

Controle de docum x PJ Consulta processo x PJ 0800031-53.2020.8 x PJ 0804309-60.2019.8 x PJ 0803426-16.2019.8 x Portal do Advogado x Baixar o arquivo x

tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=445172&ca=3af36ec6f8f33bd03c2d0215bbf8958075b...

Apps Processo Virtual Na... Administrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJE 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0800031-53.2020.8.18.0084
THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS...

10628887 - CONTESTAÇÃO (2732417 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 06/07/2020 10:49:41

06 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10628885 - CONTESTAÇÃO
 - 10628887 - CONTESTAÇÃO (2732417 CONTESTACAO 01)
 - 10628892 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (2732417 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 10629147 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 10629149 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 10629153 - PROCURAÇÕES OU SUBTABELECIMENTOS (SUBTABELECIMENTO)

10:49

downloadBinario.seam 1 / 12

2732417- CS/ 2020-02490/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARRO DURO/PI

PT 10:49 06/07/2020



06/07/2020

Número: **0800031-53.2020.8.18.0084**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Barro Duro**

Última distribuição : **07/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA (AUTOR)		ALEXANDRE RAMON DE FREITAS MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10628892	06/07/2020 10:49	2732417_CONTESTACAO_Anexo_02	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0288818-1

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 755 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.749/0001-99 - Ins. Estadual: 19.301.269-5
Nº de Fica/Conta ou Energia Elétrica - Sine U-1
Registre-se no sistema de controle de qualidade pela SE-42 B6/98

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: 00061912567149

DATA DA LETURA	kWh	DATA DA LETURA
Atual:	43583	10/07/2018
Anterior:	43394	12/06/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:
Consumo Medido:	189	10/08/2018
Consumo Faturado:	189	Emissão:
		09/07/2018
		Apresentação:
		10/07/2018

Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	ECAN	Dias de Consumo:	28
DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Pat.	Módulo 12 meses

RESUMO GERAL	TRI	D086030	1.1.1.3	244
HISTÓRICO kWh Mês/ano consumo	DESCRIÇÃO DA CONTA			
JUN/18 279	CONSUMO 189 A R\$ 0,832300			
MAI/18 247	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (CCSIP)			
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				
TOTAL ANO (TÍTULOS):				
2 A R\$ - 0,504098				



MENSAGENS IMPORTANTES / REATIVO 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.

RESE VÁLID NO FISCO B461.3643.012D.0D2D.0F4D.C133.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		DIOC	
	Trimestral	Anual	Trimestral	Anual	Trimestral	Anual
Limite	8,46	16,91	33,82	3,99	7,98	15,96
Posição	0,00			0,00		4,65
Conjunto	GILBUES					
				Período de aprovação:	05/2018	72,04



CONSULTA BÁSICA

DATA: 31/08/18

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: Ednan Soares Coutinho
Data de Nascimento: 15/03/98 Idade: 20 Telefone: _____
Endereço: Rua Nelson Brandão Município: Barro Duro
Identidade: _____ Nº CNS: 50840472420001

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: 112/72 TAX: _____ Glicemia: 110 mg/dl FC: 70 bpm FR: _____
Peso: _____ Altura: _____ Sat. O₂: 98%
Queixa Principal: _____
Hipótese Diagnóstica: Insuficiência cardíaca crônica
Prescrição: 1. SF O₂ 92% - 500 ml EV aberto
2. Quixote 50% - 2 amp EV
3. Oramaxina - 1 amp + AD EV
4. O₂ sob cateter nasal - 5L/min
5. monitorização

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 22.00h paciente deu entrada neste serviço com TCE grave após acidente motociclístico sem capacete, encontra desacordado, péssimo estado geral, hipocorado, taquicárdico, bradipneico, 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 primeiros socorros com materiais disponíveis e encaminhado após estabilização de SaO_2 e PA, para UPA do Promotor (serviço de referência). Quedas: 8.

PA: 130 x 80

SaO_2 : 90%

FC: 48

FR: 21

Dr. Carlos Alberto
ME
CRM: 10000



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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 SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Thomas Ruon Soares Evangelista CPF: 057.290.083-09

Profissão: Estudante Endereço: R. Deputado Milton Brondão Número: 319 Complemento: _____

Bairro: Baroneira Cidade: Bom Duro Estado: Piauí CEP: 64455-000

E-mail: gleidistonmocielo@hotmail.com Tel. (DDD): (86) 9999-4744

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

REDA MENSAL:
☒ RECURSO 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: 3827 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 contestação, caso discordo 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: _____

Gráu 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/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 nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento ao valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Unma - 22.09.15

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Thomas Ruon Soares Evangelista

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

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 testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



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: 18/02/1998
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: 9C2JC30204R036511
- Renavam: 00823452220
- Proprietário: WANDEULA 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 URGÊNCIAS 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: ☐ DADS (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: **Thomaz 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: **Thomaz Ruon Soares Evangelista** CPF: **057.290.083-09**
Profissão: **Estudante** Endereço: **R. Deputado Milton Brondão** Número: **319** Complemento: _____
Bairro: **Baroneira** Cidade: **Barão Duro** Estado: **Piauí** CEP: **64455-000**
E-mail: **gleidistonmocielo@hotmail.com** Tel. (DDD): **(86) 9999-4744**

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

DADOS CADASTRAIS
RECEITA MENSAL:
☒ RECURSO 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: **3827** 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 do 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 contestação, caso discordo 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/vivendo? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Unma - 22.09.15**
Nome: _____
CPF: _____

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

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Thomaz Ruon Soares Evangelista
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) **gleidistonmocielo** 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 testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



Recebido em:

30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Antônio da Fonseca
CLINICA MEDICA / PSQUIATRIA CLINICA
CRM 1884-PI

RECEITUÁRIO

Atestado

Atesto para os devidos fins,
Thomas Ruan Soares Evangelista,
em acompanhamento médico es-
pecializado, em uso de medicação
ap, em consequência de acidente
catástrofe do o veículo, F06.9+6403
de trânsito, incluído em condutores
para suas atividades de trabalho,
por ser devido com mais
emprego após, de imediato

Teresina, 08.05.19

Dr. Antônio Luiz Dantas da Fonseca
CLINICA MEDICA / PSQUIATRIA CLINICA
CRM-1884-PI / CPF-183.710.513-87
CNS-181.840.156.80.0009
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:

Thomaz Ruan Soares Gurgel

Endereço:

Prescrição:

1 Carbamazepina 200mg - 03x

1 Clozapina 12/12h

1 Risperidona 03x

1 Meprobamato 12/12h

Data:

05/05/19

Identificação do Comprador

Nome:

Ident:

Org. Emissor:

End.:

Cidade:

UF:

Telefone:

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data:





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

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:49:41

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610494037100000010085107>

Número do documento: 20070610494037100000010085107

Num. 10628892 - Pág. 10



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: 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 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

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
SAMB-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 SUBARACNÓIDEA 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

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: 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 SUBARACNÓIDEA 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

Josma Luis Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SÁME - HUT
CONFIRMAÇÃO





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.g. 100

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA			Prontuário:	486913
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
Responsável:	JOSE OSMAR	Fone:	86-99915-2588		
Profissão:	NAO INFORMADO	CNS:	705202477301172		
G. Instrução:	Não informado	CPF:	* RG: 3914427 - SSP PI		
End. Local.:	E. Civil: Solteiro(a)				

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)				
Acid. Trab.:	Não	Trajetos?:	Não	Tipico:	Não
CID Secundário:	V299				

DADOS CLÍNICOS:

Acidente de trânsito envolvendo vítima do STUV, sendo que a vítima possui lesões no membro superior direito, com fratura de rádio e ulna, além de lesões no membro inferior esquerdo, com fratura de fêmur. A vítima foi encaminhada para o Hospital de Urgência de Teresina - HUT.

