



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0288818-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 755 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-99 - Insc. Estadual: 15.301.363-6
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U-1
Registro Especial de Imprensa autorizado pela SE 42.06/98

Nº da Nota Fiscal 008300681

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2018	17/07/2018	189	180,13

GLEIDISTONY LOUZEIRO MACIEL
R. CEL. JOSE NOGUEIRA 183 CENTRO CENTRO
CPF: 00081912587149

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	43583	Atual:	10/07/2018
Anterior:	43394	Anterior:	12/06/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	10/08/2018
Consumo Medido:	189	Emissão:	09/07/2018
Consumo Faturado:	189	Apresentação:	10/07/2018
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	28
Código de Irregularidade:	FCAM		

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	TRI	D088030		1.1.1.3	244

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
JUN/18	279	CONSUMO 189 A R\$ 0,832300	157,30
MAI/18	247	CONTR. ILUMINACAO PUB. CCOSIP	22,83
ABR/18	215	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA	
MAR/18	223		
FEV/18	188		
JAN/18	280		
DEZ/17	252		
NOV/17	301		
OUT/17	224		
SET/17	251		
TARIFA DE TRIBUTOS:			
J A 185 - 0,534000			



MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 2 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 09/07/2018, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVA DO FISCAL B461.3643.012D.002D.0F4D.C113.DFBS.DDFC

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	32,59	Base de Cálculo:	157,30
Energia:	61,98	Alíquota ICMS:	22,00%
Transmissão:	9,75	Valor do ICMS:	34,60
Encargos:	9,87	Valor do PIS:	1,52
Tributos:	43,11	Valor do COFINS:	6,99

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	OIC			PIC			DHIC	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Anual
Limite	3,45	16,91	33,82	3,99	7,98	15,96	4,65	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Conjunto GILBUES								
Período de aplicação:						05/2018	DUVIDA	72,04

CONSULTA BÁSICA

DATA: 31/08/18

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: Diogenes Juan Soares Evangelista
Data de Nascimento: 15/03/98 Idade: 20 Telefone: _____
Endereço: Rua Milton Brandão Município: Barro Duro
Identidade: _____ Nº CNS: 508404724300002

COLETA DE DADOS:

Alergias: (S) (N) _____
H.P.P HAS (S) (N) Diabetes (S) (N) Tabagista (S) (N) IAM (S) (N) AVC (S) (N) _____
Cirurgias (S) (N) _____ Outras: _____
Medicações em Uso: _____

EXAME FÍSICO:

PA: 110/70 mmHg TAX: _____ Glicemia: 110 mg/dL FC: 68 bpm FR: _____

Peso: _____ Altura: _____ Sat. O₂: 98%

Queixa Principal: _____

Hipótese Diagnóstica: Insidiente hipertensão

Prescrição: 1 SF 0,9% - 500 ml EV aberto

2. Quixote 50% - 3 amp EV

3. Oximetria - 1 amp + AD EV

4. O₂ via cateter nasal - 5L/min

5. Auscultações

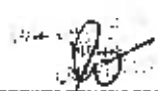
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

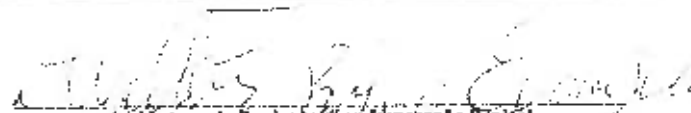
22 JAN 2019

DPVAT

EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

Hemograma () Bioquímico () Enz. Card. () EAS () RX () USG () TC () ECG () TGO () TGP ()
Parasitológico de Fezes ()


Assinatura do Médico e Carimbo


Assinatura do Paciente e/ou Impressão Digital

OBS.: A consulta é paga pelo SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa.

Às 22.00 h paciente deu entrada neste serviço com TCE grave após acidente motociclístico sem capacete, encontra desacordado, péssimo estado geral, hipocrado, taquipneico, bradicárdico, com queda de SaO_2 ($98\% \rightarrow 76\% \rightarrow 61\%$), ferido em região craniana e múltiplas escoriações.

Hospital não dispõe da realização de exames, realizados primeiras socorros com materiais disponíveis e encaminhado após estabilização de SaO_2 e PA, para UPA do Promotor (serviço de referência). Gleason: 8.

PA: 130 x 80

SaO_2 : 90%

FC: 48

FR: 21

Em Conformidade
MÉDICO
CON.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 057.290.083-09 Nome completo da vítima: Thomas Ruon Soares Evangelista

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

Nome completo: Thomas Ruon Soares Evangelista CPF: 057.290.083-09
Profissão: Estudante Endereço: R. Deputado Milton Brondão Número: 51N Complemento: _____
Bairro: Bononeira Cidade: Bonito Duro Estado: Piauí CEP: 64455-000
E-mail: gleidistonysociel@hotmail.com Tel (DDD): (86) 99999-4744

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$2.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3824 CONTA: 25462 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização no Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pe o motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/sócio(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

Local e Data, Unmu - 22.09.15
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Thomas Ruon Soares Evangelista
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

gleidistonysociel
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE E DO COMPROVANTE RESIDENCIAL.



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



BULETIM DE OCORRÊNCIA Nº 369/2018

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI Resp. pelo Registro: MARCO SUEL DA SILVA
Autoridade Policial: BEL SERGIO SOUSA ALENCAR Data/ Hora: 01/11/2018-09:30

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI Data/ Hora: 31/08/2018-21:00
Município: BARRO DURO-PI Bairro: ZONA RURAL
Endereço: POVOADO BREJÃO
Complemento:

DADOS DO INFORMANTE

Nome: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA
Documentos: RG: 3.914.427 SSP-PI; CPF: 057.250.083-09
Nacionalidade: BRASILEIRO
Naturalidade: TERESINA-PI
Estado civil: solteiro(a)
Profissão: ESTUDANTE
Nascimento: 18/03/1998
Filiação: ANA CLAUDIA SOARES LOPES/WALTER BISPO EVANGELISTA
Endereço: RUA DEP MILTON BRANDÃO
Complemento:
Bairro: BANANEIRA
Município: BRRO DURO-PI
Telefone(s):

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

- SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

Dados do Veículo:

- Tipo: motocicleta
- Marca/ Modelo: HONDA CG 125/TITAN ES
- Ano/Modelo: 2004/2004
- Cor: VERDE
- Placa: LWB 5062
- Chassi: 9C21C30204R036511
- Renavam: 00823452220
- Proprietário: WANDEIULA EVANGELISTA DOS SANTOS

Narrativa:

QUE conduzir motocicleta automotor em estrada não pavimentada sentido povoado Brejão- Cidade de Barro DURO-PI, quando sofreu acidente automobilístico, provocado devido as péssimas condições de conservação da via, sofrendo inúmeras lesões corporais em decorrência do acidente(rompimento de uma veia no crânio ;exigindo intervenção cirúrgica),tendo recebido os primeiro atendimento no Hospital da Cidade de Barro DURO-PI, SENDO TRANSFERIDO IMEDIATAMENTE para o hospital de URGENCIAS DE DE TERESINA-HUT DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO.

MARCO SUEL DA SILVA
Resp. pelo Registro

THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA
Resp. pela Informação

Bel Sérgio Sousa Alencar
Delegado de Polícia Civil

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 057.290.083-09 Nome completo da vítima: Thomas Ruon Soares Evangelista

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

Nome completo: Thomas Ruon Soares Evangelista CPF: 057.290.083-09
Profissão: Estudante Endereço: R. Deputado Milton Brondão Número: SIN Complemento: _____
Bairro: Bononeira Cidade: Bom Duro Estado: Piauí CEP: 64455-000
E-mail: gleidstonymociel@hotmail.com Tel (DDD): (86) 99999-4744

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$2.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3824 CONTA: 25462 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização no Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pe o motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/sócio(a): ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

Local e Data, Unmu - 22.09.15
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Thomas Ruon Soares Evangelista

2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE E DO COMPROVANTE RESIDENCIAL.

Recebido em:

CLÍNICA

CRM 1884-PI

Dantas da Fonseca

PSIQUIATRIA CLÍNICA

30 MAI 2019

RECEITUÁRIO

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Atestado

Atesto para os devidos fins,
Thomas Ruan Soares Evangelista,
em acompanhamento médico es-
pecializado, em razão de medicação
ap, em consequência de estresse
catagórico do o médico, FOG 9+6403
de CID-10, incluindo em condutas
para suas atividades de trabalho,
para não sofrer com
seus problemas, devido

Teresina, 08.05.19

Dr. Antônio Luiz Dantas da Fonseca
CLÍNICA MÉDICA/PSIQUIATRIA CLÍNICA
CRM-1884-PI CPF-183.710.513-87
CNS-181.240.156.80.0009

Médico

Av. José do Santos e Silva, 1980 - Centro/Sul
Celular: (86) 99452-6045 / 98836-8245 • Teresina - Piauí

Receituário Controle Especial

Identificação do Emitente

Nome completo: **Dr. Antonio Luiz Dantas da Fonseca**

CRM: **1884** UF: **PI**

End. Completo e Telefone: **Av. José dos Santos e Silva, n° 1980**

Centro/Sul - ☎ (86) 99452-6045 / 98836-8245

Cidade: **Teresina**

UF: **PI**

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

Recebido em:

30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Paciente: Thomas Ruane Soares Gurgel

Endereço: _____

Prescrição: R

① Carbamazepine 200mg — 03x

→ 1x/dia de 12/12/18

② Risperidone 2mg — 03x

→ 1x/dia de 12/12/18

Data: 08/05/19

Identificação do Comprador

Nome: _____

Ident: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: 1/1

Dr. Antônio Luiz Dantas da Fonseca
CLINICA MEDICA/PSIQUIATRIA
CRM-1884-PI
CNS-181.240-853-87
80.0009



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Prontuário: 486913)
Endereço: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 18/03/1998 Idade: 20a7m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 682051
Requisição: 869429 Solicitação: 01/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1076380 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 01/09/2018

T.C. DE TORAX

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

- TUBO OROTRAQUEAL.
- OPACIDADES IRREGULARES EM LOBO INFERIOR ESQUERDO.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/10/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
Profissional Responsável

Recebido em:

30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Prontuário: 486913)
Endereço: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 18/03/1998 Idade: 20a7m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 682051
Requisição: 869430 Solicitação: 01/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1076381 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 01/09/2018

T.C. DE ABDOME

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

- EXAME REALIZADO SEM O USO DO MEIO DE CONTRASTE VIA ORAL E ENDOVENOSO, LIMITANDO MELHOR AVALIAÇÃO DO CASO.
- 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.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/10/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Prontuário: 486913)
Endereço: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 18/03/1998 Idade: 20a7m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 682051
Requisição: 869431 Solicitação: 01/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1076382 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 01/09/2018

T.C. DE PELVE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 5MM DE ESPESSURA E 5MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- EXAME REALIZADO SEM O USO DO MEIO DE CONTRASTE VIA ORAL E ENDOVENOSO, LIMITANDO MELHOR AVALIAÇÃO DO CASO.
- BEXIGA DE VOLUME NORMAL, PAREDES LISAS E CONTEÚDO HOMOGÊNEO.
- URETERES DE CALIBRE NORMAL.
- PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS PRESERVADAS.
- ALÇAS INTESTINAIS DE CALIBRE E CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- AUSÊNCIA DE LESÕES EXPANSIVAS OU DE LINFONODOMEGALIAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/10/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Prontuário: 486913)
Endereço: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 18/03/1998 Idade: 20a7m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 682051
Requisição: 869432 Solicitação: 01/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1076383 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 01/09/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIS AMPLOS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/10/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Prontuário: 486913)
Endereço: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 18/03/1998 Idade: 20a7m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 682051
Requisição: 869433 Solicitação: 01/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1076384 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 01/09/2018

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:

- LINHA DE FRATURA EM REGIÃO PARIETAL E MASTÓIDE À ESQUERDA.
- HEMATOMA SUBDURAL AGUDO FRONTO-PARIETO-TEMPORAL DIREITO, COMPRIMINDO O ENCÉFALO ADJACENTE.
- HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA SUPRATENTORIAL À DIREITA.
- CONTUSÕES ENCEFÁLICAS EM LOBO TEMPORAL DIREITO.
- REDUÇÃO VOLUMÉTRICA DO VENTRÍCULO LATERAL DIREITO.
- DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MEDIANA PARA ESQUERDA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/10/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47890
SAME HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Prontuário: 486913)
Endereço: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 18/03/1998 Idade: 20a7m5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 221890
Requisição: 871472 Solicitação: 07/09/2018 Solicitante: CLECITON BRAGA TAVARES
Controle: 1079071 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 LEITO 150

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 07/09/2018

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:

- EXTENSA CRANIECTOMIA À DIREITA.
- TÊNUE HEMORRAGIA SUBARACNOÍDEA À DIREITA.
- CONTUSÕES ENCEFÁLICAS EM LOBO TEMPORAL DIREITO.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/10/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

Joana Luísa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
CONFERE COM O C



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

03/05/18
a 5:00

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA		Prontuário: 486913	
Mãe: ANA CLAUDIA SOARES LOPES	Pai: WALTEIR BISPO EVANGELISTA		
End. Resid.: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 18/03/1998	Idade: 20a5m14d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99915-2588
Responsável: JOSE OSMAR	CNS: 705202477301172		
Profissão: NAO INFORMADO	CPF: - - - - - RG: 3914427 - SSP PI		
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Solteiro(a)		
End. Local: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 682051	Data: 01/09/2018 03:15:17	Condução: AMBULANCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		
Acid. Trab.: Não	Trajetos?: Não	Convênio: S U S
Tipico: Não	CID Secundário: V299	

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico trazido pelo STUV, sendo que acidente ocorreu há 12h, em tempo de horas chuvosas, não fazendo uso de capacete e ingeriu bebida alcoólica. Paciente chegou com RUC, (Glasgow 8), pupilas midriáticas, sendo encaminhado para UTI-Intensivos, sobzato monitorado.

