declaratório



U
2

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município - UF	Código IBGE			
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			16 Idade
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência			
Adiente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de Segurança	
	23 Glasgow =	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Local da lesão
Exame Físico	25 Pupilas	26 Pulso radial	27 Sinais vitais	28 Pulso radial	
	29 Hospital de destino	30 Condições de entrada			
Procedimentos Realizados	31 Óbito				
	OBSERVAÇÕES				
Responsável pela recepção Sacrista Médico DE: Liana Souto Enfermeiro Juliana Condutor VAGNER					

UMA2
123



REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR
Seção Geral de Atendimento de Urgência - SAMU

UNIDADE DE ATENDIMENTO
HOSPITAL DE URUÍ - SAMU

01 Data do atendimento	02 Data de chegada	03 Data de saída
04 Data de chegada ao hospital	05 Data de saída do hospital	06 Data de chegada ao hospital

07 Data de chegada ao hospital	08 Data de saída do hospital

09 Data de chegada ao hospital	10 Data de saída do hospital

11 Data de chegada ao hospital	12 Data de saída do hospital

13 Data de chegada ao hospital	14 Data de saída do hospital

15 Data de chegada ao hospital	16 Data de saída do hospital

17 Data de chegada ao hospital	18 Data de saída do hospital

19 Data de chegada ao hospital	20 Data de saída do hospital

21 Data de chegada ao hospital	22 Data de saída do hospital

23 Data de chegada ao hospital	24 Data de saída do hospital

25 Data de chegada ao hospital	26 Data de saída do hospital

27 Data de chegada ao hospital	28 Data de saída do hospital

29 Data de chegada ao hospital	30 Data de saída do hospital

31 Data de chegada ao hospital	32 Data de saída do hospital

33 Data de chegada ao hospital	34 Data de saída do hospital

35 Data de chegada ao hospital	36 Data de saída do hospital

37 Data de chegada ao hospital	38 Data de saída do hospital

39 Data de chegada ao hospital	40 Data de saída do hospital

41 Data de chegada ao hospital	42 Data de saída do hospital

43 Data de chegada ao hospital	44 Data de saída do hospital

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04727

CONTA: 000000005647-8

Nr. da Autenticação 171520300D85D2FB

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURICIO SOUSA DE ARAUJO

BANCO: 104

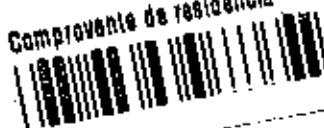
AGÊNCIA: 04727

CONTA: 000000005647-8

Nr. da Autenticação 2A6FF7510EAF50B3

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, MAURICIO SOUSA DE ARAUJORG nº 1.518.073, data de expedição 29/07/13, Órgão SSP-PI,

CPF nº 772.325-773-20 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comorovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua vinte e quatro de JANEIRO</u>
Número	<u>1594</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Santo ANTONIO</u>
Cidade	<u>AITOS</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64-290-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 994960120</u> <u>(86) 995144814</u>
E-mail	

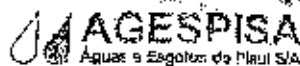
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: AITOS-PI 02-08-2017

Assinatura do Declarante:

Mauricio Sousa de Araujo

07 AGO 2017



Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
 Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
 Internet: www.agespisa.com.br
 Atendimento ao Consumidor: 06000 86 8688

Fatura Mensal

MATRICULA 26993-0		Hidrometro A91N060565		MAI/2017																																					
Nome/Razão Social/Endereço DIONISIA SOUSA ARAUJO RUA VINTE QUATRO DE JANEIRO, 1594 SANTO ANTONIO ALTOS 64290000 AQ= 2																																									
Situação 3/1	Res. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.		Inscrição 4 2 04 0241 0450-000																																					
07/04/2017		09/05/2017		32																																					
Histórico de Consumo <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Locum</th> <th>Consumo</th> <th>Coef</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>11/16</td><td>3122</td><td>10</td><td>21</td></tr> <tr><td>12/16</td><td>3132</td><td>10</td><td>21</td></tr> <tr><td>01/17</td><td>3142</td><td>10</td><td>21</td></tr> <tr><td>02/17</td><td>3152</td><td>10</td><td>21</td></tr> <tr><td>03/17</td><td>3162</td><td>10</td><td>21</td></tr> <tr><td>04/17</td><td>3172</td><td>10</td><td>21</td></tr> <tr><td>05/17</td><td></td><td>10</td><td>21</td></tr> </tbody> </table>			Mês/Ano	Locum	Consumo	Coef	11/16	3122	10	21	12/16	3132	10	21	01/17	3142	10	21	02/17	3152	10	21	03/17	3162	10	21	04/17	3172	10	21	05/17		10	21	Forma de Faturamento Z1-HIDROMETRO EMBACADO <table border="1"> <tr> <td>Cód. Responsável 000269930</td> <td>Código da Tarifa 01</td> </tr> <tr> <td>Consumo Médio 10</td> <td>Consumo Faturado 10</td> </tr> </table>			Cód. Responsável 000269930	Código da Tarifa 01	Consumo Médio 10	Consumo Faturado 10
Mês/Ano	Locum	Consumo	Coef																																						
11/16	3122	10	21																																						
12/16	3132	10	21																																						
01/17	3142	10	21																																						
02/17	3152	10	21																																						
03/17	3162	10	21																																						
04/17	3172	10	21																																						
05/17		10	21																																						
Cód. Responsável 000269930	Código da Tarifa 01																																								
Consumo Médio 10	Consumo Faturado 10																																								
Cód. Nome do Serviço AGUA MANUTENCAO HIDROMETRO				Valor (R\$) 25,73 1,60																																					