HUT DR. ZENON ROCHA

TOCADA E COMPUTADORIZADA

EXAME CLÍNICO E FÍSICO

DATA: 01/09/18 03:15:17

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:
Diagnóstico Inicial:						

CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Solicitados: 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:
DESTINO:	() Alta 24 Hs () De 24 a 48 Hs () Após 48 Hs	() Família () IML () Anat. Patol.	DATA SAÍDA: / / HORA: : () Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível:
ÓBITO:	Prof. Solicitante Internação:		

Recebido em
30 MAI 2019

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: 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 4:15	ESPECIALISTA: IUST
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TC - Queixa de dor no do Lumbos- torácico;	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

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

Data/Hora: 1/9/18	
TC - Queixa de dor no do Lumbos- torácico com sintomas centrais DNR 8	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 1/9/18	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: TC - Queixa de dor no do Lumbos- torácico	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

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

Data/Hora: 1/9/18	
TC - Queixa de dor no do Lumbos- torácico	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

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 VITÍMA DE ACIDENTE DE MOTO HA +OU- 3 HORAS TRAZIDO POR AMBULANCIA, COM REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA(GLASGOW 10), COM HALITO ETÍLICO, EUPNEICO, ESTÁVEL, ABDOME FLÁCIDO E SEM IRRITAÇÃO PERITONEAL. OTORRÁGIA ESQUERDA-ANISOCORIA.SOLICITO TRANSFERÊNCIA PARA HUT PARA REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA DE CRÂNIO E AVALIAÇÃO NEUROCIRÚRGICA			
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:			

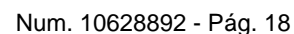
DATA:	01/09/2018 02:42:16
MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO	

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO

Kassia Janna Ribeiro Cavalcante
Matrícula: 68624
SABE - RUT
CONFERE COM O ORIGINAL



Florida Juvenile Permanent Courtroom
 Marianna, Florida
 SAME - HUP
 CONFERENCE ROOM





REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	<i>Francisco Paulo Sousa Evangelista</i>	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA		
À CLÍNICA		LEITO
MOTIVO DA CONSULTA <i>CE grave de 2º grau ASPA à Din Controle terapêutico Solicito Avaliação/Conduta Especializada</i>		
DATA	<i>02/09/18</i>	<i>Dr. Inácio Magalhães Neurologista CRM 3482</i> ASS. MÉDICO CONSULTANTE
PARECER <i>+ C vômitos pós-epilepticos sintomáticos. Internados há mais de 24h. Melhora do estado de consciência intravenosa.</i> <i>Id: Retirar Sedativos h hemodinâmica/pressão</i> <i>02/09/18 9:50h</i> <i>Dr. Inácio Magalhães Neurologista CRM 3482</i> <i>CONFERE Cópia Original</i>		

DATA: / /





Hospital de Urgência de Teresina - HUT

PRESCRICAO MEDICA
- NEUROCIRURGIA -

EVOLUCAO MEDICA

PACIENTE:

Thomaz Puan Bora. Evangelista

DATA:

ENFERMARIA:

PDE Camila de Oliveira

MEDICAMENTOS	HORARIO	
1. Dieta <i>pro</i>		
2. SF 0,9% - 2000ml EV em 24h		
3. Dipirona - 1amp EV de 6/6h - <i>SX</i>		
4. Plasil - 1amp EV de 8/8 - <i>SX</i>		
5. Omeprazol 40mg - 1amp EV 1x/dia		
6. <i>THACT - 1amp EV de 12/12h</i>		
7. <i>Tecanal 100mg + 100ml SF EV de 8/8h - SN</i>		
8. Fentolona 100mg + 18ml AD EV de 8/8h		
9. Clethane 40mg SC 1x/dia		
10. Cabeceira elevada		
11. SSV e CEGG		
12. <i>Indometacina - 50mg</i>		
13. <i>Indometacina - 20mg</i>		
14. <i>STO 2 + 200</i>		
15. <i>Indometacina 40 mg SC 8/8h</i>		
16.		
17.		
18. <i>Indometacina 40mg</i>		
19.		

011
16:20h
257
Blome de M...
CRM-PI 33899

Edna Joana Pinheiro Cavalcante
Médica - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

17-05



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 LIDOCAÍNA 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>Kassia Juvenis Pinheiro da Costa</i> Médica CRM-PI 6884 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 Moraes Evangelista
Médica
CRM-PI 3396

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:



ASSINATURA DO AUDITOR



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

FISIOTERAPIA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: THOMAS PUAN S. EVANGELISTA Nº PRONT.: 486713 Nº LAUDO: 2213870

() 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 Auditor Interno - HUT
CRM 15830

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

Ednan Soares Coutinho
Matrícula: 59884
- SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

DATA: / /

ASSINATURA DO AUDITOR



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.: 486943 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





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 Pinheiro Soares Evangelista		
Diagnóstico pré-operatório			Hernia Subcôstica + Edema testicular		
Operação - Tipo			Circuncisão + Orquiopexia + Orquiectomia		
Cirurgião		1º Assistente			
2º Assistente		3º Assistente			
Instrumentador(a)		Anestesista		Anestesia	
Anestésico(a)					
Data da Operação		Início		Fim	
01/08/18					
Diagnóstico Pós-operatório				0403010306 - 5065 0403010306	
Relatório Imediato do Patologista					
Acidente Durante a Operação					



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

- 1) MV, cotoes evitados p/ (E)
- 2) Incisão tipo "curbony" FTP- (E)
- 3) Circuncisão simples FTP- (D)
- 4) Orquiopexia seguida de drenagem de hematomas;
- 5) Drenagem "flap" eixo devido transposição cordão;
- 6) Suturas com pontos simples
- 7) Hemostase local
- 8) Intussuscepção

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:49:41
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610494037100000010085107
Número do documento: 20070610494037100000010085107

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR		Nº LAUDO: 127858	
		AIIH: 2218101683006	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROLHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROLHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
CARTÃO SUS 206164924720002	NOME DO PACIENTE THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA	18/03/1998	M	486913
DOCUMENTO CPF 05729088109	TELEFONE ANA CLAUDIA SOARES LOPES	RESPONSÁVEL JOSE OSMAR		
CEP 64155000	ENDEREÇO - LOGRADOURO	NÚMERO / LOTE		
BAIRRO CENTRO	COMPLEMENTO CASA	MUNICÍPIO BARRIO DE REIS		
		UF PI		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VITÍMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO EVOLUINDO COM TETRAPLÉGIA	
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO TRATAMENTO CIRÚRGICO EM URGÊNCIA	

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS) EFETUADO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S005 - HEMORRAGIA SUBDURAL DEVIDA A TRAUMATISMO	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 041502007 - PROCEDIMENTOS SEQUELARES EM NEUROCIRURGIA	
LEITO/CLÍNICA NEUROCIRURGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)
CARACTER Urgência	DATA SOLICITAÇÃO 01/09/2018
DATA ADMISSÃO 01/09/2018 07:15	DATA ALTA 20/09/2018 11:00
MOTIVO ALTA MELHORIA	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)					
TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SERIE	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
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL			