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME CEFALORADICULAR
DATA: 01/09/18 04:15h

PA: ☒ mmHg	Pulso:	FC: bpm	Temp.:
Diagnóstico Inicial:	CID:		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitado: TC de Crânio, TC de Coluna Cervical, TC de Abdomen Superior, TC de Abdomen Inferior, TC de Tórax.

ALTA:	☐ Melhorado	☐ Administrativa	☐ Retornar à Origem:
	☐ Curado	☐ Por Indisciplina	☐ Transferência:
ÓBITO:	☐ Inalterado	☐ Por Evasão	
	☐ A Pedido		
DESTINO:		DATA SAÍDA:	HORA:
☐ Até 24 Hs		☐ Internação na Unidade	
☐ De 24 a 48 Hs		Proced. Solicitado:	
☐ Após 48 Hs		CID Compatível:	
Recebido em 30 MAI 2019		Prof. Solicitante Internação:	

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Imp: 01/09/2018 03:17:08

(PATRICIA MESQUITA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**DADOS DO PACIENTE:**

Nome: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA		Prontuário: 486913
Mãe: ANA CLAUDIA SOARES LOPES		Pai: WALTEIR BISPO EVANGELISTA
End. Resid.: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 18/03/1998	Idade: 20a5m14d	Sexo: Masculino Fone: 86-99915-2588
Responsável: JOSE OSMAR		CNS: 705202477301172
Profissão: NAO INFORMADO		Documento: CPF: - - -
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Solteiro(a)
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 682051	Data: 01/09/2018 03:15:17	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: 3 U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 01/09/18 4:11	ESPECIALISTA: IEFER
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: PC - Paciente de motor e motor - TOTALMENTE	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/9/18

Data/Hora: 1/9/18	ESPECIALISTA: IEFER
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: PC - Paciente de motor e motor - TOTALMENTE	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 1/9/18	ESPECIALISTA: IEFER
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Az ead campo geral	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/9/18	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 340771895		Nº REGULAÇÃO: 39573	TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:		2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:		5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO:	NEUROCIRURGIA		
PACIENTE: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA		NASCIMENTO: 18/03/1998	

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA +OU- 3 HORAS TRAZIDO POR AMBULANCIA, COM REBAIXAMENTO DO NIVEL DE CONSCIENCIA(GLASGOW 10). COM HALITO ETILICO, EUPNEICO, ESTAVEL,ABDOME FLACIDO E SEM IRRITAÇÃO PERITONEAL. OTORRAGIA ESQUERDA,ANISOCORIA.SOLICITO TRANSFERENCIA PARA HUT PARA REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA DE CRANIO E AVALIAÇÃO NEUROCIRURGIAO			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO DA CABECA			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 110x70(mmHg)	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA:	01/09/2018 02:42:16
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO	



[illegible]



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Francisco Ruan Sousa Evangelista	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA		LEITO
À CLÍNICA		

MOTIVO DA CONSULTA
TCE Grave IEP de emergência ASPA
à Pin
Controle cognitivo
Solicito Avaliação/Conduta Especializada

DATA

02/09/18

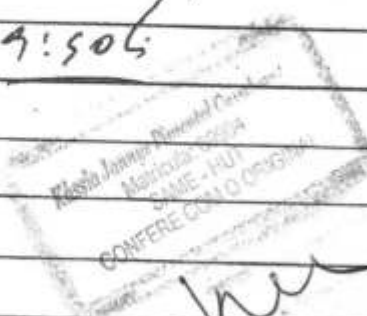
ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

+ Córneo pré-operatório satisfatório.
Lítero-nódulo base presente
ulcerosa do epi do hipertermia intraocular

Id: Retinor Seobores
Lúmen de amniotomia

02/09/18 4:50h



Dr. Leônidas Moura
Neurologista
CRM 54.3482

DATA: ____/____/____



Hospital de Urgência de Teresina - HUT

PRESCRICAO MEDICA
- NEUROCIRURGIA -

EVOLUCAO MEDICA

PACIENTE:

Thomaz Pires Pires - Evangelista

DATA:

ENFERMARIA:

PDE Caudal de drenagem

MEDICAMENTOS		HORARIO	# UT
1.	Dieta <i>pro</i>	<i>12h 15h 18h 21h</i>	16:20h
2.	SF 0,9% - 2000ml EV em 24h	<i>() () ()</i>	257
3.	Dipirona - 1amp EV de 6/6h - SN		Blanco de M. de Oliveira
4.	Plasil - 1amp EV de 8/8 - SN		CRM-1613299
5.	Omeprazol 40mg - 1amp EV 1x/dia		
6.	Thiactil - 1amp EV de 12/12h		
7.	Tecanin 100mg + 100ml SF EV de 8/8h - SN	<i>12h 15h 18h 21h</i>	
8.	Fentoina 100mg + 18ml AD EV de 8/8h	<i>12h 20</i>	
9.	Clexane 40mg SC 1x/dia		
10.	Cabeceira elevada		
11.	SSV e CCGG		
12.	<i>Indometacina - 50mg</i>	<i>12h 15h 18h 21h</i>	
13.	<i>Fenilbutazona - 300mg</i>	<i>12h 15h 18h 21h</i>	
14.	<i>SF 0,9% - 2000ml</i>	<i>12h 15h 18h 21h</i>	
15.	<i>Indometacina - 50mg</i>	<i>12h 15h 18h 21h</i>	
16.			
17.			
18.	<i>Indometacina - 50mg</i>		
19.			



RELATÓRIO DE ALTA DA UTI NEUROLÓGICA

Paciente, THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA, 20 anos, DN:18/03/1998, prontuário: 486913, deu entrada no Hospital de Urgência de Teresina no dia 01/09/2018, vítima de acidente automobilístico. Na admissão no HUT apresentou glasgow 6 e pupilas anisocóricas (D>E) e TC de crânio evidenciando hematoral subdural à direita(HSD), com desvio de linha média, sendo encaminhado para o centro cirúrgico para drenagem de HSD e craniectomia descompressiva.

Foi admitido na UTI neurológica no dia 01/09/2018, proveniente da sala de recuperação pós-anestésica, em regular estado geral, sob sedoanalgesia contínua com fentanil e dormonid, RASS -4, anisocoria (D>E). Intubado em ventilação mecânica (A/C). AR: murmúrio vesicular presente bilateralmente, ausência de ruídos adventícios. Hemodinamicamente estável sem uso de drogas vasoativas. AC: ritmo regular, normocárdico. Abdome: ruídos hidroaéreos presentes, abdome plano e depressível, sem visceromegalias.

Evoluiu com boa resposta ao desmame ventilatória e redução da sedoanalgesia. Atualmente, o paciente encontra-se consciente, responsivo às solicitações verbais, sem sedoanalgesia, Glasgow = 15 (AO:4, RV:5, RM:6), pupilas isocóricas, médias, fotorreagentes. Sem IOT há mais de 24h, em ventilação espontânea, aporte O2 sob nebulização, SatO2 99%. AR: murmúrio vesicular reduzidos, sem ruídos adventícios. Hemodinamicamente estável sem uso de drogas vasoativas. AC: bulhas normofonéticas, ritmo regular, dois tempos, sem sopros. Enchimento capilar < 2s, pulsos radiais fortes e extremidades quentes. Normotenso, afebril. Abdome flácido, RHA+, depressível, sem massa ou visceromegalia.. Em dieta oral. Bom débito urinário. Em uso de cefepime 2g/dia(D6/7).

Exames laboratoriais (05/09/2018): Hemoglobina: 12,1g/dl; Hematocrito: 35,2%; Leucócitos: 19800; Plaquetas: 198000; Ureia: 23; Creatinina: 0,6 mg/dl; Potássio: 4,22 mmol/L; Sódio: 134,4 mmol/L; Cálcio: 1,108 mmol/L.

Alta da UTI NEURO.

Teresina, 05/09/2018

Médico Plantonista





FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



Prefeitura de
Teresina

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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro cirúrgico

PACIENTE: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA			PRONT.: 486913
Diagnóstico pré-operatório: TCE GRAVE / PO DE CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA			
Operação tipo: IMPLANTE DE CATETER CENTRAL			
Cirurgião: ELANE EVANGELISTA		1º Assistente:	
Instrumentadora:		Anestesia: Local	
Anestésico: Xilocaína 2% sem adrenalina			
Data da Operação: 01/09/2018		início:	Fim:
Diagnóstico Pós-operatório:			
Relatório Imediato do patologista;			
Acidente durante a operação: NÃO HOUVE			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO			
1. ASSEPSIA + ANTISSEPISIA			
2. COLOCAÇÃO DE CAMPO ESTÉRIL			
3. ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAINA 2%			
4. PUNÇÃO VENOSA CENTRAL SUBCLÁVIA DIREITA			
5. FIXAÇÃO DO CATETER COM NYLON 3-0			
6. CURATIVO			
<i>Elane de Moura Evangelista</i> Médica CRM-PI 3396			
<i>Márcia Juvenal Pinheiro</i> Médica CRM-PI 65534 SAME - FHT CONFERE COM O ORIGINAL			



FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



Prefeitura de
Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		ÓRTESE E PRÓTESE - OPME
DIÁRIA DE UTI		FATORES DE COAGULAÇÃO
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		GASOTERAPIA
HEMODERIVADOS		NUTRIÇÃO PARAENTERAL / ENTERAL
DIÁLISE / HEMODIÁLISE		PROCEDIMENTO FORA DA FAIXA ETÁRIA
ALBUMINA HUMANA 20%	X	IMPLANTE DE CATETER CENTRAL

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** PRONT.: 486913

PROC. ANT.: _____ PROC. SOLICITADO: _____

JUSTIFICATIVA:

Paciente em estado geral grave, instabilidade hemodinâmica, necessitando de acesso venoso central (implante de cateter duplo lúmen).

DATA: 01/09/2018

Elane de Morais Evangelista
Médica
CRM-PI 3396

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:



ASSINATURA DO AUDITOR



Prefeitura de
Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

FISIOTERAPIA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: THOMAS PUAN S. EVANGELISTA Nº PRONT.: 486913 Nº LAUDO: 2213890

() GRANDE QUEIMADO COD. 0302070028 () MEDIO QUEIMADO COD. 0302070010 () FISIOTERAPIA COD. 0302050035

JUSTIFICATIVA

PACIENTE ACAMADO, - PRECISA DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA E MOTORA PARA GARANTIR A MELHORA DOS SISTEMAS RESPIRATÓRIO E CARDIOVASCULAR.

Dr. Marcos Aurélio P. da Veiga
Médico Auxiliar Internista - HUT
CRM 253001

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

Elasda Juracy Pinheiro Cavalcante
Médica - R0004
- SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: / /

ASSINATURA DO AUDITOR



Prefeitura de
Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE UTI (TIPO II)

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE: THOMAS RUAN S. EVANGELISTA Nº PRONT.: 486913 Nº LAUDO: 221810

() UTI ADULTO COD. 0802010083

() UTI PEDIÁTRICA 0802010156

JUSTIFICATIVA

**PACIENTE GRAVE APRESENTANDO INSTABILIDADE CLÍNICA
E NECESSIDADE DE VIGILÂNCIA PERMANENTE**

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA: / /

ASSINATURA DO AUDITOR



26/09/18
Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMT - Teresina
CRM 21426 - C.R.S 170239512001





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente

Thomas Pinna Souza Evangelista

Diagnóstico pré-operatório

Hernia Subcumb + Edema testicular

Operação - Tipo

Circuncisão + Orquiopexia + Orquiectomia

Cirurgião

Antonio Costa

1º Assistente

2º Assistente

3º Assistente

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

01/08/18

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

0403010306 - 5065

0403010020

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação



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

- ① MV, video assistido
- ② Incisão tipo "curbun" FTP- ⑤
- ③ Circuncisão simples FTP- ③
- ④ Orquiopexia seguida de drenagem de hernia;
- ⑤ Drenagem "flap" com drenagem temporária controlada;
- ⑥ Sutura com pontos
- ⑦ Sutura simples
- ⑧ Sutura por plano

Assinado por
Cirurgião
CRM: 12345

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 127858

AIIH: 2218101683006



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HU T

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HU T

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

206164924720002

NOME DO PACIENTE

THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

NASCIMENTO

18/03/1998

SEXO

M

PRONTUÁRIO

486913

DOCUMENTO CPF

057200000000

TELEFONE

NOME DA MÃE

ANA CLAUDIA SOARES LOPES

RESPONSÁVEL

JOSE OSMAR

CEP

64155000

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

XX

BAIRRO

CENTRO

COMPLEMENTO

CASA

MUNICÍPIO

BARRIO DO REI

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO EVOLUINDO COM TETRA PARALISIA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM 30 DIAS DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EFETIVO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S005 - HEMORRAGIA SUBDURAL DEVIDA A TRAUMATISMO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

04150200 - PROCEDIMENTOS SEQUELARIAIS EM NEUROCIRURGIA *

LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

CARÁTER

URGENTE

DATA SOLICITAÇÃO

01/09/2018

DATA ADMISSÃO

01/09/2018 07:15

DATA ALTA

20/09/2018 11:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR

NATUREZA DA LESÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

NOME DO PROFISSIONAL - PARECER, CONTROLE E VALIDAÇÃO

AUDITORIA

CONFERE COM O ORIGINAL

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

CPF: 000.000.000-00

CRM

DATA DE EMISSÃO

CRM

DATA DE RECEBIMENTO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

No. da Análise de Internação Hospitalar: 2421

65 127858

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	2218

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1-Nome:	THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA	6 - Prontuário:	486915
2-Data:	705202477301172	3-Data de Nascimento:	18/03/1998
		4-Sexo:	Masculino
11-Idade:	ANA CLAUDIA SOARES LOPES	RG:	3914427 - SSP PI
12-Idade:	JOSE OSMAR	12-Idade:	86-99915-25
13-Idade:	RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010	14-Idade:	Sam Informa
14-Idade:	TERESINA	15-Idade:	221100
		16-Idade:	PI
		17-Idade:	64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Sinais e sintomas clínicos:
 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TCE GRAVE+ TOT +VM
 0403010306 S065
 0403010020 G936

Exame físico:
 AS ACIMA

Exame de laboratório e exames de imagem:
 EXAME CLINICO

Exame de imagem:
 (Informação Posterior)

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

1-Processo: 0415020077		2-Procedimento Solicitado: PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA	
3-Clínica:	30-Caracter: Ident.:	11-Docum.:	12-Cod. Med. Solar.:
	02 01	CPE	963.244.413-10
13-Data Solicitante/Assistente:		14-Data Solicitada:	
ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA		20/04/2015	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

Nome: Marcondes Martins S. M. Data de Nascimento: 08/09/18 Local de Nascimento: Marcondes Martins S. M.		Nome: Marcondes Martins S. M. Data de Nascimento: 08/09/18 Local de Nascimento: Marcondes Martins S. M.	
Nome: Marcondes Martins S. M. Data de Nascimento: 08/09/18 Local de Nascimento: Marcondes Martins S. M.		Nome: Marcondes Martins S. M. Data de Nascimento: 08/09/18 Local de Nascimento: Marcondes Martins S. M.	