15/05/2017 27,33
 PAGUE ATÉ O VENCIMENTO, EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS/MORA
 CONFORME LEI FEDERAL 11.455/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetro	Turbidez	Cor	Oxig	pH	Ferro	Cál. Totais	Excertichia Col
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,5 a 8,5	0,3	Acum. 10	Acum. 10
NP Mínimo de Amostras Coletadas							
NP Amostras Realizadas							
NP Amostras que Atende Legislação	0,62	2,46	1,55	7,68	0,00	0,00	0,00
Valor Médio							

RESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.
 DEBITOS QUITADOS NESSE CLIENTE ATF 0627/2016 LEI 12007/09
 EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES
 PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

07 AGO 2017

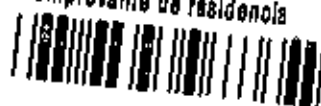
Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGETICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 155 - Centro - Teresina - PI
CEP: 64.000-000
Fone: (085) 322.10.37
Fax: (085) 322.10.37

Para remissão em
Eletrobras, informe
nº de matrícula

Nº da Nota Fiscal: 000531672

Comprovante de residência



PARCO/2016 23/03/2016 30 85,77

ACIONARA REGO HACHADO DO NASCIMENTO
R. DOM PEDRO II S/N B-IRDANO
CPF: 0009802946300
CEP: 64.250-000 - ALTOS

ROT: 110.322.10.37.284410

Atual:	1111	Parcela:	16/03/2016
Anterior:	1108	Anterior:	15/02/2016
Constante de Multiplicação:	1.000	Anterior:	14/01/2016
Constante de Redução:	3	Anterior:	16/03/2016
Constante de Fator:	30	Anterior:	16/03/2016
		Anterior:	16/03/2016

RESIDENCIAL HONORATO 158932 1111 168

FEV/16	0	CONSUMO	10 A R3 0.4890G1 =	14,67
JAN/16	0	CORRECAO MONETARIA 10% (2X)		5,14
DEZ/15	54	MULTA POR ATRASO (2X)		4,00
NOV/15	91	PARCELAMENTO DE DEBITOS 5/16		57,29
OUT/15	110	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER		4,67
SET/15	176	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,23	
AGO/15	411	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	0,41	
JUL/15	224			
JUN/15	0			
MAI/15	0			

TAXA DE TRIBUTOS:
PA 30 - 0.461670

RESERVAÇÃO DO FISCO 680A.232F.22AC.7E2F.4257.440A.03FD.0D20
O valor da reserva é de R\$ 22.474,00, correspondente ao valor da reserva de término de contrato de 02/2016, acrescido de juros e multa por atraso, totalizando R\$ 22.474,00.
A COBRANÇA DO SERVIÇO DE INTERFERÊNCIA INCLUIDA EM SUA FATURA PODE SER PARCELADA EM QUANTO TEMPO, EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO, EM CASO DE SINTOMAS DE DENGUE, CHIKUNGUNYA OU ZIKA. DIRIGIR-SE AO SUSCIGUE 0800.086.0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15, 10, 15, 20, 25.

Distribuição	4,75	Anterior	0,14
Energia	6,97	Anterior	0,67
Transmissão	0,64		
Perdas	1,50		
Impostos	0,81		

07 AGO 2017

0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ROT: 110.322.10.37.284410

Eletrobras
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGETICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 155 - Centro - Teresina - PI
CEP: 64.000-000
Fone: (085) 322.10.37
Fax: (085) 322.10.37

SERVIÇO
139676-0

TOTAL A PAGAR - R\$
85,77

DEBITO
03/2016

VENCIMENTO
23/03/2016

Nº da Nota Fiscal: 000531672 FCM