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nome do estabelecimento solicitante:	HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
Nome do estabelecimento beneficiário:	HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	2218

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA	6 - Prontuário:	486912
CPF:	705202477301172	Data de nascimento:	18/03/1998
Sexo:	Masculino	RG:	3914427 - SSP PI
Nome da mãe:	ANA CLAUDIA SOARES LOPES	12-Phone:	86-99915-25
Nome do pai:	JOSE OSMAR	14-Cor:	Sem Informa
Endereço:	RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010		
Cidade:	TERESINA	UF:	PI
		CEP:	64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

Exame físico e exames complementares:
 AS ACIMA

Exame clínico:
 EXAME CLINICO

Informação posterior:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento Solicitado:
 0415020077 PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA

02 01 CFE 963.249.413-10

Nome do profissional solicitante/assistente:
 ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA

Data da solicitação:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

Nome do responsável legal do paciente:

Nome do responsável legal do paciente:

Nome do responsável legal do paciente:

Nome do responsável legal do paciente:

AUTORIZAÇÃO

Assinatura do médico autorizador:

Assinatura do médico autorizador:

Assinatura do médico autorizador:

Assinatura do médico autorizador:





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.622.917/0022-02

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



[Handwritten signature]





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

União: Pronto Socorro: Paciente:

21890 486913 THOMAS RUIZ SOARES EVANGELISTA

Clinica:

CLINICA NEUROLOGIA - P07

Enfermaria:

ENFERMARIA 215

Leito:

LEITO 150

Médico Assistente:

RODRIGUES VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS

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

Alergias:

Diagnóstico/Comorbidades:

POB DE CRANIECTOMIA DECOMPRESSIVA EM 01/09

Transt. por seim. ec: 45
ou 44,5 cur

Descrição-Representação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
ORAL TÁPO BRANDA, ASSISTIDA								
CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO + NACL 10% 100ML / SORO	1,00	Frasco	EV	24/24h				11h: 100ml de soro fisiológico + 100ml de NaCl 10% - 20/09/2018
PANTIDINA 25mg/mL, INJ. C/2ML.	50,00	mg	EV	8/8h				Controle 3.00.137
ENOXAPARINA SÓDICA 40mg/0,4ML SOL. EM SERINGA INJETÁVEL	1,00	Seringa	Subcuta	24/24h				
RISPERIDONA 2MG FAZER AS 22H	1,00	Comprim	SNE	24/24h				
MORFINA, 10mg/mL, INJ. C/1ML. DISSOLTO EM 9ML AD - FAZER 2ML EV 6/6H - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Amplola	EV	SN				
DIPIRONA SÓDICA 500mg/mL, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Amplola	EV	6/6h		AD		
PARACETAMOL 200mg/mL, SOL. ORAL GOTAS C/10ML.	60,00	Gotas	Oral	4/4h				
SOS-ALERGIA COM DIPIRONA								
METOCLOPRAMIDA, 5mg/mL, INJ. C/2ML. EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Amplola	EV	8/8h				
DEXTRANO 70 0,1% + HIPROCELOLO 0,3% SOLUÇÃO OPHTALMOLÓGICA. 01 GOTAS EM CADA OLHO	1,00	Frasco	Oftalmol	6/6h				
ORACILINA 500mg, PÓ P/SOL. INJ. DO: 07/09 DL4: 21/09	2,00	Gramas	EV	4/4h		SR 0,9%		
CEFEPIMA 1g, PÓ P/SOL. INJ. DO: 08/09 DL4: 22/09	2,00	Frasco	EV	8/8h				

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:49:41
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610494037100000010085107
Número do documento: 20070610494037100000010085107





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

AValiação PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>THOMAS R. S. SIMONATO</u>	Prontuário: <u>486413</u>	Data: <u>01/09/18</u>
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: <u>20</u>	Peso: <u>80</u>
Procedimento (s) proposto (s): <u>Cirurgia de emergência</u>		Altura: <u></u>
		Apto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ANAMNESE

- | | | |
|---|------------------------------|---|
| 1 - Patologias cardiocirculatórias | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 2 - Patologias respiratórias | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 3 - Antecedentes patológicos | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 4 - Convulsão | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 5 - Passado anestésico cirúrgico | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| 6 - Transfusão sanguínea | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 7 - Uso de medicação | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 8 - Alergia | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |
| 9 - História familiar de complicações anestésicas | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não |

EXAME FÍSICO

- | | | |
|-------------------|---|-----------------------------|
| PA: <u>100/80</u> | Pulso: <u>64</u> <input type="checkbox"/> arritmico | Mallampati: (1) (2) (3) (4) |
| 1. Respiratório | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Alterado: <u>2º e 3º lóbulo</u> | |
| 2. Cardiovascular | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: <u></u> | |
| 3. Neurológico | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: <u>1º e 2º</u> | |
| 4. Abdome | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: <u></u> | |
| 5. Vias aéreas | <input type="checkbox"/> Possível VAD | |
| 6. Extremidades | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: <u></u> | |

EXAMES COMPLEMENTARES

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

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

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista:

CRM:

Dr Henrique Rocha
Anestesiologista

MOD-122



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21/09/2020

NOME DO PACIENTE: <u>Thomas Ruan</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>486913</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Genel (gárgio)</u>	Nº DA SALA: <u>07</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Antonio Carlos</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>João 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 <u>7.0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	<u>200</u>		PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	<u>200</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>04</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>03</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>100</u>		SERINGA 5CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	<u>01</u>	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>04</u>	
GASES	PAC.	<u>06</u>		SONDA URETRAL Nº <u>14</u>	UNID.	<u>01</u>	
JELCO Nº <u>14</u>	UNID.	<u>04</u>					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Obs.: 2 cupom.</u> <u>1 bolsa coletora</u> <u>2 seringas plano.</u> <u>equipo p/ b. mbu</u> <u>1 druso 32.</u> <u>Nylon 2.0 - 3 unidades</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº <u>3.0</u>		<u>05</u>					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL Nº <u>1.0</u>		<u>03</u>		CIRCULANTE: <u>Jana Karla</u>			



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
CRM3890

Associação Reabilitar

Avenida Higino Cunha 1313 - Bairro III
CEP: 64014-220 - Teresina - Piauí
Telefone / Fax: 3198-1500
CNPJ: 07.995.466/0001-13



**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. Nexos 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 - 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/08/2018

Titular do CPF: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190353744 **Cidade:** Barro Duro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA 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 MA1802353019		REGISTRO GERAL 026974362003-2 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/01/2019	
		NOME LUIS CARLOS CUNHA LIMA	
ASSINATURA DO TITULAR <i>Luis Carlos Cunha Lima</i>		FILIAÇÃO LUIZ LEITE LIMA E MARIA ODETE DE OLIVEIRA CUNHA	
NATURALIDADE SÃO LUIS - MA		DATA DE NASCIMENTO 31/07/1985	
DOC ORIGEM NASC. N.89619 FLS.172 LIV.80		CPF 011310073-60	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		ASSINATURA DO DIRETOR <i>Luiz Carlos</i>	
		VIA-02	
		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

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

PLACAO THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

ANA CLAUDIA SOARES LOPES
WALTER BISPO EVANGELISTA
TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO 18/03/1998

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

LEI Nº 7.119 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 81.250/84

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

CARTEIRA DE IDENTIDADE

0144094

CÓDIGO DE CONTROLE
999C.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

às 07:15:26 do dia 25/04/2016 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

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





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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, WANDEILZA 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 CO9., 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

Wandeilza 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
Wandeilza Evangelista
dos Santos.
do que dou fé. Em test. após da verdade.
Barro Duro-PI, 28/05/2019
após
Tabelião

LARTÓRIO 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 LUIS CARLOS 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 INVALIDAÇÃO 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>344</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>TRESANDAROS</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

DLRDL001 V001/2017





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

991223238/2014 - DR/SPM
Bradesco

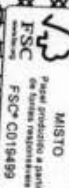


Data de Postagem
03/01/2019

Aviso Importante!