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Prontuário: 486913)
Endereço: **RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
Nascimento: 18/03/1998 Idade: 20a6m3d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 221890
Requisição: 869984 Solicitação: 02/09/2018 Solicitante: MILENA CANTUÁRIO CAVALCANTE
Controle: 1077192 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 215 LEITO 150

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 02/09/2018

TORAX PA

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 21/09/2018

GERSON LUIS MEDINA PRADO

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687

Profissional Responsável



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 14604 - Em: (20/09/2018)

nação:	Prontuário:	Paciente:
--------	-------------	-----------

21890	486913	THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA
-------	--------	--------------------------------

CLINICA NEUROLOGICA - P07

Informa:

Leito:	Médico Assistente:
--------	--------------------

原

Alergias:

Diagnóstico/Comorbidades:

FDS OF CRANIECTOMIA DECOMPRESSIVA EM 01/09

ETROD. per gramin. etc. 45
an. aff. h. 22

Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
ORAL TIPO BRANDA, ASSISTIDA								11h: 1^o de abx hospital 12h: 2^o de abx hospital 13h: 3^o de abx hospital 14h: 4^o de abx hospital 15h: 5^o de abx hospital 16h: 6^o de abx hospital 17h: 7^o de abx hospital 18h: 8^o de abx hospital 19h: 9^o de abx hospital 20h: 10^o de abx hospital 21h: 11^o de abx hospital 22h: 12^o de abx hospital 23h: 13^o de abx hospital 24h: 14^o de abx hospital 25h: 15^o de abx hospital 26h: 16^o de abx hospital 27h: 17^o de abx hospital 28h: 18^o de abx hospital 29h: 19^o de abx hospital 30h: 20^o de abx hospital 31h: 21^o de abx hospital 32h: 22^o de abx hospital 33h: 23^o de abx hospital 34h: 24^o de abx hospital 35h: 25^o de abx hospital 36h: 26^o de abx hospital 37h: 27^o de abx hospital 38h: 28^o de abx hospital 39h: 29^o de abx hospital 40h: 30^o de abx hospital 41h: 31^o de abx hospital 42h: 32^o de abx hospital 43h: 33^o de abx hospital 44h: 34^o de abx hospital 45h: 35^o de abx hospital 46h: 36^o de abx hospital 47h: 37^o de abx hospital 48h: 38^o de abx hospital 49h: 39^o de abx hospital 50h: 40^o de abx hospital 51h: 41^o de abx hospital 52h: 42^o de abx hospital 53h: 43^o de abx hospital 54h: 44^o de abx hospital 55h: 45^o de abx hospital 56h: 46^o de abx hospital 57h: 47^o de abx hospital 58h: 48^o de abx hospital 59h: 49^o de abx hospital 60h: 50^o de abx hospital 61h: 51^o de abx hospital 62h: 52^o de abx hospital 63h: 53^o de abx hospital 64h: 54^o de abx hospital 65h: 55^o de abx hospital 66h: 56^o de abx hospital 67h: 57^o de abx hospital 68h: 58^o de abx hospital 69h: 59^o de abx hospital 70h: 60^o de abx hospital 71h: 61^o de abx hospital 72h: 62^o de abx hospital 73h: 63^o de abx hospital 74h: 64^o de abx hospital 75h: 65^o de abx hospital 76h: 66^o de abx hospital 77h: 67^o de abx hospital 78h: 68^o de abx hospital 79h: 69^o de abx hospital 80h: 70^o de abx hospital 81h: 71^o de abx hospital 82h: 72^o de abx hospital 83h: 73^o de abx hospital 84h: 74^o de abx hospital 85h: 75^o de abx hospital 86h: 76^o de abx hospital 87h: 77^o de abx hospital 88h: 78^o de abx hospital 89h: 79^o de abx hospital 90h: 80^o de abx hospital 91h: 81^o de abx hospital 92h: 82^o de abx hospital 93h: 83^o de abx hospital 94h: 84^o de abx hospital 95h: 85^o de abx hospital 96h: 86^o de abx hospital 97h: 87^o de abx hospital 98h: 88^o de abx hospital 99h: 89^o de abx hospital 100h: 90^o de abx hospital 101h: 91^o de abx hospital 102h: 92^o de abx hospital 103h: 93^o de abx hospital 104h: 94^o de abx hospital 105h: 95^o de abx hospital 106h: 96^o de abx hospital 107h: 97^o de abx hospital 108h: 98^o de abx hospital 109h: 99^o de abx hospital 110h: 100^o de abx hospital 111h: 101^o de abx hospital 112h: 102^o de abx hospital 113h: 103^o de abx hospital 114h: 104^o de abx hospital 115h: 105^o de abx hospital 116h: 106^o de abx hospital 117h: 107^o de abx hospital 118h: 108^o de abx hospital 119h: 109^o de abx hospital 120h: 110^o de abx hospital 121h: 111^o de abx hospital 122h: 112^o de abx hospital 123h: 113^o de abx hospital 124h: 114^o de abx hospital 125h: 115^o de abx hospital 126h: 116^o de abx hospital 127h: 117^o de abx hospital 128h: 118^o de abx hospital 129h: 119^o de abx hospital 130h: 120^o de abx hospital 131h: 121^o de abx hospital 132h: 122^o de abx hospital 133h: 123^o de abx hospital 134h: 124^o de abx hospital 135h: 125^o de abx hospital 136h: 126^o de abx hospital 137h: 127^o de abx hospital 138h: 128^o de abx hospital 139h: 129^o de abx hospital 140h: 130^o de abx hospital 141h: 131^o de abx hospital 142h: 132^o de abx hospital 143h: 133^o de abx hospital 144h: 134^o de abx hospital 145h: 135^o de abx hospital 146h: 136^o de abx hospital 147h: 137^o de abx hospital 148h: 138^o de abx hospital 149h: 139^o de abx hospital 150h: 140^o de abx hospital 151h: 141^o de abx hospital 152h: 142^o de abx hospital 153h: 143^o de abx hospital 154h: 144^o de abx hospital 155h: 145^o de abx hospital 156h: 146^o de abx hospital 157h: 147^o de abx hospital 158h: 148^o de abx hospital 159h: 149^o de abx hospital 160h: 150^o de abx hospital 161h: 151^o de abx hospital 162h: 152^o de abx hospital 163h: 153^o de abx hospital 164h: 154^o de abx hospital 165h: 155^o de abx hospital 166h: 156^o de abx hospital 167h: 157^o de abx hospital 168h: 158^o de abx hospital 169h: 159^o de abx hospital 170h: 160^o de abx hospital 171h: 161^o de abx hospital 172h: 162^o de abx hospital 173h: 163^o de abx hospital 174h: 164^o de abx hospital 175h: 165^o de abx hospital 176h: 166^o de abx hospital 177h: 167^o de abx hospital 178h: 168^o de abx hospital 179h: 169^o de abx hospital 180h: 170^o de abx hospital 181h: 171^o de abx hospital 182h: 172^o de abx hospital 183h: 173^o de abx hospital 184h: 174^o de abx hospital 185h: 175^o de abx hospital 186h: 176^o de abx hospital 187h: 177^o de abx hospital 188h: 178^o de abx hospital 189h: 179^o de abx hospital 190h: 180^o de abx hospital 191h: 181^o de abx hospital 192h: 182^o de abx hospital 193h: 183^o de abx hospital 194h: 184^o de abx hospital 195h: 185^o de abx hospital 196h: 186^o de abx hospital 197h: 187^o de abx hospital 198h: 188^o de abx hospital 199h: 189^o de abx hospital 200h: 190^o de abx hospital 201h: 191^o de abx hospital 202h: 192^o de abx hospital 203h: 193^o de abx hospital 204h: 194^o de abx hospital 205h: 195^o de abx hospital 206h: 196^o de abx hospital 207h: 197^o de abx hospital 208h: 198^o de abx hospital 209h: 199^o de abx hospital 210h: 200^o de abx hospital 211h: 201^o de abx hospital 212h: 202^o de abx hospital 213h: 203^o de abx hospital 214h: 204^o de abx hospital 215h: 205^o de abx hospital 216h: 206^o de abx hospital 217h: 207^o de abx hospital 218h: 208^o de abx hospital 219h: 209^o de abx hospital 220h: 210^o de abx hospital 221h: 211^o de abx hospital 222h: 212^o de abx hospital 223h: 213^o de abx hospital 224h: 214^o de abx hospital 225h: 215^o de abx hospital 226h: 216^o de abx hospital 227h: 217^o de abx hospital 228h: 218^o de abx hospital 229h: 219^o de abx hospital 230h: 220^o de abx hospital 231h: 221^o de abx hospital 232h: 222^o de abx hospital 233h: 223^o de abx hospital 234h: 224^o de abx hospital 235h: 225^o de abx hospital 236h: 226^o de abx hospital 237h: 227^o de abx hospital 238h: 228^o de abx hospital 239h: 229^o de abx hospital 240h: 230^o de abx hospital 241h: 231^o de abx hospital 242h: 232^o de abx hospital 243h: 233^o de abx hospital 244h: 234^o de abx hospital 245h: 235^o de abx hospital 246h: 236^o de abx hospital 247h: 237^o de abx hospital 248h: 238^o de abx hospital 249h: 239^o de abx hospital 250h: 240^o de abx hospital 251h: 241^o de abx hospital 252h: 242^o de abx hospital 253h: 243^o de abx hospital 254h: 244^o de abx hospital 255h: 245^o de abx hospital 256h: 246^o de abx hospital 257h: 247^o de abx hospital 258h: 248^o de abx hospital 259h: 249^o de abx hospital 260h: 250^o de abx hospital 261h: 251^o de abx hospital 262h: 252^o de abx hospital 263h: 253^o de abx hospital 264h: 254^o de abx hospital 265h: 255^o de abx hospital 266h: 256^o de abx hospital 267h: 257^o de abx hospital 268h: 258^o de abx hospital 269h: 259^o de abx hospital 270h: 260^o de abx hospital 271h: 261^o de abx hospital 272h: 262^o de abx hospital 273h: 263^o de abx hospital 274h: 264^o de abx hospital 275h: 265^o de abx hospital 276h: 266^o de abx hospital 277h: 267^o de abx hospital 278h: 268^o de abx hospital 279h: 269^o de abx hospital 280h: 270^o de abx hospital 281h: 271^o de abx hospital 282h: 272^o de abx hospital 283h: 273^o de abx hospital 284h: 274^o de abx hospital 285h: 275^o de abx hospital 286h: 276^o de abx hospital 287h: 277^o de abx hospital 288h: 278^o de abx hospital 289h: 279^o de abx hospital 290h: 280^o de abx hospital 291h: 281^o de abx hospital 292h: 282^o de abx hospital 293h: 283^o de abx hospital 294h: 284^o de abx hospital 295h: 285^o de abx hospital 296h: 286^o de abx hospital 297h: 287^o de abx hospital 298h: 288^o de abx hospital 299h: 289^o de abx hospital 300h: 290^o de abx hospital 301h: 291^o de abx hospital 302h: 292^o de abx hospital 303h: 293^o de abx hospital 304h: 294^o de abx hospital 305h: 295^o de abx hospital 306h: 296^o de abx hospital 307h: 297^o de abx hospital 308h: 298^o de abx hospital 309h: 299^o de abx hospital 310h: 300^o de abx hospital 311h: 301^o de abx hospital 312h: 302^o de abx hospital 313h: 303^o de abx hospital 314h: 304^o de abx hospital 315h: 305^o de abx hospital 316h: 306^o de abx hospital 317h: 307^o de abx hospital 318h: 308^o de abx hospital 319h: 309^o de abx hospital 320h: 310^o de abx hospital 321h: 311^o de abx hospital 322h: 312^o de abx hospital 323h: 313^o de abx hospital 324h: 314^o de abx hospital 325h: 315^o de abx hospital 326h: 316^o de abx hospital 327h: 317^o de abx hospital 328h: 318^o de abx hospital 329h: 319^o de abx hospital 330h: 320^o de abx hospital 331h: 321^o de abx hospital 332h: 322^o de abx hospital 333h: 323^o de abx hospital 334h: 324^o de abx hospital 335h: 325^o de abx hospital 336h: 326^o de abx hospital 337h: 327^o de abx hospital 338h: 328^o de abx hospital 339h: 329^o de abx hospital 340h: 330^o de abx hospital 341h: 331^o de abx hospital 342h: 332^o de abx hospital 343h: 333^o de abx hospital 344h: 334^o de abx hospital 345h: 335^o de abx hospital 346h: 336^o de abx hospital 347h: 337^o de abx hospital 348h: 338^o de abx hospital 349h: 339^o de abx hospital 350h: 340^o de abx hospital 351h: 341^o de abx hospital 352h: 342^o de abx hospital 353h: 343^o de abx hospital 354h: 344^o de abx hospital 355h: 345^o de abx hospital 356h: 346^o de abx hospital 357h: 347^o de abx hospital 358h: 348^o de abx hospital 359h: 349^o de abx hospital 360h: 350^o de abx hospital 361h: 351^o de abx hospital 362h: 352^o de abx hospital 363h: 353^o de abx hospital 364h: 354^o de abx hospital 365h: 355^o de abx hospital 366h: 356^o de abx hospital 367h: 357^o de abx hospital 368h: 358^o de abx hospital 369h: 359^o de abx hospital 370h: 360^o de abx hospital 371h: 361^o de abx hospital 372h: 362^o de abx hospital 373h: 363^o de abx hospital 374h: 364^o de abx hospital 375h: 365^o de abx hospital 376h: 366^o de abx hospital 377h: 367^o de abx hospital 378h: 368^o de abx hospital 379h: 369^o de abx hospital 380h: 370^o de abx hospital 381h: 371^o de abx hospital 382h: 372^o de abx hospital 383h: 373^o de abx hospital 384h: 374^o de abx hospital 385h: 375^o de abx hospital 386h: 376^o de abx hospital 387h: 377^o de abx hospital 388h: 378^o de abx hospital 389h: 379^o de abx hospital 390h: 380^o de abx hospital 391h: 381^o de abx hospital 392h: 382^o de abx hospital 393h: 383^o de abx hospital 394h: 384^o de abx hospital 395h: 385^o de abx hospital 396h: 386^o de abx hospital 397h: 387^o de abx hospital 398h: 388^o de abx hospital 399h: 389^o de abx hospital 400h: 390^o de abx hospital 401h: 391^o de abx hospital 402h: 392^o de abx hospital 403h: 393^o de abx hospital 404h: 394^o de abx hospital 405h: 395^o de abx hospital 406h: 396^o de abx hospital 407h: 397^o de abx hospital 408h: 398^o de abx hospital 409h: 399^o de abx hospital 410h: 400^o de abx hospital 411h: 401^o de abx hospital 412h: 402^o de abx hospital 413h: 403^o de abx hospital 414h: 404^o de abx hospital 415h: 405^o de abx hospital 416h: 406^o de abx hospital 417h: 407^o de abx hospital 418h: 408^o de abx hospital 419h: 409^o de abx hospital 420h: 410^o de abx hospital 421h: 411^o de abx hospital 422h: 412^o de abx hospital 423h: 413^o de abx hospital 424h: 414^o de abx hospital 425h: 415^o de abx hospital 426h: 416^o de abx hospital 427h: 417^o de abx hospital 428h: 418^o de abx hospital 429h: 419^o de abx hospital 430h: 420^o de abx hospital 431h: 421^o de abx hospital 432h: 422^o de abx hospital 433h: 423^o de abx hospital 434h: 424^o de abx hospital 435h: 425^o de abx hospital 436h: 426^o de abx hospital 437h: 427^o de abx hospital 438h: 428^o de abx hospital 439h: 429^o de abx hospital 440h: 430^o de abx hospital 441h: 431^o de abx hospital 442h: 432^o de abx hospital 443h: 433^o de abx hospital 444h: 434^o de abx hospital 445h: 435^o de abx hospital 446h: 436^o de abx hospital 447h: 437^o de abx hospital 448h: 438^o de abx hospital 449h: 439^o de abx hospital 450h: 440^o de abx hospital 451h: 441^o de abx hospital 452h: 442^o de abx hospital 453h: 443^o de abx hospital 454h: 444^o de abx hospital 455h: 445^o de abx hospital 456h: 446^o de abx hospital 457h: 447^o de abx hospital 458h: 448^o de abx hospital 459h: 449^o de abx hospital 460h: 450^o de abx hospital 461h: 451^o de abx hospital 462h: 452^o de abx hospital 463h: 453^o de abx hospital 464h: 454^o de abx hospital 465h: 455^o de abx hospital 466h: 456^o de abx hospital 467h: 457^o de abx hospital 468h: 458^o de abx hospital 469h: 459^o de abx hospital 470h: 460^o de abx hospital 471h: 461^o de abx hospital 472h: 462^o de abx hospital 473h: 463^o de abx hospital 474h: 464^o de abx hospital 475h: 465^o de abx hospital 476h: 466^o de abx hospital 477h: 467^o de abx hospital 478h: 468^o de abx hospital 479h: 469^o de abx hospital 480h: 470^o de abx hospital 481h: 471^o de abx hospital 482h: 472^o de abx hospital 483h: 473^o de abx hospital 484h: 474^o de abx hospital 485h: 475^o de abx hospital 486h: 476^o de abx hospital 487h: 477^o de abx hospital 488h: 478^o de abx hospital 489h: 479^o de abx hospital 490h: 480^o de abx hospital 491h: 481^o de abx hospital 492h: 482^o de abx hospital 493h: 483^o de abx hospital 494h: 484^o de abx hospital 495h: 485^o de abx hospital 496h: 486^o de abx hospital 497h: 487^o de abx hospital 498h: 488^o de abx hospital 499h: 489^o de abx hospital 500h: 490^o de abx hospital 501h: 491^o de abx hospital 502h: 492^o de abx hospital 503h: 493^o de abx hospital 504h: 494^o de abx hospital 505h: 495^o de abx hospital 506h: 496^o de abx hospital 507h: 497^o de abx hospital 508h: 498^o de ab