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

48035_02 / 0196574



MISTO

ASSINATURA ENTREGADOR Nº	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE Nº INDICADO
DATA	<input type="checkbox"/> AUSENTE
REENTREGADO AO SERVIÇO POSTAL EM	<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO
	<input type="checkbox"/> FALCÍDIO
	<input type="checkbox"/> INFORMAÇÕES PRESTADAS P/ PORTEIRO OU SÍNDICO

Para uso do Correio

exclusivo Bradesco: @bradesco | facebook.com/Bradesco
a solução apresentada, consulte a Ouvidoria.
conceitos e informações gerais. Ouvidoria: 0800 727 9933. Atendimento dos 08h às 18h, de 2ª a 6ª, exceto feriados. Se não ficar satisfeito com
SAC - Ats Bradesco: 0800 704 8383. SAC - Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana. Reclamações,
Fone Fácil Bradesco: 4002 0022 / 0800 570 0022. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana. Consultas, informações e serviços transacionais.





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 5:00

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

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

DADOS DO PACIENTE:

(User: PATRICIA MEGUIVA)
(Estação: RECEPCAO1)

Nome: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA		Prontuário: 486913
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: 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: AMBULANCIA 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 automobilístico travado pelo SUV, sendo que acidente ocorreu há 1m, em tempo de horas chuvosas, não fazendo uso de capacete e segurando o volante. Paciente chegou com RUC, (Glasgow 8B), "pupilo reativos", sendo encaminhado para ESTABILIZAÇÃO, monitorização.

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: CEFALOMETRIA

DATA: 01/09/18 04:15h

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

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

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

ALTA:	() Melhorado	() Administrativa	() Retornar à Unid. Origem:
	() Curado	() Por Indisciplina	() Transferência:
	() Inalterado	() Por Evasão	
() A Pedido			
ÓBITO:	DESTINO:		
	() Até 24 Hs	() Família	() Internação na Unidade
	() De 24 a 48 Hs	() IML	Proced. Solicitado:
() Após 48 Hs	() Anat. Patol.	CID Compatível:	Prof. Solicitante

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Assinatura Paciente ou responsável

Carimbo Assinatura - Profissional - BE



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

ANA CLAUDIA SOARES LOPES
R. DEP. MILTON BRANDÃO S/N
CPF: 00000987740326
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.	Média 12 meses
RESID. Bx: RENDA	MONO	A492947		1.4.1.1	148

HISTÓRICO KWH	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
FEV/19 157	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	

TARIFAS DE DISTRIBUIÇÃO

0 A 50 - 0,210530

51 A 100 - 0,361063

101 A 150 - 0,541530

151 A 200 - 0,721530

201 A 250 - 0,901530

251 A 300 - 0,1081530

301 A 350 - 0,2881530

351 A 400 - 0,4681530

401 A 450 - 0,6481530

451 A 500 - 0,8281530

501 A 550 - 1,0081530

551 A 600 - 1,1881530

601 A 650 - 1,3681530

651 A 700 - 1,5481530

701 A 750 - 1,7281530

751 A 800 - 1,9081530

801 A 850 - 2,0881530

851 A 900 - 2,2681530

901 A 950 - 2,4481530

951 A 1000 - 2,6281530

1001 A 1050 - 2,8081530

1051 A 1100 - 2,9881530

1101 A 1150 - 3,1681530

1151 A 1200 - 3,3481530

1201 A 1250 - 3,5281530

1251 A 1300 - 3,7081530

1301 A 1350 - 3,8881530

1351 A 1400 - 4,0681530

1401 A 1450 - 4,2481530

1451 A 1500 - 4,4281530

1501 A 1550 - 4,6081530

1551 A 1600 - 4,7881530

1601 A 1650 - 4,9681530

1651 A 1700 - 5,1481530

1701 A 1750 - 5,3281530

1751 A 1800 - 5,5081530

1801 A 1850 - 5,6881530

1851 A 1900 - 5,8681530

1901 A 1950 - 6,0481530

1951 A 2000 - 6,2281530

2001 A 2050 - 6,4081530

2051 A 2100 - 6,5881530

2101 A 2150 - 6,7681530

2151 A 2200 - 6,9481530

2201 A 2250 - 7,1281530

2251 A 2300 - 7,3081530

2301 A 2350 - 7,4881530

2351 A 2400 - 7,6681530

2401 A 2450 - 7,8481530

2451 A 2500 - 8,0281530

2501 A 2550 - 8,2081530

2551 A 2600 - 8,3881530

2601 A 2650 - 8,5681530

2651 A 2700 - 8,7481530

2701 A 2750 - 8,9281530

2751 A 2800 - 9,1081530

2801 A 2850 - 9,2881530

2851 A 2900 - 9,4681530

2901 A 2950 - 9,6481530

2951 A 3000 - 9,8281530

3001 A 3050 - 10,0081530

3051 A 3100 - 10,1881530

3101 A 3150 - 10,3681530

3151 A 3200 - 10,5481530

3201 A 3250 - 10,7281530

3251 A 3300 - 10,9081530

3301 A 3350 - 11,0881530

3351 A 3400 - 11,2681530

3401 A 3450 - 11,4481530

3451 A 3500 - 11,6281530

3501 A 3550 - 11,8081530

3551 A 3600 - 11,9881530

3601 A 3650 - 12,1681530

3651 A 3700 - 12,3481530

3701 A 3750 - 12,5281530

3751 A 3800 - 12,7081530

3801 A 3850 - 12,8881530

3851 A 3900 - 13,0681530

3901 A 3950 - 13,2481530

3951 A 4000 - 13,4281530

4001 A 4050 - 13,6081530

4051 A 4100 - 13,7881530

4101 A 4150 - 13,9681530

4151 A 4200 - 14,1481530

4201 A 4250 - 14,3281530

4251 A 4300 - 14,5081530

4301 A 4350 - 14,6881530

4351 A 4400 - 14,8681530

4401 A 4450 - 15,0481530

4451 A 4500 - 15,2281530

4501 A 4550 - 15,4081530

4551 A 4600 - 15,5881530

4601 A 4650 - 15,7681530

4651 A 4700 - 15,9481530

4701 A 4750 - 16,1281530

4751 A 4800 - 16,3081530

4801 A 4850 - 16,4881530

4851 A 4900 - 16,6681530

4901 A 4950 - 16,8481530

4951 A 5000 - 17,0281530

5001 A 5050 - 17,2081530

5051 A 5100 - 17,3881530

5101 A 5150 - 17,5681530

5151 A 5200 - 17,7481530

5201 A 5250 - 17,9281530

5251 A 5300 - 18,1081530

5301 A 5350 - 18,2881530

5351 A 5400 - 18,4681530

5401 A 5450 - 18,6481530

5451 A 5500 - 18,8281530

5501 A 5550 - 19,0081530

5551 A 5600 - 19,1881530

5601 A 5650 - 19,3681530

5651 A 5700 - 19,5481530

5701 A 5750 - 19,7281530

5751 A 5800 - 19,9081530

5801 A 5850 - 20,0881530

5851 A 5900 - 20,2681530

5901 A 5950 - 20,4481530

5951 A 6000 - 20,6281530

6001 A 6050 - 20,8081530

6051 A 6100 - 20,9881530

6101 A 6150 - 21,1681530

6151 A 6200 - 21,3481530

6201 A 6250 - 21,5281530

6251 A 6300 - 21,7081530

6301 A 6350 - 21,8881530

6351 A 6400 - 22,0681530

6401 A 6450 - 22,2481530

6451 A 6500 - 22,4281530

6501 A 6550 - 22,6081530

6551 A 6600 - 22,7881530

6601 A 6650 - 22,9681530

6651 A 6700 - 23,1481530

6701 A 6750 - 23,3281530

6751 A 6800 - 23,5081530

6801 A 6850 - 23,6881530

6851 A 6900 - 23,8681530

6901 A 6950 - 24,0481530

6951 A 7000 - 24,2281530

7001 A 7050 - 24,4081530

7051 A 7100 - 24,5881530

7101 A 7150 - 24,7681530

7151 A 7200 - 24,9481530

7201 A 7250 - 25,1281530

7251 A 7300 - 25,3081530

7301 A 7350 - 25,4881530

7351 A 7400 - 25,6681530

7401 A 7450 - 25,8481530

7451 A 7500 - 26,0281530

7501 A 7550 - 26,2081530

7551 A 7600 - 26,3881530

7601 A 7650 - 26,5681530

7651 A 7700 - 26,7481530

7701 A 7750 - 26,9281530

7751 A 7800 - 27,1081530

7801 A 7850 - 27,2881530

7851 A 7900 - 27,4681530

7901 A 7950 - 27,6481530

7951 A 8000 - 27,8281530

8001 A 8050 - 28,0081530

8051 A 8100 - 28,1881530

8101 A 8150 - 28,3681530

8151 A 8200 - 28,5481530

8201 A 8250 - 28,7281530

8251 A 8300 - 28,9081530

8301 A 8350 - 29,0881530

8351 A 8400 - 29,2681530

8401 A 8450 - 29,4481530

8451 A 8500 - 29,6281530

8501 A 8550 - 29,8081530

8551 A 8600 - 29,9881530

8601 A 8650 - 30,1681530

8651 A 8700 - 30,3481530

8701 A 8750 - 30,5281530

8751 A 8800 - 30,7081530

8801 A 8850 - 30,8881530

8851 A 8900 - 31,0681530

8901 A 8950 - 31,2481530

8951 A 9000 - 31,4281530

9001 A 9050 - 31,6081530



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:	CPF:	
THOMAS KUAN SOARES EVANGELISTA	057.290.083-09	
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO.	X DEPUTADO MILTON BRANDÃO	SIN
Complemento:	Bairro:	Cidade:
	BARANGELIA	BAIXO OUKO
Estado:	CEP:	Tel.(DDD):
PA	64455-000	86 999054014
E-mail:		

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: (3827) (Informar o dígito se existir)	CONTA: (25462) (9) (Informar o dígito se existir)
	AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir)
	CONTA: (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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vivos: Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: <u>TEXESINA 29/05/2019</u>	TESTE 1 UNHAS
Nome: _____	1ª Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura
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, 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:	CPF:	
THOMAS KUAN SOARES EVANGELISTA	057.290.083-09	
Profissão:	Endereço:	Número:
RECUSO	X DEPUTADO MILTON BRANDÃO	SIN
Complemento:		
Bairro:	Cidade:	Estado:
BARANGELIA	BAIXO OUKO	PA
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
	64455-000	86 999054014

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

RENTA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: (3827) (Informar o dígito se existir)	CONTA: (25462) (9) (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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vivos: Falecidos:
Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: <u>TEXEIRA 29/05/2019</u>	TESTE MUNHAS
Nome: _____	1ª Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura
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.

--- 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.



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
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: 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 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 primeiros atendimentos no Hospital da Cidade de Barro DURO-PI, SENDO TRANSFERIDO IMEDIATAMENTE para o hospital de URGÊNCIAS 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



Thomas Ruan Soares Evangelista





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:	Cidade:
THOMAS KUAN SOARES EVANGELISTA	RECUSO.	BAVANGELIA
Endereço:	Bairro:	Estado:
X DEPUTADO MILTON BRANDÃO	BAVANGELIA	PA
CEP:	Número:	Complemento:
057.290.083-09	SIN	
CEP:	Tel.(DDD):	
64455-000	86 999054014	

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

REDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <u>3807</u>	AGÊNCIA: _____
CONTA: <u>25462</u>	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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vivos: _____ Falecidos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: <u>TEXESINA 29/05/2019</u>	TESTE 1: UNHAS
Nome: _____	1ª Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____
	Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura
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, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





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, 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: INTERRUPÇÃO 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

00050555



Carta nº 14406775





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, 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

Carta nº 14385340

Pag. 00733/00734 - carta_01 - INVALIDEZ



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. Nexo 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-PI 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI



BARRO DURO CARTÓRIO ÚNICO

FRANCISCO PEREIRA NETO - TABELÃO

END. 3.711 T. - 0.74 Bds. 0.28 Tab. 4.71

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA EM TEST. 04/12/18 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. 0.28 Tab. 4.71

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE
FRANCISCO PEREIRA NETO
Tabelião

ANTÔNIA MARIA DA SILVA
Escrivente
Comarca de Barro Duro



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE (Dados do Beneficiário ou do Representante Legal):

Nome: Thomas Ruan Soares Evangelista

Nacionalidade: brasileira; Estado Civil: Solteiro

Profissão: Estudante

Identidade: 3.914.427; CPF: 057.290.083-09

Endereço: Rua Deputado Milton Brandão Brito: Bonomeiro

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. Coraquel Jose 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 Ruan Soares Evangelista

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

Thomas Ruan Soares Evangelista

Assinatura do OUTORGANTE (Beneficiário ou Representante legal)

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

J. CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

DPVAT



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

**AG CORRETORA
DE SEGUROS**

27 JAN 1979

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0114254

Ass. Maria Goreti Cruz Nobre

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
GLEIDISTONY LOUREIRO MACIEL

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
1676053 SSP DF

CPF
819.125.871-49

DATA NASCIMENTO
25/09/1977

PLACAO
LEODINE MARQUES MACIEL

ADICIONAIS
ADICIONAIS SÉRGIA DE
ABRAJO LOUREIRO

PROFISSÃO
CONDOMÍNIO

ACC
CONDOMÍNIO

CAT. HABILITACAO
AB

INSCRIÇÃO
00004216429

VALIDADE
22/12/2020

PR. HABILITACAO
09/11/1998

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO TITULAR
Gleidy Loureiro Maciel

LOCAL
TERRESTRE

DATA DE EMISSÃO
23/12/2019

ASSINATURA DO DETENTOR
[Assinatura]