CONFERENCE ORIGINAL

Dr. Thomas G. McLaughlin



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>THOMAS R. S. SIMONISTA</u>	Prontuário: <u>486413</u>	Data: <u>01/04/18</u>
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.	Idade: <u>20</u>	Peso: <u>80</u>
Procedimento (s) proposto (s): <u>Craniotomia decompressiva</u>		Apto? ☐ Sim ☐ Não

ANAMNESE

- | | | |
|---|------------------------------|---|
| 1 - Patologias cardiocirculatórias | ☐ Sim | ☒ Não |
| 2 - Patologias respiratórias | ☐ Sim | ☒ Não |
| 3 - Antecedentes patológicos | ☐ Sim | ☒ Não |
| 4 - Convulsão | ☐ Sim | ☐ Não |
| 5 - Passado anestésico cirúrgico | ☐ Sim | ☐ Não |
| 6 - Transfusão sanguínea | ☐ Sim | ☒ Não |
| 7 - Uso de medicação | ☐ Sim | ☒ Não |
| 8 - Alergia | ☐ Sim | ☒ Não |
| 9 - História familiar de complicações anestésicas | ☐ Sim | ☒ Não |

EXAME FÍSICO

- | | | |
|-------------------|---|-----------------------------|
| PA: <u>100x80</u> | Pulso: <u>64</u> ☐ arritmico | Mallampati: (1) (2) (3) (4) |
| 1. Respiratório | ☐ Normal ☒ Alterado: <u>sem ruídos e VMI</u> | |
| 2. Cardiovascular | ☒ Normal ☐ Alterado: | |
| 3. Neurológico | ☐ Normal ☐ Alterado: <u>sem</u> | |
| 4. Abdome | ☒ Normal ☐ Alterado: | |
| 5. Vias aéreas | ☐ Possível VAD | |
| 6. Extremidades | ☒ Normal ☐ Alterado: | |

EXAMES COMPLEMENTARES

HB		TP / RNI		Uréia		
HT		TTPa		Creatinina		
Plaquetas		Glicemia				
ECG:				RX Tórax		
ECO:						

ASA: P1 G Anestesia proposta: ☐ Geral ☐ Outro:

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

CRM:

Dr Henrique Rocha
anestesiologista



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 01/05/12

NOME DO PACIENTE: <u>Thomas Ruan</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>486913</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Genel (Gálio)</u>	Nº DA SALA: <u>07</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Antônio Carlos</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Dr. Lucas</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Henrique</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Karla</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI N: 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL Nº 14	UNID.	01	
JELCO Nº 14	UNID.	04					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				OBS.: 2 cupom. 1 bolsa coletora 2 seringas plano. equipo p/ b. mbu 1 druso 3.2. Nylon 2.0 - 3 unidades			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 3.0		05					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL Nº 1.0		03		CIRCULANTE: Ana Karla			
PROF. FNE							

COMPLEXO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DANIELY DIAS

CENTRO INTEGRADO DE REABILITAÇÃO - CEIR

CLIENTE...:88283 THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA
IDADE.....:20 anos
MÉDICO ...:ANTONIO CARLOS SOUSA
SEXO.....:

CNS: 705202477301172
REQ:
DATA EXAME: 21/11/2018
CONVÊNIO: SUS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Cortes axiais do crânio, com espessura de 2,5 e 10 mm.

ACHADOS:

Craniectomia em região fronto-têmporo-parietal à direita.

Fratura craniana na região têmporo-parietal e na mastóide à esquerda.

Pequenas áreas de gliose/encefalomalácia localizadas na cortical e substância branca subcortical dos lobos frontal e temporal à direita, sugestivas de sequelas de contusões parenquimatosas. Notamos leve dilatação ex-vácuo do corno temporal do ventrículo lateral direito.

Cisternas e sulcos corticais sem modificações.

→ Ausência de hidrocefalia.

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Craniectomia em região fronto-têmporo-parietal à direita. ✓
- Fratura craniana na região têmporo-parietal e na mastóide à esquerda. ✓
- Pequenas áreas de gliose/encefalomalácia nos lobos frontal e temporal à direita, sugestivas de sequelas de contusões parenquimatosas.

ASSOCIAÇÃO REABILITAR

Dr. Osvaldo Soares de Carvalho Junior
CRM 3990

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190353744**

Nome do(a) Examinado(a): **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R DEPUTADO MILTON BRANDÃO, S/N - BANANEIRA - Barro Duro - PI - CEP 64455-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3914427**

Data e local do acidente: [**31/08/2018**] **Barro Duro-PI**

Data e local do exame: [**06/06/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Traumatismo crânio encefálico com hematoma subdural agudo fronto-parieto-temporal direito, hemorragia subaracnoidea à direita, fratura em região parietal e mastoide à esquerda.

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

Refere cefaleia crônica, tonturas e déficit da memória recente . Ao exame: presença de prótese craniana. Apresenta aparente letargia com lentidão de raciocínio e discreta lentidão da fala .

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Submetido a tratamento cirúrgico com drenagem do hematoma subdural e craniectomia descompressiva. Posteriormente, realizou cranioplastia reconstrutiva com prótese craniana.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Dano neurológico

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Bergiel Barbosa Bezerra
MÉDICO
CRM: 3909 - PI

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0183372/19

Vítima: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

CPF: 057.290.083-09

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/08/2018

Titular do CPF: THOMAS RUAN SOARES
EVANGELISTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

LUIS CARLOS CUNHA LIMA : 011.310.073-60

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

THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA : 057.290.083-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/05/2019
Nome: LUIS CARLOS CUNHA LIMA
CPF: 011.310.073-60

LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/05/2019
Nome: JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO
CPF: 021.355.263-98

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: <u>THOMAS KUAN SOARES EVANGELISTA</u>			
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO</u>		ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRO</u>	
RG: <u>3.914.427</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSP-PJ</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>17/06/13</u>	CPF: <u>057.250.083-09</u>
PROFISSÃO: <u>leucoso</u>		ENDEREÇO: <u>RUA MILTON BRANCO</u>	
Nº: <u>SIN</u>	BAIRRO: <u>CENTRO</u>	CIDADE: <u>BARRO DURO</u>	
ESTADO: <u>PIAUÍ</u>		CEP: <u>64455000</u>	

OUTORGADO: LUIS CARLOS CUNHA LIMA			
NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO</u>		ESTADO CIVIL: <u>DIVORCIADO</u>	
RG: <u>0269743620032</u>	ORG. EMISSOR: <u>SSPMA</u>	DATA DE EXPEDIÇÃO: <u>19/01/2019</u>	CPF: <u>011.310.073-60</u>
PROFISSÃO: <u>TEC. SEG. DO TRABALHO</u>		ENDEREÇO: <u>RUA COLOMBIA</u>	
Nº <u>3474</u>	BAIRRO: <u>TRÊS ANDARES</u>	CIDADE: <u>TERESINA</u>	
ESTADO: <u>PIAUI</u>		CEP: <u>64016-570</u>	

Recebido em:

30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT** E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ENVIAR E/OU REQUERER QUAISQUER DOCUMENTOS NECESSÁRIOS JUNTO AS SEGURADORAS CONSORCIADAS, INCLUINDO RECEBER INFORMAÇÕES SOBRE PERÍCIA MÉDICA, SOLICITAR REAGENDAMENTOS, PODENDO SUBSTABELECER E PRATICAR, ENFIM, TODOS OS ATOS DE DIREITO PERMITIDO PARA O FIEL E PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDADO, A FIM DE REQUERER A INDENIZAÇÃO DO **SEGURO DPVAT**

VÍTIMA: THOMAS KUAN SOARES EVANGELISTA

CPF: 057.250.083-09 DATA DO ACIDENTE 31/08/2018

COBERTURA SOLICITADA: (☒) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS () MORTE

Local/Data BARRO DURO PI 28/0

Thomas Kuan Soares Evangelista

ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)



Fim de
 Thomas Kuan Soares
 Evangelista
 do que dou fé. Em teste
 Barro Duro-PI, 28/05/2019
 Tabelião

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190353744 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THOMAS RUAN SOARES **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA
EVANGELISTA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico com hematoma subdural agudo fronto-parieto-temporal direito, hemorragia subaracnoidea à direita, fratura em região parietal e mastoide à esquerda.

Descrição do exame físico: Refere cefaleia crônica, tonturas e déficit da memória recente . Ao exame: presença de prótese craniana. Apresenta aparente letargia com lentidão de raciocínio e discreta lentidão da fala .