97315466266
21316861976

DETENTOR (PJ/PAUL)

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1235115577

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1235115577

COLEÇÃO
DE LEGUROS

22 JAN 2019

DPVAT



CONSULTA BÁSICA

DATA: 31/08/18

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: EDNAN SOARES COUTINHO
 Data de Nascimento: 19/03/93 Idade: 25 Telefone: _____
 Endereço: Rua Belfor Brando Município: Barro Duro
 Identidade: _____ Nº CNS: 306354724730012

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: _____
 Medicções em Uso: _____

EXAME FÍSICO:

PA: 120/70 TAX: _____ Glicemia: 116 mg/dl FC: 68 bpm FR: _____
 Peso: _____ Altura: _____ Sat O₂: 98%
 Queixa Principal: _____
 Hipótese Diagnóstica: Insuficiência cardíaca
 Prescrição: 1. SF 0,9% - 500 ml EV aberto
2. Quixore 50% - 2 amp EV
3. Clonazepam - 1 amp + AD EV
4. O₂ via cateter nasal - 5L/min
5. monitorização

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 paciente deu entrada neste serviço com TCE grave após acidente motociclístico sem capacete, encontra de acordado, péssimo estado geral, hipocrado, taquicárdico, 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, redistribuídas primeiras socorros com material disponível e encaminhado após estabilização de SO_2 e PA, para UPA do Proamar (serviço de referência). Quedas: 8.

PA: 130 x 80

SaO_2 : 70%

FC: 48

FR: 21

Dr. Cássio Soares
Médico
CRM 12.122





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: 486943 Nº LAUDO: 02/1890

() 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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

DPVAT



Rua Otto Tito, 1020, Bairro Redenção,
Teresina-PI, CEP 64017-775.
FONE: (085) 3218-5199



85 3218-5199



diretorlageralhut@gmail.com



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:49:41

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610494037100000010085107>

Número do documento: 20070610494037100000010085107

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

FISIOTERAPIA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

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

() GRANDE QUEIMADO COD. 0302075028 () MÉDIO QUEIMADO COD. 0302070010 () FISIOTERAPIA COD. 0302040033

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 Interno - HUT
CRM 155081

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

PI 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

Blane de Morais Evangelista
Médica
CRM 3396

ASSINATURA DO MÉDICO

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

2-2-JAN 2019

AUDITOR

DPVAT

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



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: 4,0 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



Hospital de Urgência de Teresina – HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA
- NEUROCIRURGIA -

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE: Thomas Pavan Rosa Evangelista
ENFERMARIA: POE Cirurgião Plástico
DATA:

MEDICAMENTOS		HORARIO	# 011 16:20h Tarso Pavan p/ UT-03 257 Elaide de M. Oliveira CRM-PA 33998
1.	Dietas 2pro		
2.	SF 0,9% - 2000ml EV em 24h		
3.	Dipirona - 1amp EV de 6/6h - SW		
4.	Plasil - 1amp EV de 8/8 - SW		
5.	Omeprazol 40mg - 1amp EV 1x/dia		
6.	Metil - 1amp EV de 12/12h		
7.	Tramadol 40mg + 100mg SF EV de 8/8h - SW		
8.	Fenitoina 100mg + 18ml AD EV de 8/8h		
9.	Clexane 40mg SC 1x/dia		
10.	Cabecela elevada		
11.	SSV e CCG		
12.	Indometacina - 50mg		
13.	Fenitoina - 20ml		
14.	SF 0,9% - 2000ml		
15.	Plasil - 1amp EV de 8/8		
16.			
17.			
18.	Indometacina - 50mg		
19.			

DPVAT
CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

DPVAT

Carlo Carlos
Vicente de
Carmo
CRM-PA 33998



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	<i>Thaís Puan Sousa Evangelista</i>	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA		
À CLÍNICA		LEITO
<p>MOTIVO DA CONSULTA</p> <p><i>CE grave 1ºº de emergência ASPA</i> <i>à Din</i> <i>Controle to cragrio</i> <i>Solicito Avaliação/Conduta Especializada</i></p>		
DATA	<i>02/09/18</i>	<p><i>Dr. Inaldo Magalhães</i> <i>Neurologista</i> <i>CRM 24.3482</i></p> <p>ASS. MÉDICO CONSULTANTE CORRETORA DE SEGUROS</p>
<p>PARECER</p> <p><i>+ C hábito por episódios sintomáticos</i> <i>intermitentes de base paroxística</i> <i>relacionados ao episódio de hipertensão intracraniana</i></p> <p><i>cd: Refractoriedade</i> <i>hábito paroxístico</i></p> <p><i>02/09/18</i> <i>4:506</i></p> <p><i>Dr. Leônidas Mota</i> <i>Neurologista</i> <i>CRM 24.3471</i></p>		

DATA: / /





Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 340771895	Nº REGULAÇÃO: 39373	TIPO: TRANSPERÊNCIA 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	





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

TERESINA-PI CEP: 64017-710 CNPJ: 05.522.917/0022-02

03/09/18
09:50

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

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

DADOS DO PACIENTE:

(User: PATRICIA NESSQUITA)

(Estação: RECEPCAO)

Nome: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA		Prontuário: 486913
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: 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: AMBULANCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Trajetória?: Não	Tipico: Não CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico trazido pelo STUV, sendo que quelele possui lesões no membro superior direito, com fratura de rádio e ulna, além de lesões no membro inferior esquerdo, com fratura de fêmur e tibia. Paciente com contusões e lacerações, sendo encaminhado para observação e tratamento adequado.

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: COTOMOGRAFIA DE T. E. A. B. M.

DATA: 01/09/18 04:15h

PA: _____ K mmHg	Pulso: _____	FC: _____	Temp.: _____
Diagnóstico inicial:			CID:

CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

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

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

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura Profissional - BE



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:49:41

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070610494037100000010085107

Número do documento: 20070610494037100000010085107

**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: 486913
Mãe: ANA CLAUDIA SOARES LOPES		Pai: WALTEIR BISPO EVANGELISTA
End. Resid.: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL EARENTE - 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 TRANSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 01/09/18 07:11	ESPECIALISTA: SPSTF
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: PC - Queixa de dor no Lumbos- ÍSTM.	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

Classe 6, Amostra 12E	
PC crânio -	
→ HSM com lesões cerebrais DUM 8.	
CD - Crânio com lesões cerebrais	
Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: / / :	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Pz anal campo geral	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

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





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21/09/2020

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 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 N° 14	UNID.	01	
JELCO Nº 14	UNID.	04					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Obs.: 2 cremes. 1 bacia coletora 2 capas p/ uso. equipo p/ bomba 1 dreno 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: <u>Am Karla</u>			
PROLENE Nº 5.0		03					

MOD - 094





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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <u>THOMAS R. S. SILVA</u>	Prontuário: <u>486413</u>	Data: <u>01/09/18</u>
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: <u>20</u>	Peso: <u>80</u>
Procedimento(s) proposto(s): <u>Cranioctomia de tumor</u>		Apto? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

ANAMNESE		
1 - Patologias cardiocirculatórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
2 - Patologias respiratórias	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
3 - Antecedentes patológicos	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
4 - Convulsão	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
5 - Passado anestésico cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
6 - Transfusão sanguínea	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
7 - Uso de medicação	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
8 - Alergia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
9 - História familiar de complicações anestésicas	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não

EXAME FÍSICO		
PA: <u>100x70</u>	Pulso: <u>62</u> <input type="checkbox"/> arritmico	Mallampatt: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Alterado: <u>em 100% O₂ / 14</u>	
2. Cardiovascular	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: <u></u>	
3. Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: <u>1 MC</u>	
4. Abdome	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: <u></u>	
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD	
6. Extremidades	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: <u></u>	

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

ASA: <u>P1 E</u>	Anestesia proposta: <input checked="" type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Outro: <u></u>
OBSERVAÇÃO DE CRPA:	
<u></u>	
<u></u>	
Anestesiologista:	CRM:

Dr. Henrique Rocha
Médico Anestesiologista
CRM-PI: 4307 RQE: 2811

MOD-122





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)

Intimação:	Prontuário:	Paciente:
------------	-------------	-----------

07-28-2011

Paciente:	
-----------	--

Clinical:

1

Enfance et jeunesse :

Upto:

WATER RESOURCES

Evolução:

Hol'a:

Exhaust, same position. Old: 45
in: 44, 44R

Seq.	Descrição- Apresentação/ Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA, ASSISTIDA								
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 500ML SIST. FECHADO + NACL 10% 10ML / SORO	1,00	Frasco	EV	24/24h				112: Pst de dta. Forpi - doon - GEMC 2001.12
2	RAMIFEDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	50,00	mg	EV	8/8h				
3	EMOXAPARINA SÓDICA 40MG/0,4ML SOL. EM SERINGA INJETÁVEL	1,00	Seringa	Subcutâ	24/24h				
4	RISPERIDONA 2MG FASER AS 22H	1,00	Comprim	SE	24/24h				
5	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUIR EM 50ML 20 - FAZER 2ML EV 6/6H - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	6h				
6	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR DE FERRE	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		
7	PARACETAMOL 200MG/ML, SOL. ORAL GOTAS C/10ML. SOB- ALTERNAR COM DIPIRONA	60,00	Gotas	Oral	4/4h				
8	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 OFTALMOLÓGICA. 01 GOTA EM CADA OLHO	1,00	Frasco	Oftalmi	6/6h				
10	OXACILINA 500MG. PÓ P/SOL. INJ. DO: 07/08 DIA: 21/08	2,00	Gramas	EV	4/4h		5% 0,9%		
11	CEFEPIMA 1G PÓ P/SOL. INJ. DO: 08/09 DIA: 22/09	2,00	Frasco	EV	8/8h				

Page: 1 de 2 (20/09/2019 07:27:09)

(MARCUS VINICIUS)

100



No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIIH)

221890

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:	HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-Código do estabelecimento solicitante:	5828856	3-Código da Internação:	221890
4-Nome do estabelecimento executante:	HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5-Código do estabelecimento executante:	5828856	6-Código da Internação:	221890

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

7-Nome:	THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA			8 - Prontuário:	486913
9-CNPJ:	705202477301172	10-Nascimento:	18/03/1998	11-Sexo:	Masculino
12-Endereço:	ANA CLAUDIA SOARES LOPES			RG:	3914427 - SSP PI
13-Responsável:	JOSE OSMAR			14-Fone:	86-99915-2589
15-Endereço:	RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010			15-Dor:	Sem Informação
16-Mulher:	TERESINA	17-Cod. FONE:	221100	18-UF:	PI
		19-CEP:	64000-010		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20-Principais sinais e sintomas clínicos:	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TCE GRAVE+ TOT +VM 0403010306 S065 0403010020 G936
21 - Informações que justificam a internação:	AS ACIMA
22-Resultados de exames diagnósticos (Resultado de exames realizados):	EXAME CLINICO
23-Exames de imagem (Informação Posterior)	

PJ CORRETORA DE SEGUROS

22 JAN 2019

DPVAT

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24-Processo:	25-Processamento Solicitado:
415020077	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA
26-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Med. Solic.: 02 01 CPF 963.219.613-20
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:	34-Data Solicitação:
ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA	01/09/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35-Local de Ocorrência:	36-Local de Ocorrência:	37-Local de Ocorrência:	38-Local de Ocorrência:
39-Local de Ocorrência:	40-Local de Ocorrência:	41-Local de Ocorrência:	42-Local de Ocorrência:
43-Local de Ocorrência:	44-Local de Ocorrência:	45-Local de Ocorrência:	46-Local de Ocorrência:

AUTORIZAÇÃO

47-Nome do Profissional Autorizador:	48-Data de Emissão:
49-Documento:	50-Data de Emissão:
51-Data de Emissão:	52-Data de Emissão:

0809 18

Marcondes Martins S. Moura
Médico Autor - FMS - Teresina
50-CPF: 01234567890123456789012345678901

25/09/2018 16:59:00



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 127858

AIH: 2218101683006



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

200364924720022

NOME DO PACIENTE

THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

NASCIMENTO

18/03/1998

SEXO

M

PROTEGIDO

486913

DOCUMENTO CPF

05728006309

TELEFONE

NOME DA MÃE

ANA CLAUDIA SOARES LOPES

RESPONSÁVEL

JOSE OSMAR

CEP

64455000

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

5A

BAIRRO

CENTRO

COMPLEMENTO

CASA

MUNICÍPIO

BARCELONA, RJ

UF

RJ

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMIZADO ACIDENTE DE TRÂNSITO (VOLUNTÁRIO COM TETRA GRÁV)

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FRATIL - NÚCLEO CIRÚRGICO 08402010306 54050403010020

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

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0414020077 - PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA *

LEITOR CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

01/09/2018

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

CPF: 96324061774

22 JAN 2019

DATA ADMISSÃO

01/09/2018 08:15

DATA ALTA

20/09/2018 11:00

MOTIVO ALTA

AMPLIADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNP/SEGURODORA

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)

EDNAN SOARES COUTINHO

CPF: 96324061774

CRM

DATA ANALISE: 05/09/2018

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANALISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

nk





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 Pinheiro Soares Evangelista

Diagnóstico pré-operatório

hemorragia subdura + edema cerebral

Operação - Tipo

Craniotomia Descompressiva + Drenagem

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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

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

DPVAT

- 1) IMV, cefalos evitados
- 2) Incisão tipo "curva" P.P. - E
- 3) Craniotomia simples FTP - D
- 4) Drenagem seguida de drenagem de hemorragia
- 5) Drenagem "flap" com drenagem transforaminal
- 6) Drenagem com drenagem
- 7) Hemorragia brava
- 8) Incisão por plano

Mod. 76 HUT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUJ
Rua Dr. Otto Tito 1422 Sadeação - Fone: 35 3218 3443
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.517/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Frontal: 446813)
Endereço: RUA ALBERTO LEAL LUNES 2123 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64030-010
Nascimento: 15/03/1985 idade: 33a7m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 652061
Registro: 529432 Solicitação: 01/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1076353 Consenso: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 2288240010

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 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 23/10/2019

Leonardo Afonso Nogueira Matos
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 830.717.763-04 CRM 3808 PI
Profissional Responsável

**2 J CORRETORA
DE SEGUROS**

22 JAN 2019

DPVAT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1320 - Residência - Fone: 35 3218 3443
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.222.917/0022-92

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Fronteira 458913)
 Endereço: **RUA ALBERTO LEAL NUNES 2123 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: 18/03/1996 Idade: 20a7m5d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 221690
 Requisição: 871472 Solicitação: 07/09/2018 Solicitante: CLECITON BRAGA TAVARES
 Controle: 1079071 Convênio: S U S CLINICA NEUROLÓGICA - P07 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-métil.