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com drenagem do hematoma subdural e craniectomia descompressiva. Posteriormente, realizou cranioplastia reconstrutiva com prótese craniana.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DO MARANHÃO SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MAI802353010		REGISTRO GERAL 026974362003-2 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/01/2019	
  ASSINATURA DO TITULAR <i>Luiz Carlos Cunha Lima</i>		NOME LUIS CARLOS CUNHA LIMA FILIAÇÃO LUIZ LEITE LIMA E MARIA ODETE DE OLIVEIRA CUNHA NATURALIDADE SAO LUIS - MA DOC ORIGEM NASC. N.89619 FLS.172 LIV.80 DATA DE NASCIMENTO 31/07/1985	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		CPF 011310073-60 SAO LUIS-MA P-142 ASSINATURA DO DIRETOR <i>Luiz Carlos Cunha Lima</i> LEI N° 7.116 DE 29/08/83 VIA-02	

Recebido em:

30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3.914.427 DATA DE EMISSÃO 17/06/13

FILIAÇÃO THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

ANA CLAUDIA SOARES LOPES
WALTER BISPO EVANGELISTA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 18/03/1998

CERT. NASC. 17073 L A20 F 223
EXP BARRO DURO-PI 13/04/98

TERESINA-PI 057.250.083-09

LEI Nº 7.116 DE 20/06/93 - DECRETO Nº 98.250/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

0144064

CÓDIGO DE CONTROLE
94C.6A5A.244B.070A

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 do dia 25/04/2016 (hora e data de Brasília) dígito verificador: 00

às 07:15:28

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
057.290.083-09

Nome
THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

Nascimento
18/03/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Recebido em:

30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, WANDIEULA EVANGELISTA DOS SANTOS,

RG nº 1613172, data de expedição 1/1/

Órgão _____, portador do CPF nº 83621943391

com domicílio na cidade de BARRO DURO, no Estado de

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

CONJUNTO HABITAR BRASIL 06 C09, nº _____

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

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

THOMAS KUAN SOARES EVANGELISTA, cujo o condutor era

O MESMO.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 125 TITAN ES Ano: 2004

Placa: LWB5062 Chassi: 9C2JC30204K0365J1

Data do Acidente 31/08/2018

Local e Data: Barro Duro 28/05/2019

Recebido em:

30 MAI 2019

Wandieula Evangelista Santos

Assinatura do Declarante

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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

Reconheço verdadeira Firma de
Wandieula Evangelista
dos Santos.
do que dou fé. Em teste Assinatura da verdade
Barro Duro-PI, 28/05/2019
Assinatura
Tabelião

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE BARRO DURO
FRANCISCO PEREIRA NETO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu LUIS CAXIOS CUNHA LIMA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 011.310.013.60 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

THOMAS KUAN SOARES EVANGELISTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.250.083-09

do sinistro de DPVAT cobertura INVULNERA PERMANENTE da Vítima THOMAS KUAN SOARES EVANGELISTA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.250.083-09 / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua COLOMBIA</u>	Número: <u>3474</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>TRESANDARÉS</u>	Cidade: <u>TERESINA</u>	Estado: <u>PI</u>
E-mail: <u>LUIS.SS073@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>64016570</u>	Tel.(DDD): <u>86. 99905-4014</u>

Local e Data: TERESINA 29/05/2019

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

Recebido em:
30 MAI 2019
MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



BANCO BRADESCO S.A.
4160 / Varejo - Prédio Vermelho - Térreo
Cidade de Deus - Osasco - SP
06029-900

Recebido em:

30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Carta

9912232238/2014 - DR/SPM

Bradesco

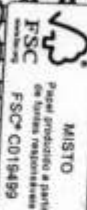


Data de Postagem
03/01/2019

Aviso Importante!

LUIS CARLOS CUNHA LIMA
R COLOMBIA, 3474
TRES ANDARES
64016-570 - TERESINA - PI

48035_02 / 0196574



ASSINATURA ENTREGADOR Nº		☐ NÃO EXISTE Nº INDICADO ☐ AGENTE ☐ NÃO PROCURADO ☐ FALCIDO
DATA	REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM	

Para uso do Correo

Fone Fácil Bradesco: 4002 0022 / 0800 570 0022. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana. Consultas, informações e serviços transacionais.
SAC - Ats Bradesco: 0800 704 8583. SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0090. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana. Reclamações, esclarecimentos e informações gerais. Ouvidoria: 0800 727 9933. Atendimento das 08h às 18h, de 2ª a 6ª, exceto feriados. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria.
exclusivo Bradesco @bradesco facebook.com/Bradesco



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 01/09/2018 03:17:08

DADOS DO PACIENTE:

(Usuário: PATRICIA MENDONÇA)
(Estação: RECEPCAO)

Nome: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA		Prontuário: 486913
Mãe: ANA CLAUDIA SOARES LOPES	Pai: WALTEIR BISPO EVANGELISTA	
End. Resid.: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 18/03/1998	Idade: 20a3m14d	Sexo: Masculino Fone: 86-99915-2588
Responsável: JOSE OSMAR	CNS: 705202477301172	
Profissão: NAO INFORMADO	CPF: - - - * RG: 3914427 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 682051	Data: 01/09/2018 03:15:17	Condução: AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	
Acid. Trab.: Não	Trajetos?: Não	Tipico: Não CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico trazido pelo STUV, sendo que acidente ocorreu há uns 10 dias, de horas ruins, não tendo uso de capacete e usando calça alcinada. Paciente com contusão com RUC, (Glasgow 8), "puplas midriáticas", sendo encaminhado para estabilização, oxigenação, intubação.

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME CEFALOMETRIA E T. A. B. M.
DATA: 01/09/2018 04:15:18

PA: X mmHg	Pulso: bpm	FC: bpm	Temp.: °C
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solu: TC de Crânio, TC de Coluna Cervical, TC de Abdomen Superior, TC de Abdomen Inferior, TC de Tórax.

ALTA:

- () Melhorado
() Curado
() Inalterado
() A Pedido

- () Administrativa
() Por Indisciplina
() Por Evasão

- () Retornar à Unid. Origem:
() Transferência:

DATA SAÍDA: / /

HORA: :

ÓBITO:

- () Até 24 Hs
() De 24 a 48 Hs
() Após 48 Hs

DESTINO:

- () Família
() IML
() Anat. Patol.

- () Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante
Internação:

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 15.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série 9-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ-PI/98

Nº da Nota Fiscal 018580938

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARCO/2019	13-03-2019	153	118,84

ANA CLAUDIA SOARES LOPES
R. DEP MILTON BRANDAO S/N
CPF: 00000902740326
CEP: 64.455-000 - BARRO DURO

BANANEIRA

ROT: 187.085.03.24.110500

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 20906	Atual: 06/03/2019
Anterior: 20753	Anterior: 04-02-2019
Constante de Multiplicação:	Próxima Leitura: 04-04-2019
Consumo Medido: 153	Emissão: 05-03-2019
Consumo Faturado: 153	Apresentação: 06-03-2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Dias de Consumo: 30

Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Médo 12 meses
RESID. Bx. RENDA	MONO	A492947		1.4.1.1	148

LISTA DE CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
FEV/19 157	CONSUMO 30 A R\$ 0,293144 = 8,79
JAN/19 137	70 A R\$ 0,502546 = 35,17
DEZ/18 130	53 A R\$ 0,53820 = 28,51
NOV/18 160	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 15,06
OUT/18 157	DIFERENÇA DE TARIFA 48,91
SET/18 164	SUBVENCAO BAIXA RENDA 35,15
AGO/18 146	CORRECAO MONETARIA IG 11/18-00 0,95
JUL/18 120	MULTA POR ATRASO 11/18-00 2,02
JUN/18 149	JUROS POR ATRASO 11/18-00 3,14
MAI/18 140	

TARIFA	CDI	TRIBUTOS
0 A 50	0,510250	
51 A 100	0,361000	
101 A 153	0,541550	

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mês/Ano Valor R\$ 02/2019 121,91
Unidade consumidora inscrita no sistema de distribuição de energia elétrica e Partida de 21/02/2019, a 15/03/2019, com
valor original de R\$ 121,91, incluindo o valor de 22,00% do ICMS, o
valor de 1,41% do PIS e o valor de 6,49% do COFINS, totalizando o valor
de R\$ 153,00.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO ICCE, ICIO, EFDA, GECC, 0014, AB14, 2630, AF4A

COFINS - CONTRIBUIÇÃO	ICMS - CONTRIBUIÇÃO
Distribuição: 27,55	Base de Cálculo: 132,82 103,60
Energia: 53,20	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 9,00	Valor do ICMS: 29,22
Encargos: 5,67	Valor do PIS: 1,41%
Tributos: 37,40	Valor do COFINS: 6,49%

INDICADORES DE CONTINGÊNCIA							
	DFC	ESC	DMC	ESCI			
	Máximo	Atualizado	Atual	Atualizado	Atual	Atualizado	Atual
Conteúdo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Resumo	0,00		0,00			0,00	
Resumo					01/2019		0,00

Recebido em:

30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	059.290.083-09	THOMAS KUAN SOARES EVANGELISTA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012		
Nome completo:	Profissão:	CPF:
THOMAS KUAN SOARES EVANGELISTA	RECUSO.	059.290.083-09
Endereço:	Número:	Complemento:
X DEPUTADO MILTON BRANDÃO	SIN	
Bairro:	Cidade:	Estado:
BRUNANGELA	BAIRO DURO	RS
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	64455-000	86999054014

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 3807 CONTA: 25462 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:	TELESINA, 29/05/2019
Nome:	
CPF:	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Thomas Kuan Soares Evangelista
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	
2ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	057.290.083-09	THOMAS KUAN SOARES EVANGELISTA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012			
Nome completo:	Profissão:	Endereço:	CEP:
THOMAS KUAN SOARES EVANGELISTA	RECUSO.	R. DEPUTADO MILTON BRANDÃO	057.290.083-09
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
BAVANGELIA	BAIRO DURO	PA	64455-000
E-mail:	Tel.(DDD):		
	86 999054014		

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

REDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 3807 CONTA: 25462 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data, TERESINA, 29/05/2019
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Thomas Kuan Soares Evangelista
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Recebido em

30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BARRO DURO-PI



BOLETIM DE Ocorrência Nº 369/2018

Unidade Policial: DRPC BARRO DURO-PI

Resp. pelo Registro: MARCO SUEL DA SILVA

Autoridade Policial: BEL SÉRGIO SOUSA ALENCAR

Data/ Hora: 01/11/2018-09:30

DADOS DA Ocorrência

Unidade Policial Responsável: DRPC BARRO DURO-PI

Data/ Hora: 31/08/2018-21:00

Município: BARRO DURO-PI

Bairro: ZONA RURAL

Endereço: POVOADO BREJÃO

Complemento:

DADOS DO INFORMANTE

Nome: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

Documentos: RG: 3.914.427 SSP-PI; CPF: 057.250.083-09

Filiação: ANA CLAUDIA SOARES LOPES/WALTER BISPO EVANGELISTA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Endereço: RUA DEP MILTON BRANDÃO

Naturalidade: TERESINA-PI

Complemento:

Estado civil: solteiro(a)

Bairro: BANANEIRA

Profissão: ESTUDANTE

Município: BRRO DURO-PI

Nascimento: 18/03/1998

Telefone(s):

NATUREZA(S) DA Ocorrência

- SEGURO DPVAT

RELATO DA Ocorrência

Dados do Veículo:

- Tipo: motocicleta

- Marca/ Modelo: HONDA CG 125/TITAN ES

- Ano/Modelo: 2004/2004

- Cor: VERDE

- Placa: LWB 5062

- Chassi: 9C2JC30204R036511

- Renavam: 00823452220

- Proprietário: WANDEIULA EVANGELISTA DOS SANTOS

Narrativa:

QUE conduzia motocicleta automotor em estrada não pavimentada no sentido povoado Brejão- Cidade de Barro DURO-PI, quando sofreu acidente automobilístico ,provocado devido as pessimas condições de conservação da via ,sofrendo inumeras lesões corporais em decorrência do acidente(rompimento de uma veia no crânio ;exigindo intervenção cirurgica),tendo recebido os primeiro atendimento no Hospital da Cidade de Barro DURO-PI ,SENDO TRANSFERIDO IMEDIATAMENTE para o hospital de URGENCIAS DE DE TERESINA-HUT DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO.

MARCO SUEL DA SILVA
Resp. pelo Registro

THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA
Resp. pela Informação

Recebido em:

30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	059.290.083-09	THOMAS KUAN SOARES EVANGELISTA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012		
Nome completo:	Profissão:	CPF:
THOMAS KUAN SOARES EVANGELISTA	RECUSO.	059.290.083-09
Endereço:	Número:	Complemento:
X DEPUTADO MILTON BRANDÃO	SIN	
Bairro:	Cidade:	Estado:
BRUNANGELA	BAIRO DURO	RS
E-mail:	CEP:	TEL (DDD):
	64455-000	86999054014

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

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 3807 CONTA: 25462 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:	TELESINA, 29/05/2019
Nome:	
CPF:	
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Thomas Kuan Soares Evangelista
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	
2ª Nome:	
CPF:	
Assinatura	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190353744

Vítima: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

Data do Acidente: 31/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Recebedor: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 104

Agência: 000003827

Conta: 0000025462-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190353744 **Vítima: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA**

Data do Acidente: 31/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01109/01110 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14406775

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190353744

Vítima: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

Data do Acidente: 31/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUIS CARLOS CUNHA LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 17/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03827

CONTA: 000000025462-9

Nr. da Autenticação ED0B47DA5972865A

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190054734**

Nome do(a) Examinado(a): **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R DEP MILTON BRANDAO, SN - BANANEIRA - Barro Duro - PI - CEP 64455-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3914427**

Data e local do acidente: [**31/08/2018**] **Povoado Brejão - Município de Barro Duro - PI.**

Data e local do exame: [**31/01/2019**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Traumatismo Crânio Encefálico (hematoma subdural direito e edema cerebral - Glasgow 6).

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

A vítima refere cefaleia e tonturas. Ao exame físico a vítima está sem déficits motores ou cognitivos com ausência de parte da calota craniana.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Tratamento cirúrgico com craniectomia descompressiva e drenagem do hematoma subdural com desvio da linha média.

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

[☐] Sim [☒] Não

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

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

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

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

(☒) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 180 dias

(☐) "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Vítima ainda necessita de nova intervenção cirúrgica para reconstrução de parte da calota craniana.