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 ALBUERTO)

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. Otto Vilto 1820 - Radação - Fone: 36 2218 3445

TERESINA-PI CEP: 54017-370 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUIAN SOARES EVANGELISTA** (Fronteiriço: 455845)
 Endereço: RUA ALBERTO LEAL MENEZ 2123 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 54000-010
 Nascimento: 18/03/1992 Idade: 26/07/2016 Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Apendimento: 552031
 Requisição: 065429 Solicitação: 01/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1076380 Convenção: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020031

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

LUGAR ASSINADO

TERESINA - PI 25/10/2018


 LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 580.717.783-04 CRM 3506 PI

Profissional Responsável

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

DPVAT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Telo 1825 - Redenção - Fone: 36 2216 5415
 TERESINA-PI CEP: 64017-370 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Frontal: 458813)
 Endereço: **RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64003-010**
 Nascimento: **18/05/1998** Idade: **20/07/2018** Sexo: **MASCULINO** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **682051**
 Requisição: **889431** Solicitação: **31/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1076362** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030077

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.
- URÉTERES 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 CORRETORA
 DE SEGUROS**

22 JAN 2019

DPVAT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1523 - Redenção - Fone: 35 3218 1443
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 01.322.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Fronteira: 488913)
 Endereço: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64003-010
 Nascimento: 18/03/1995 Idade: 20a7m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 682061
 Requisição: 869433 Solicitação: 01/09/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Control: 1075384 Contrôl: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 01/09/2018

T.C. DE CRÂNIO


TÉCNICA: Foram realizados 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 SUBARACNOÍDEA 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: 896.717.763-04 CRM 3503 PI
 Profissional Responsável

**ACORRETORA
 DE SEGUROS**

22 JAN 2019

DPVAT





FEPISERH
Fundação Hospitalar
e Previdência Social

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 Duem Silva

Data de Nascimento: / /

Atestado médico
Declaro por este documento que
a paciente foi vítima de TCE
Intervindo a emergência de emergência
em 01/09/18. Após a saída de
tratamento por 901 horas de

210 S020
S068

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

22 JAN 2019

DPVAT

Data: 08/12/18
MOD. 60-HGV

Médico (assinatura e carimbo)

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

22 JAN 2019

DPVAT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Getúlio Vargas 1829 - Redenção - Fone: 36 3213 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Ficha: 460213)
 Endereço: **RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64003-010**
 Nascimento: **15/03/1998** Idade: **20a7m5d** Sexo: **MASCULINO** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **522651**
 Requisição: **850430** Solicitação: **01/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1078381** 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 ESPESURA COM INTERVALO DE 10MM.

- EXAME REALIZADO SEM O USO DO MEIO DE CONTRASTE VIA ORAL E ENDOVENOSO, LIMITANDO MELHOR AVIAÇÃO 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 GLANDULAS 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, Wandecir de Evangelista dos Santos,
RG nº 1.613.172, data de expedição 01/09/95,
Órgão SSP/PJ, portador do CPF nº 831.219.433-91, com
domicílio na cidade de Bom Duro, no Estado de
Piauí, 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

menção é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Thomas Ruon Soares Evangelista cujo o condutor era Thomas Ruon Soares Evangelista

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

x Mandicula Evangelista Santos
Assinatura do Declarante

* Thomas Ruan Soars *forgetta*

Assinatura do Condutor { caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro }

BARRO DURO CANTORIO ÚNICO
FRANCISCO PEREIRA NETO - TABELIÃO
CASA DE FAMILIA - 100% QUALIDADE
R. DO PRATO, 100 - BARRO DURO - FALM - TEL. (021) 3041133

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE WANDERLEIA EVANGELISTA SANTOS.
THOMAS RYAN SOARES EVANGELISTA,
EM TEST. Wanderleia Santos DA VERDADE DOU FE. BARRO DURO. 11/12/2018 15:07:13

ANTÔNIA MARIA DA SILVA PESSOA - ESCRIVENTE
Eind. 7,42 f. 142 Bol. 054 Total 542

**LA CORRECTORA
DE SEGUROS**

22 JAN 2019

DPVAT

ANTONIO DO 1º OFICIO
FRANCISCO PEREIRA
Tabelião
ANTONIA MARIA DA SILVA PESSOA
Escrevente
Comarca de Barro Duro-PI



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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 INVALIDEZ da Vítima
Thomas Ruon Soares Evangelista inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.240.083.09, 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>	CEP <u>64.950-000</u>
Cidade <u>Corrente</u>	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
E-mail <u>gleidistonymaciel@hotmail.com</u>		<u>(86) 99999-1144</u>

Corrente, 07 de janeiro de 2019
Local e Data

Gleidistony Louzuro Maciel
Assinatura do Declarante

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

22 JAN 2019

DPVAT

OLDR001 V001/2017





Para conferir a conta
Eletronorte, informe
este número

SEU CÓDIGO

0663698-5

COMPANHIA ELETRICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 289 - Centro/SJ - Teresina - PI
CNPJ nº 08.938.700-00 / Insc. Estadual nº 0001280-0
Pessoa Jurídica inscrita no CNPJ nº 08.938.700-00
Insc. Estadual nº 0001280-0

1º de Nota Fiscal 014581625

A Nota Fiscal de Energia Elétrica - TEE é emitida
pelo LCP nº 18.376, de 25 de abril de 2002.

CONTA MES	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

DATA DE LEITURA	Nº DE	DATA DE EMISSÃO
Atual	20459	05/12/2018
Anterior	20329	06-11-2018
Período de Medição		03-01-2019
Consumo em kWh	130	04-12-2018
Consumo em kWh	130	05-12-2018
Consumo em kWh	130	05-12-2018

Forma de Pagamento	Código de Ingresso	Quantidade
NORMAL		29

CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO	CONSUMO
NOV/18	160	OUT/18	157	SET/18	164
AGO/18	146	JUL/18	120	JUN/18	149
MAY/18	140	ABR/18	162	MAR/18	160
FEV/18	156	JAN/18	156	DEZ/18	130

Mes/Ano Valor R\$ 11/2018 119,99
Unidade consumidora sujeita a cobrança do fornecimento de
energia elétrica a partir de 01-12-2018. O não pagamento por
esta unidade poderá resultar na inclusão do nome do consumidor na
lista de inadimplentes. Cada unidade possui o seu próprio código de
consumidor.

REAJUSTE TARIFARIO MEDIO DE 12,64% A PARTIR DE 02/12/2018, CONFOR
ME RESOLUCAO ANEEL 2.400/2018.
LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

COMPOSICAO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E CONTRIBUICOES - R\$
Distribuição	21,23
Energia	40,36
Transmissão	6,35
Perdas	6,43
Impostos	32,33

INDICADORES DE CONTINUIDADE	INDICADORES DE CONTINUIDADE	INDICADORES DE CONTINUIDADE	INDICADORES DE CONTINUIDADE
DIC	ETC	RECEITA	DEBITO
Atual	Atual	Atual	Atual
8,06	16,12	32,23	4,59
0,00	0,00	0,00	0,00

Condição de Pagamento 10/2018 R\$ 29,13

JO CORRETO
DE SEGURANÇA

22 JAN 2019

DPV