Bergiel Barbosa Bezerra
MÉDICO
CRM: 3909 - PI

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE À FIRMA DE THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA EM TEST. 04/12/2018 DA VERDADE. DOU FE. BARRO DURO, 11/12/2018 15:42:28

ANTÔNIA MARIA DA SILVA PESSOA - ESCRIVENTE
End. 3.711 T. - 0.74 Bds. 0.26 Tab. 4.71

PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE
FRANCISCO PEREIRA NETO
Tabelião

ANTÔNIA MARIA DA SILVA
Escrivente
Comarca de Barro Duro



OUTORGANTE (Dados do Beneficiário ou do Representante Legal):

Nome: Thomas Ruon Soares Evangelista

Nacionalidade: brasileira; Estado Civil: Solteiro

Profissão: Estudante

Identidade: 3.914.427; CPF: 057.290.083-09

Endereço: Rua Deputado Milton Brandão Brito, Bonaneira

Cidade: Bonão Duro; CEP: 64.455-000

OUTORGADO (Dados do Procurador):

Nome: Gleidistany Louzeiro Maciel

Nacionalidade: brasileira; Estado Civil: Divorciado

Profissão: Advogado

Identidade: 1.676.053; CPF: 819.125.871-49

Endereço: R. Coronel José Nogueira Brito, Centro

Cidade: Corrente; CEP: 64.980-000

Pelo o presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante PROCURADOR e OUTORGADO já qualificado acima, a quem concedo poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar pedido de INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO-DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao OUTORGADO poderes para assinatura nos formulários de aviso de sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar, praticar, receber, requerer ou retirar quaisquer documentos em qualquer HOSPITAL PÚBLICO OU PRIVADO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL em meu nome, praticar todos os atos de direito permitido e necessário ao fiel cumprimento do presente mandato, da qual figura como vítima Thomas Ruon Soares Evangelista

Local: Bonão Duro UF: PI Data: 11/12/2018

Thomas Ruon Soares Evangelista

Assinatura do OUTORGANTE (Beneficiário ou Representante legal)

(Reconhecer firma da assinatura em Cartório por autenticidade ou verdadeiro)

22 JAN 2019

DPVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3.914.427 DATA DE EMISSÃO 17/06/13

THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

relação

ANA CLÁUDIA SOARES LOPES

WALTEIR BISPO EVANGELISTA

NATURALIDADE

TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO 18/03/1998

CERT. NASC. 17073 L A20 F 223

EXP BARRO DURO-PI 13/04/98

TERESINA - PI

057.250.083-09 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

CARTeira DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

01409110

THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

18/03/1998

057.250.083-09

CÓDIGO DE CONTROLE

949C.6A6A.244B.070A

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

em 09/10/2016 às 14:25 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

DPVAT

22 JAN 2019

CORRETORA DE SEGUROS

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 057.290.083-09

Nome THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

Nascimento 18/03/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITACAO	
VALIDA EM TODOS O TERRITORIO NACIONAL 1235115577	NOME GLEIDISTONY LOUZEIRO MACIEL
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR/UF 1876053 SSP DF
	CPF 819.125.871-49
	DATA NASCIMENTO 25/09/1977
	INSCRICAO LEODINE MARQUES MACIEL
1235115577 PRIMEIRO PLASTIFICAR	ADICIONAR SENCIA DE ABRAJO LOUZEIRO
	PERMISSAO PERMISSAO
	ACC ACC
	CATANIA AE
	N° REGISTRO 00064116429
VALIDADE 32/12/2020	
PUBLICACAO 08/11/1993	
OBSERVAÇÕES	
ASSINATURA DE PORTADOR <i>Gleidistony Louzeiro Maciel</i>	
LOCAL TERESINA	DATA DE EMISSAO 23/12/2015
ASSINATURA DO REGISTRO <i>Assinatura</i>	97315466266 PI316881076
DETREN-PI (PJADI)	

COLETO
DE LEGUROS

22 JAN 2018

DPVAT

CONSULTA BÁSICA

DATA: 31/08/18

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: Thamara Nogueira Gomes Gonçalves
 Data de Nascimento: 19/03/98 Idade: 20 Telefone: _____
 Endereço: Rua Antônio Brandão Município: Barro Duro
 Identidade: _____ Nº CNS: 308304724720002

COLETA DE DADOS:

Alergias: (S) (N) _____
 H.P.P HAS (S) (N) Diabetes (S) (N) Tabagista (S) (N) IAM (S) (N) AVC (S) (N) _____
 Cirurgias (S) (N) _____ Outras: _____
 Medicamentos em Uso: _____

EXAME FÍSICO:

PA: 127/73 mmHg TAX: _____ Glicemia: 116 mg/dL FC: 72 bpm FR: _____
 Peso: _____ Altura: _____ Sat O₂: 98%
 Queixa Principal: _____
 Hipótese Diagnóstica: Acidente hemodinâmico
 Prescrição: 1. SF 0,9% - 500 ml EV aberto
2. Quixore 50% - 3 amp EV
3. Bravanin - 1 amp + AD EV
4. O₂ sob cateter nasal - 5L/min
5. monitorizações

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

DPVAT

EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

Hemograma () Bioquímico () Enz. Card. () BAS () RX () USG () TC () ECO () TGO () TGP ()
 Parasitológico de Fezes ()

Assinatura do Médico e Carimbo

Assinatura do Paciente e ou Impressão Digital

OBS.: A consulta é paga pela SUS. É proibida a cobrança de qualquer taxa.



NOME DO PACIENTE: Thomas Ruan Soares Evangelista

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 486 913

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**

22 JAN 2019

DPVAT

Às 22.00 h presente da entrada neste serviço com
CE grave após acidente automobilístico sem capacete, encontra-
do desacordado, péssimo estado geral, hipocrático, taquipneico,
bradicárdico, com queda de SaO_2 ($98\% \rightarrow 76\% \rightarrow 61\%$),
lesão em região craniana e múltiplas escoriações.

Hospital não dispõe da realização de exames, redistribuída
primeiras socorros com materiais disponíveis e encaminhado
após estabilização de SaO_2 e PA, para UPA do Pomerleau
(serviço de referência). Gloriosa: 8.

Dr. Camilo [Assinatura]
Médico
CRM: 12345

PA: 130 x 80

SaO_2 : 90%

FC: 48

FR: 21

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE: DIÁRIA DE UTI (TIPO II)

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: THOMAS RUAN S. EVANGELISTA Nº PRONT.: 481943 Nº LAUDO: 221840

() UTI ADULTO COD. 0802010083

() UTI PEDIÁTRICA 0802010156

JUSTIFICATIVA

PACIENTE GRAVE APRESENTANDO INSTABILIDADE CLÍNICA
E NECESSIDADE DE VIGILÂNCIA PERMANENTE

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA: / /

ASSINATURA DO AUDITOR

24/09/18
Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
C.R.C. 17026325120004

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

DPVAT



Prefeitura de
Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

FISIOTERAPIA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: THOMAS PUAN S. EVANGELISTA Nº PRONT.: 486913 Nº LAUDO: 2213890

() GRANDE QUEIMADO COD. 0302075038 () MÉDIO QUEIMADO COD. 0302070010 () FISIOTERAPIA COD. 0302070033

JUSTIFICATIVA

PACIENTE ACAMADO, PRECISA DE FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA E MOTORA PARA GARANTIR A MELHORA DOS SISTEMAS RESPIRATÓRIO E CARDIOVASCULAR.

Dr. Marcos Aurélio P. da Veiga
Médico Auditor Hospital HUT
CRM 150001

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

AUDITOR

DPVAT

DATA: / /

ASSINATURA DO AUDITOR



FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



Prefeitura de
Teresina

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		ÓRTESE E PRÓTESE - OPME
DIÁRIA DE UTI		FATORES DE COAGULAÇÃO
DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		GASOTERAPIA
HEMODERIVADOS		NUTRIÇÃO PARAENTERAL / ENTERAL
DIÁLISE / HEMODIÁLISE		PROCEDIMENTO FORA DA FAIXA ETÁRIA
ALBUMINA HUMANA 20%	X	IMPLANTE DE CATETER CENTRAL

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** PRONT.: **486913**

PROC. ANT.: _____ PROC. SOLICITADO: _____

JUSTIFICATIVA:

Paciente em estado geral grave, instabilidade hemodinâmica, necessitando de acesso venoso central (implante de cateter duplo lúmen).

DATA: 01/09/2018

Elane de Morais Evangelista
Médica
CRM 3396

ASSINATURA DO MÉDICO

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

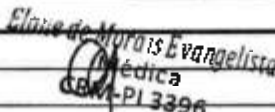
2-2-JAN 2019

AUDITOR

DPVAT

DATA: _____

ASSINATURA DO AUDITOR

PACIENTE: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA		PRONT.: 486913
Diagnóstico pré-operatório: TCE GRAVE / PO DE CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA		
Operação tipo: IMPLANTE DE CATETER CENTRAL		
Cirurgião: ELANE EVANGELISTA	1º Assistente:	
Instrumentadora:	Anestesia: Local	
Anestésico: Xilocaína 2% sem adrenalina		
Data da Operação: 01/09/2018	início:	Fim:
Diagnóstico Pós-operatório:		
Relatório Imediato do patologista:		
Acidente durante a operação: NÃO HOUVE		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO		PJ CORRETO DE SEGURO
1. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA		22 JAN 2019
2. COLOCAÇÃO DE CAMPO ESTÉRIL		
3. ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAÍNA 2%		DPVAT
4. PUNÇÃO VENOSA CENTRAL SUBCLÁVIA DIREITA		
5. FIXAÇÃO DO CATETER COM NYLON 3-0		
6. CURATIVO		
 Elaine de Moura Evangelista Médica CRM-PI 3396		

RELATÓRIO DE ALTA DA UTI NEUROLÓGICA

Paciente, THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA, 20 anos, DN:18/03/1998, prontuário: 486913, deu entrada no Hospital de Urgência de Teresina no dia 01/09/2018, vítima de acidente automobilístico. Na admissão no HUT apresentou glasgow 6 e pupilas anisocóricas (D>E) e TC de crânio evidenciando hematoral subdural à direita(HSD), com desvio de linha média, sendo encaminhado para o centro cirúrgico para drenagem de HSD e craniectomia descompressiva.

Foi admitido na UTI neurológica no dia 01/09/2018, proveniente da sala de recuperação pós-anestésica, em regular estado geral, sob sedoanalgesia contínua com fentanil e dormonid, RASS -4, anisocoria (D>E). Intubado em ventilação mecânica (A/C). AR: murmúrio vesicular presente bilateralmente, ausência de ruídos adventícios. Hemodinamicamente estável sem uso de drogas vasoativas. AC: ritmo regular, normocárdico. Abdome: ruídos hidroaéreos presentes, abdome plano e depressível, sem visceromegalias.

Evoluiu com boa resposta ao desmame ventilatória e redução da sedoanalgesia. Atualmente, o paciente encontra-se consciente, responsivo às solicitações verbais, sem sedoanalgesia, Glasgow = 15 (AO:4, RV:5, RM:6), pupilas isocóricas, médias, fotorreagentes. Sem IOT há mais de 24h, em ventilação espontânea, aporte O2 sob nebulização, SatO2 99%. AR: murmúrio vesicular reduzidos, sem ruídos adventícios. Hemodinamicamente estável sem uso de drogas vasoativas. AC: bulhas normofonéticas, ritmo regular, dois tempos, sem sopros. Enchimento capilar < 2s, pulsos radiais fortes e extremidades quentes. Normotenso, afebril. Abdome flácido, RHA+, depressível, sem massa ou visceromegalia.. Em dieta oral. Bom débito urinário. Em uso de cefepime 2g/dia(D6/7).

Exames laboratoriais (05/09/2018): Hemoglobina: 12,1g/dl; Hematcrito: 35,2%; Leucócitos: 19800; Plaquetas: 198000; Ureia: 23; Creatinina: 0,6 mg/dl; Potássio: 4,2 mmol/L; Sódio: 134,4 mmol/L; Cálcio: 1,108 mmol/L.

Alta da UTI NEURO.

Médico Plantonista

Teresina, 05/09/2018

DPVAT

22 JAN 2019

4. CORRETORA
DE SEGUROS



Hospital de Urgência de Teresina - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA
- NEUROCIRURGIA -

PACIENTE:

Thomas Pires Rora Evangelista

ENFERMARIA:

POE Cirurgião Plástico

DATA:

EVOLUÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS		HORARIO	# 011 16:20h Transfusão p/ UVT-03 257. Evolução Elaine de Nogueira CRM-PI 3398
1.	Dietas	pro	
2.	SF 0,9% - 2000ml EV em 24h		
3.	Dipirona - 1amp EV de 6/6h - SF		
4.	Plasil - 1amp EV de 8/8 - SF		
5.	Omeprazol 40mg - 1amp EV 1x/dia		
6.	Morfina - 1amp EV de 12/12h		
7.	Tamoxifeno 100mg + 100mg SF EV de 8/8h - SF		
8.	Fenitoina 100mg + 18ml AD EV de 8/8h		
9.	Clexane 40mg SC 1x/dia		
10.	Cabecina elevada		
11.	SSV e CSSE		
12.	Insulina - 50mg		
13.	Fentanol - 20ml		
14.	SF 0,9% - 2000ml		
15.	Dipirona - 1amp EV de 6/6h		
16.			
17.			
18.			
19.			

J CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

DPVAT

Carlos
Pimenta
CRM-PI 3398

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Thaís Maria Sousa Evangelista	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA		LEITO
À CLÍNICA		

MOTIVO DA CONSULTA

CCÉ Grave Depo de um RPA
à Din
Controle to cognitivo
Solicitado Avaliação/Conduta Especialista

DATA

02/09/18

Dr. Inaldo Magalhães
Neurologista
CRM-RN 3482

ASS. MÉDICO CONSULTANTE
CORRETORA
DE SEGUROS

PARECER

+ C hábito por episódios noturnos
histericos do tipo presentes
relatos do efeito de hipertermia intravenosa

22 JAN 2019

DPVAT

Col: Patrícia Seabra

histericos por episódios

02/09/18

4:50h

Dr. Inaldo Magalhães
Neurologista
CRM-RN 3482

DATA: / /

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



AUTORIZAÇÃO: 340771895		Nº REGULAÇÃO: 39573	TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:		2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:		5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCKA - HUT	
LEITO:	NEUROCIRURGIA		
PACIENTE:		THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA	
		NASCIMENTO: 18/03/1998	

HISTÓRIA CLÍNICA:			
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA +00- 3 HORAS TRAZIDO POR AMBULANCIA, COM REBAIXAMENTO DO NIVEL DE CONSCIENCIA(GLASGOW 10), COM HALITO ETILICO, EUPNEICO, ESTAVEL ABDOME FLACIDO E SEM IRRITACAO PERITONEAL, OTORRAGIA ESQUERDA ANISOCORIA SOLICITO TRANSFERENCIA PARA HUT PARA REALIZACAO DE TOMOGRAFIA DE CRANIO E AVALIACAO NEUROCIRURGIAO			
PROVAS DIAGNÓSTICAS:			
EXAMES SOLICITADOS:			
DIAGNÓSTICO(CID): TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO DA CABECA			
COMORBIDADE:			
PRESSÃO ARTERIAL: 110x70(mmHg)	FREQ. CARDÍACA:	SATURAÇÃO:	FREQ. RESPIRATÓRIA:
GLICEMIA:	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	USO DE O2:	
USO DROGAS VASOATIVAS:			
USO ANTIBIÓTICOS:			
USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:			

DATA:	01/09/2018 02:42:16
-------	---------------------

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

about:blank

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

03/09/18
a.s.



BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 01/09/2018 03:17:08

DADOS DO PACIENTE:

(JSEX: PATRICIA NESQUITA)

(Estado: RECIBIDO)

Nome: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA		Prontuário: 486913	
Mãe: ANA CLAUDIA SOARES LOPES		Pai: WALTEIR BISPO EVANGELISTA	
End. Resid.: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL, PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 18/03/1998	Idade: 20a3m14d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99915-2588
Responsável: JOSE OSMAR		CNS: 705202477301172	
Profissão: NAO INFORMADO		CPF: . . - * RG: 3914427 - SSP PI	
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 682051	<u>Data:</u> 01/09/2018 03:15:17	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		<u>Convênio:</u> F C S
<u>Acid.Trab.:</u> Não	<u>Trajetos?:</u> Não	<u>Tipico:</u> Não
		<u>Cid Secundário:</u> V299

DADOS CLÍNICOS:

Pequena cidade de acultu maderaleiro trazido pelo Stau, sendo que aquele possui
há mais ou menos 40 anos, não fazendo uso de capital e não possuindo indústria.
Pequena ilha com nome de RUC, (Gigante 8), "poucas atividades", sendo encontrada para
estudos, trabalho, etc.

~~1UT DR. ZENON ROCHA~~

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAM: CC+TRANSIT+T+ABM

DATA: 02/09/14 04:15/2

PA _____ K _____ mmHg	Pulso: _____	FC: <u>70 - 80 bpm</u>	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:			CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Soluções: TC de Gêneros, TC de Coluna Cervical, TC de Abdomen Superior, TC de Abdomen Inferior, TC de Tórax.

☐)Melhorado ☐)Curado ALTA: ☐)Inalterado ☐)A Pedido	☐)Administrativa ☐)Por Indisciplina ☐)Por Evasão	☐)Retornar à Unid. Origem: _____ ☐)Transferência: _____
		DATA SAÍDA: ____/____/____. HORA: ____:____.
DESTINO: ☐)Até 24 Hs ☐)De 24 a 48 Hs ÓBITO: ☐)Após 48 Hs		☐)Internação na Unidade <u>Proced. Solicitado:</u> _____ ☐)Família ☐)IML ☐)Anat. Patol.
		CID Compatível: _____ Prof. Solicitante Internação: _____

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE


 ...-sinatura - Pro
 ...

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 01/09/2018 03:17:08

(PATRICIA MESQUITA)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA		Prontuário: 456913
Mãe: ANA CLAUDIA SOARES LOPES	Pai: WALTER BISPO EVANGELISTA	
End. Resid.: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 18/03/1998	Idade: 20a5m14d	Sexo: Masculino Fone: 86-99915-2588
Responsável: JOSE OSMAR		CNS: 705202477301172
Profissão: NAO INFORMADO		Documento: CPF: -
G. Instrução: Não informado		E. Civil: Solteiro(a)
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 682051	Data: 01/09/2018 03:15:17	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 01/09/18 04:11	ESPECIALISTA: IPEST
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: PC - Queixa de dor e trauma torácico	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

Atende 6, trauma TTE	
PC trauma -	
A HSC com lesões cutâneas bem como	
com fratura de humero direito	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / / :	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Atende trauma geral	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	
----------------------------------	--



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS**Fundação Municipal de Saúde**

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21/09/19

NOME DO PACIENTE: <u>Thomas Ruan</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>486913.</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Genel (gáveio)</u>	Nº DA SALA: <u>07</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Antonio Carlos</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>fst Lucas</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Henrique</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Karla</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI N° 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA N° 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA N° 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL N° 14	UNID.	01	
JELCO N° 14	UNID.	04					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				OBS.: 2 crepom. 1 bacia coletora 2 caros p/ asso. equipo p/ bomba 1 dreno 32. Nylon 2.0 - 3 unidades			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON N° 3.0		06					
EITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL N° 1.0		03		CIRCULANTE: Sma Katia			
PROLENE N° 5.0		03					



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

AValiação PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>THOMAS R. S. FERNANDES</u>	Prontuário: <u>486413</u>	Data: <u>01/08/18</u>
Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.	Idade: <u>20</u>	Peso: <u>80</u>
Procedimento(s) proposto(s): <u>Craniotomia decompressiva</u>		Apto? ☐ Sim ☐ Não

ANAMNESE

1 - Patologias cardiocirculatórias	☐ Sim	☒ Não
2 - Patologias respiratórias	☐ Sim	☒ Não
3 - Antecedentes patológicos	☐ Sim	☒ Não
4 - Convulsão	☐ Sim	☐ Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	☐ Sim	☐ Não
6 - Transusão sanguínea	☐ Sim	☒ Não
7 - Uso de medicação	☐ Sim	☒ Não
8 - Alergia	☐ Sim	☒ Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	☐ Sim	☒ Não

EXAME FÍSICO

PA: <u>100x90</u>	Pulso: <u>62</u> ☐ arritmico	Mallampatti: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	☐ Normal ☒ Alterado: <u>sem ruídos e V24</u>	
2. Cardiovascular	☒ Normal ☐ Alterado: _____	
3. Neurológico	☐ Normal ☐ Alterado: <u>NC</u>	
4. Abdome	☒ Normal ☐ Alterado: _____	
5. Vias aéreas	☐ Possível VAD	
6. Extremidades	☒ Normal ☐ Alterado: _____	

EXAMES COMPLEMENTARES

HB	TP / RNI	Uréia
HT	TTPa	Creatinina
Plaquetas	Glicemia	
ECG:		RX Tórax
ECO:		

ASA: <u>P1 C</u>	Anestesia proposta: ☒ Geral ☐ Outro: _____
------------------	---

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:	CRM:
-------------------	------

Dr. Henrique Rocha
Médico Anestesiologista
CRM-PI: 4507 RQE: 2811



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINÁ - HUT

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 14604 - Em: (20/09/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermagem:	Leito:	Médico Assistente:					
221890	486913	THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA	CLÍNICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMAGEM 215	LEITO 150	MARCOS VINÍCIUS OLIVEIRA DOS SANTOS					
Evolução: Hora: <i>07h00, sem queim. etc: fs</i> <i>em ALB, PCR</i>											
Seq:	Descrição-Apresentação/Observação:			Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL TIPO BRANDA, ASSISTIDA										
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO + NACL 10A 10ML / SORO			1,00	Frasco	EV	24/24h				11K: Pct de alto risco - tolerância reduzida em 8/9/17 em 13/9/17
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.			50,00	mg	EV	8/8h				
3	ENOXAPARINA SÓDICA 40MG/0,4ML SOL. EM SERINGA INJETÁVEL			1,00	Seringa	Subcutâ	24/24h				
4	RISPERIDONA 2MG FAZER AS 22H			1,00	Comprim	ORAL	24/24h				
5	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUIR EM 5ML AD - FAZER 2MG EV 6/6H - EM CASO DE DOR INTENSA			1,00	Ampola	EV	8h				
6	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEBRE			1,00	Ampola	EV	6/6h			AD	
7	PARACETAMOL 200MG/ML, SOL. ORAL GOTAS C/10ML.			60,00	Gotas	Oral	4/4h				
8	SOS- ALTERAR COM DIPIRONA METOCLOPRAMIDA 5MG/ML, INJ. C/2ML EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS			1,00	Ampola	EV	8/8h				
9	DEXTRANO 70 0,1% + HIPROCELOSE 0,3% SOLUÇÃO OPTALMOLOGICA.			1,00	Frasco	Oftalmi	6/6h				
10	01 GOTA EM CADA OLHO OXACILINA 500MG, PÓ P/SOL. INJ. DO: 07/09 DIA: 21/09			2,00	Gramas	EV	4/4h			ES 0,9A	
11	CEFEPIMA 1G, PÓ P/SOL. INJ. DO: 08/09 DIA: 22/09			2,00	Frasco	EV	8/8h				

Dr. Marcos Vinícius
05/09/2018



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

65 127858

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	Código da Interparâmetro
2-NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:	HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	221890

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6-Nome:	THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA			6 - Prontuário:	486913
7-CPF:	705202477301172	8-Nascimento:	18/03/1998	9-Sexo:	Masculino
11-Não:	ANA CLAUDIA SOARES LOPES	RG:	3914427 - SSP PI		
13-Resp:	JOSE OSMAR	17-Fone:	86-99915-2588		
15-Ende:	RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010				
16-Muldo:	TERESINA	17-Cod.UBOE:	221100	18-UF:	PI
		19-CEP:	64000-010		

JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TCE GRAVE+ TOT +VM

0403010306 SQ65

0403010020 G936

Fig. 1 - 1. Water quality classification according to international

AS ACTINA

12 - Indicadores positivos de provas diagnósticas (resultado de exames realizados):

EXAME CLINICO

25-2100, SEC. 1, 11-11-1911.

{Informacao Posterior}

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

DPVA

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

1. Proced.: 2º- Procedimento Solicitado:

✓415020077

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA

29-Clinica:

30-Caràterx: Ident.: 31-Dezum.: 32-Dez. Med. 5+1-

02 01 CFF 963.249.613-20

33-None = Conditional Solicitante/Assistente:

4-Data Solis_tecno:

ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA

02/09/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

1º	Adriano de Fátima			
2º	Adriano de Fátima			
3º	Adriano de Fátima			
4º	Adriano de Fátima			
5º	Adriano de Fátima			
6º	Adriano de Fátima			
7º	Adriano de Fátima			
8º	Adriano de Fátima			
9º	Adriano de Fátima			
10º	Adriano de Fátima			
11º	Adriano de Fátima			
12º	Adriano de Fátima			
13º	Adriano de Fátima			
14º	Adriano de Fátima			
15º	Adriano de Fátima			
16º	Adriano de Fátima			
17º	Adriano de Fátima			
18º	Adriano de Fátima			
19º	Adriano de Fátima			
20º	Adriano de Fátima			
21º	Adriano de Fátima			
22º	Adriano de Fátima			
23º	Adriano de Fátima			
24º	Adriano de Fátima			
25º	Adriano de Fátima			
26º	Adriano de Fátima			
27º	Adriano de Fátima			
28º	Adriano de Fátima			
29º	Adriano de Fátima			
30º	Adriano de Fátima			
31º	Adriano de Fátima			
32º	Adriano de Fátima			
33º	Adriano de Fátima			
34º	Adriano de Fátima			
35º	Adriano de Fátima			
36º	Adriano de Fátima			
37º	Adriano de Fátima			
38º	Adriano de Fátima			
39º	Adriano de Fátima			
40º	Adriano de Fátima			
41º	Adriano de Fátima			
42º	Adriano de Fátima			
43º	Adriano de Fátima			
44º	Adriano de Fátima			
45º	Adriano de Fátima			
46º	Adriano de Fátima			
47º	Adriano de Fátima			
48º	Adriano de Fátima			
49º	Adriano de Fátima			
50º	Adriano de Fátima			
51º	Adriano de Fátima			
52º	Adriano de Fátima			
53º	Adriano de Fátima			
54º	Adriano de Fátima			
55º	Adriano de Fátima			
56º	Adriano de Fátima			
57º	Adriano de Fátima			
58º	Adriano de Fátima			
59º	Adriano de Fátima			
60º	Adriano de Fátima			
61º	Adriano de Fátima			
62º	Adriano de Fátima			
63º	Adriano de Fátima			
64º	Adriano de Fátima			
65º	Adriano de Fátima			
66º	Adriano de Fátima			
67º	Adriano de Fátima			
68º	Adriano de Fátima			
69º	Adriano de Fátima			
70º	Adriano de Fátima			
71º	Adriano de Fátima			
72º	Adriano de Fátima			
73º	Adriano de Fátima			
74º	Adriano de Fátima			
75º	Adriano de Fátima			
76º	Adriano de Fátima			
77º	Adriano de Fátima			
78º	Adriano de Fátima			
79º	Adriano de Fátima			
80º	Adriano de Fátima			
81º	Adriano de Fátima			
82º	Adriano de Fátima			
83º	Adriano de Fátima			
84º	Adriano de Fátima			
85º	Adriano de Fátima			
86º	Adriano de Fátima			
87º	Adriano de Fátima			
88º	Adriano de Fátima			
89º	Adriano de Fátima			
90º	Adriano de Fátima			
91º	Adriano de Fátima			
92º	Adriano de Fátima			
93º	Adriano de Fátima			
94				

AUTORIZAÇÃO

[illegible]

0809 18

Marcondes Martins S. Moura
Médico Autor - FMS - Teresina

56-9884, dated 2000, 01 (Rd7Q2S2GZB000)

25/05/2018 16:59:00

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 127858

AIH: 2218101683006



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

206364924720002

NOME DO PACIENTE

THOMAS KUAN SOARES EVANGELISTA

NASCIMENTO

18/03/1998

SEXO

M

PRONTUÁRIO

486913

DOCUMENTO CPF

05725008309

TELEFONE

NOME DA MÃE

ANA CLAUDIA SOARES LOPES

RESPONSÁVEL

JOSE OSMAR

CEP

64455000

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

S/A

BAIRRO

CENTRO

COMPLEMENTO

CASA

MUNICÍPIO

BARCELINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITÍMICA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO FORTUOSO COM TETRA GRÁV

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO EM 01/03/2018 SOB ANESTESIA GERAL

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS/RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS

EFETUA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S065 - HEMORRAGIA SUBDURAL DEVIDA A TRAUMATISMO

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

041802077 - PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA *

LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

01/03/2018

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

CPF: 96324061774

22 JAN 2019

DATA ADMISSÃO

01/03/2018 07:15

DATA ALTA

20/03/2018 11:00

MOTIVO ALTA

MELHORIA

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNP/SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SERIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA

CPF: 452177015

CRM

DATA ASSINATURA 01/03/2018

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ASSINATURA

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente		Thomaz Pinheiro Faria Evangelista	
Diagnóstico pré-operatório		Hematomas Subdura + Epidura Cerebrais	
Operação - Tipo		Craniotomia Descompressiva + Drenagem FTP	
Cirurgião	1º Assistente	Antonio Costa	
2º Assistente	3º Assistente		
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação		Início	Fim
01/09/18			
Diagnóstico Pós-operatório		0403010306 - S065 0403010020	

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

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

DPVAT

- 1) MM 12, edema cerebral
- 2) Incisão tipo "cunha" FTP
- 3) Craniotomia simples FTP
- 4) Drenagem seguida de drenagem de hematomas
- 5) Drenagem "flap" com drenagem de hematomas
- 6) Drenagem com drenagem
- 7) Hemostase
- 8) Drenagem por placa

Antonio Carlos
Cirurgião Geral
CRM 12.724



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUJ
Rua Dr. Otto Tito 1420 - Radiação - Fone: 35 2218 2443
TERESINA-PI CEP: 64017-730 CNPJ: 05.522.817/0027-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Formulário 448813)
Endereço: RUA ALBERTO LEAL LUNES 2123 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 18/03/1995 Idade: 20a7m5d Sexo: MASCULINO Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 662061
Requisição: 559482 Solicitação: 01/03/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1076363 Consenso: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 3208240010

Data Exame: 01/03/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO. MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE OSSEAS CONSERVADAS
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIS AMPLOS

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/10/2018

Leonardo Afonso Nogueira Matos
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS
CPF: 890.717.763-04 CRM 3508 PI
Profissional Responsável

**AG CORRETORA
DE SEGUROS**

22 JAN 2019

DPVAT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1420 - Sedeção - Fone: 35 3218 3443
 TERESINA-PI CEP: 64017-775 CNPJ: 05.021.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Frontuário: 458913)
 Endereço: **RUA ALBERTO LEAL NUNES 2123 - LOURIVAL PARANTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 18/03/1996 Idade: 20a7mes Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 221690
 Requisição: 871472 Solicitação: 07/09/2018 Solicitante: CLEITON BRAGA TAVARES
 Controla: 1079071 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - POR ENFERMARIA 215 LEITO 150

RELATÓRIO:

Cod. Sia: 0206010079

Data Exame: 07/09/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizadas cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano cento-metral.

RELATÓRIO:

- EXTENSA CRANIECTOMIA À DIREITA.
- TÊNUE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA À DIREITA.
- CONTUSÕES ENCEFÁLICAS EM LOBO TEMPORAL DIREITO.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOSÉ AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/10/2018

Leonardo Afonso Nogueira Matos
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS
 CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
 Profissional Responsável

**CO CORRETORA
 DE SEGUROS**

22 JAN 2019

DPVAT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otton Vito 1820 - Radsaço - Fone: 36 2218 3443
 TERESINA-PI CEP: 54017-376 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RIAN SOARES EVANGELISTA** (Fronteirão 486843)
 Endereço: RUA ALBERTO LEAL MENEZ 2123 - LOURIVAL PARANTE - TERESINA - PI CEP: 64000-012
 Nascimento: 18/03/1996 Idade: 20/07/2016 Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 582051
 Requisição: 065429 Solicitação: 01/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1076390 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020831

Data Exame: 01/09/2018

T.C. DE TORAX

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

- TUBO OROTRAQUEAL.
- OPACIDADES IRREGULARES EM LOBO INFERIOR ESQUERDO.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HA EVIDÊNCIA DE LINFONÓDOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

LORDE ADRIATO

TERESINA - PI 25/10/2018

Leonardo Afonso Nogueira Matos
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS
 CPF: 580.717.783-04 CRM: 3506 PI
 Profissional Regulada

PJ CORRETORA
 DE SEGUROS

22 JAN 2019

DPVAT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1925 - Redenção - Fone: 33 2218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Frontalção: 458913)
 Endereço: **RUA ALBERTO LEAL NUNES 2123 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **18/05/1998** Idade: **20/07/2018** Sexo: **MASCULINO** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **682051**
 Requisição: **889431** Solicitação: **01/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1076362** Comentário: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030037

Data Exame: 01/09/2018

L.C. DE Pelve

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 5MM DE ESPESSURA E 5MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- EXAME REALIZADO SEM O USO DO MEIO DE CONTRASTE VIA ORAL E ENDOVENOSO, LIMITANDO MELHOR AVALIAÇÃO DO CASO
- BEXIGA DE VOLUME NORMAL, PAREDES LISAS E CONTEÚDO HOMOGÊNEO.
- URETERES DE CALIBRE NORMAL.
- PRÓSTATA E VESÍCULAS SEMINAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS PRESERVADAS
- ALÇAS INTESTINAIS DE CALIBRE E CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- AUSÊNCIA DE LESÕES EXPANSIVAS OU DE LINFONODOMEGALIAS.

(JOSÉ AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/10/2018

Leonardo Afonso Nogueira Matos
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS
 CPF: 090.717.783-04 CRM 3508 PI
 Profissional Responsável

**PJ CORRETORES
 DE SEGUROS**

22 JAN 2019

DPVAT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1620 Sadeação - Fone: 35 3218 1443
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.322.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Formulário: 488913)
 Endereço: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64033-010
 Nascimento: 18/03/1995 Idade: 20a7m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 552067
 Requerido: 869433 Solicitação: 01/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controla: 1076384 Contém: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205010079

Data Exame: 01/09/2018

T.C. DE CRÂNIO

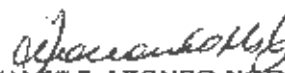
TÉCNICA Foram realizadas cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-nasal.

RELATÓRIO:

- LINHA DE FRATURA EM REGIÃO PARIETAL E MASTÓIDE À ESQUERDA.
- HEMATOMA SUBDURAL AGUDO FRONTO-PARIETO-TEMPORAL DIREITO, COMPRIMINDO O ENCEFALO ADJACENTE.
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA SUPRATENTORIAL À DIREITA
- CONTUSÕES ENCEFÁLICAS EM LOBO TEMPORAL DIREITO.
- REDUÇÃO VOLUMÉTRICA DO VENTRÍCULO LATERAL DIREITO.
- DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MEDIANA PARA ESQUERDA

(JOSÉ AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/10/2018


LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS
 CPF: 890.717.763-04 CRM 13502 PI
 Profissional Responsável

**AG CORRETORA
 DE SEGUROS**

22 JAN 2019

DPVAT



FEPISERH
Federação dos Estados Piauienses
de Serviços Hospitalares

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Av. Frei Serafin, 2352-Centro

CEP: 64.001-000 Teresina-PI,

CNPJ: 06.553.564/0104-43



RECEITUÁRIO

Nome: Marina Dizon Souza

Data de Nascimento: / /

Atestado médico
Declaro para os devidos fins que
o paciente foi vítima de TCE
Intervindo a emergência de emergência
em 01/09/18. Porém a vítima de
quadro por 90% Morando em

CTO 5020

5068

Data:

MOD-60-HGV

08, 12, 18

Médico (assinatura e carimbo)

**AJ CORRETORA
DE SEGUROS**

22 JAN 2019

DPVAT

**AJ CORRETORA
DE SEGUROS**

22 JAN 2019

DPVAT



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1828 - Redenção - Fone: 36 3213 3445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.322.617/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Frontusário: 468942)
 Endereço: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2128 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64003-013
 Nascimento: 18/03/1998 idade: 20a7m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 682051
 Requisição: 858430 Solicitação: 01/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1078381 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0298030010

Data Exame: 01/09/2018

T.C. DE ABDOME

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

- EXAME REALIZADO SEM O USO DO MEIO DE CONTRASTE VIA ORAL E ENDOVENOSO, LIMITANDO MELHOR AVALIAÇÃO DO CASO.
- FÍGADO E BACO 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

WOSGE AUGUSTO

TERESINA - PI 23/10/2018

Leonardo Afonso Nogueira Matos
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS
 CPF: 860.717.784-04 CRM 3508 PI
 Profissional Responsável

**PJ CORRETORA
 DE SEGUROS**

22 JAN 2019

DPVAT

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Wandeilda Evangelista dos Santos,
RG nº 1.613.172, data de expedição 01/09/95,
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 831.219.433-91, com
domicílio na cidade de Barro Duro, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Conjunto H Brasil 9 Q.E, nº 09,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Thomas Ruan Soares Evangelista cujo o condutor era
Thomas Ruan Soares Evangelista

Veículo: MOTO
Modelo: KONDA CG 125/TITANES
Ano: 2004
Placa: LWB-5062
Chassi: 9C25C30204R036511
Data do Acidente: 31.08.18
Local e Data: Barro Duro 11.12.18

x Wandeilda Evangelista Santos
Assinatura do Declarante

x Thomas Ruan Soares Evangelista
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

BARRO DURO CARTORIO ÚNICO
FRANCISCO PEREIRA NETO - TABELIÃO

Cartório de Registro Civil - Cível - Juízo da
Rua Deputado Antônio Nunes - 14140 Barro Duro - PE - CEP: 55110-000

RECÔNFI-ECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE WANDEILDA EVANGELISTA SANTOS,
THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA,
EM TEST. DA VERDADE DOU FE BARRO DURO, 11/12/2018 15:07:13

Antônia
ANTÔNIA MARIA DA SILVA PESSOA - ESCRIVENTE
End. 7.421, 1.42 Barro Duro - PE - CEP: 55110-000



CARTORIO DO 1º OFÍCIO
FRANCISCO PEREIRA NETO
Tabelião
ANTÔNIA MARIA DA SILVA PESSOA
Escrivente
Comarca de Barro Duro-PI

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 01190 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Gleidistony Louzuro Maciel inscrito (a) no CPF 819.125.871 / 49,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Thomas Ruon Soares Evangelista inscrito
(a) no CPF sob o Nº 057.240.083 09 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDA da Vítima
Thomas Ruon Soares Evangelista inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.290.083 09, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>R. Coronel José Nogueira</u>	Número	<u>183</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Estado	<u>Piauí</u>	CPF	<u>64.980.000</u>
Cidade	<u>Corrente</u>	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>(86) 99999-1744</u>
E-mail	<u>gleidistonymaciel@hotmail.com</u>				

Corrente, 07 de Junho de 2013
Local e Data

Gleidistony Louzuro Maciel
Assinatura do Declarante

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2013

DPVAT

COMPANHIA ENERGIA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 789 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ nº 04.743.901-59 | Ins. Estadual nº 14.901.280-5
Insc. M. nº 11/Contribuição Energia Elétrica - PIAUÍ
Inscrição Estadual de Imposto sobre Produtos Industrializados nº 15.757.155-9

Nº da Nota Fiscal 014581625

A Tarifa Especial de Energia Elétrica - TEE foi criada
pelo Decreto nº 18.136, de 26 de abril de 2007.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	12-12-2018	130	92,59

ANA CLAUDIA SOARES LOPES
R. DEP MILTON BRANDAO S/M BANANEIRA
CPI: 00000902740326
CEP: 64.455-000 - BARRO DURO

ROT: 187.085.03.24.110500

DADOS DA LEITURA		DADOS DA TARIFA	
Atual	20459	Atual	05/12/2018
Anterior	20329	Anterior	06-11-2018
Consumo de Multitopos		Próxima Leitura	03-01-2019
Consumo kWh	130	Finalizar	04-12-2018
Consumo Fatorado	130	Apresentar	05-12-2018
Fator de Tarificação	NORMAL	Código de Insegurança	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Endereço	Ligação	Metrofone	Endereço	Código Fator
RESID. BX. RENDA	NONO	A492947		1.4.1.1

RESUMO DA CONTA		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/Ano	Valor	CONSUMO	30 A R\$ 0,281056 = 8,43
NOV/18	160		70 A R\$ 0,481824 = 33,72
OUT/18	157		30 A R\$ 0,722729 = 21,68
SET/18	164	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	11,12
AGO/18	146	DIFERENÇA DE TARIFA	42,87
JUL/18	120	SUBVENCAO BAIXA RENDA	29,88
JUN/18	149	CORRECAO MONETARIA IG 10/18-00	1,58
MAI/18	140	MULTA POR ATRASO 10/18-00	1,06
ABR/18	162	JUROS POR ATRASO 10/18-00	1,11
MAR/18	160	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,64
FEV/18	156		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
3 M	8,135440		
6 M	16,270880		
12 M	32,541760		

MESSAGENS IMPORTANTES - REALIZO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 11/2018 119,99
Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 20-12-2018. O não pagamento por 30 dias suspenderá o fornecimento de energia elétrica. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFOR ME RESOLUCAO ANEEL 2.490/2018.
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

SE SERVINDO AO PICO 5DAZ.336D.DE33.7847.08A3.8504.3CD9.99D2

COMPOSICAO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS E CONTRIBUICOES - R\$	
Distribuição	21,23	Base de Cálculo	106,70
Energia	40,36	Alíquota ICMS	22,00%
Transmissão	6,35	Valor da ICMS	23,47
Serviços	6,43	Valor do IPI	1,57
Impostos	32,33	Valor do CONTRIB	7,29

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC	REC	DEB	DICRI			
	Atual	Previsão	Atual	Previsão	Atual	Previsão	Atual
Locais	8,06	16,12	32,23	4,59	9,19	18,37	4,48
Serviços	0,00			0,00			0,00
Conjuntos	SAO PEDRO DO PIAUÍ						
					Parcela de	10/2018	29,13

J CORRETO
DE SEGURANÇA

22 JAN 2019

DPV