

Controle de documento Consulta processos 0800031-53.2020.8 0804309-60.2019.8 0803426-16.2019.8 Portal do Advogado Baixar o arquivo +

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

PJ 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 COMPROBATORÍO (2732417 CONTESTACAO Anexo 02)
- 10629147 - DOCUMENTO COMPROBATORÍO (Anexo 03 subs altos procuração compressed web)
- 10629149 - DOCUMENTO COMPROBATORÍO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 10629153 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

downloadBinario.seam 1 / 12 2732417- C3/ 2020-02490 / INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

10:49 10:49 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**

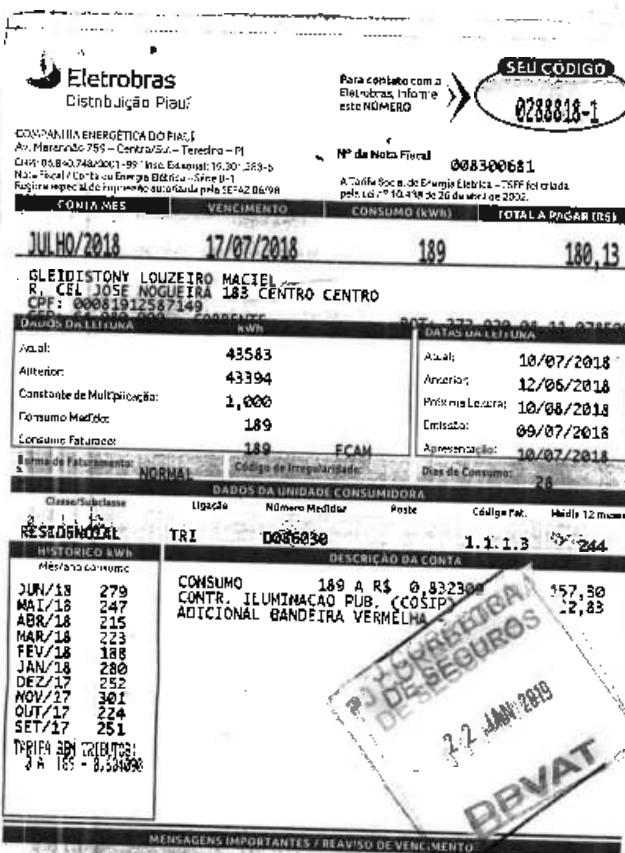
Justiça gratuita? **SIM**

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
10628 892	06/07/2020 10:49	<u>2732417_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO





Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Barro Duro
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Av. Cel. Benedito da Luz, 405 - Centro - Fone/Fax: (86) 3284 1107.
CNPJ: 03.864.999/0001-80. Cep.: 64455/000.
E-mail: saudebarroduro@bol.com.br

CONSULTA BÁSICA

DATA: 31/08/18

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: Wagner, Edson Henrique, Gómez
Data de Nascimento: 15/06/1985 Idade: 33 Telefone: _____
Endereço: Rua 10 de Junho, Barro Duro Município: Barro Duro
Identidade: _____ N° CNS: 11.364.729.2.000-4

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: _____ TAX: _____ Glicemia: 130 mg/dl FC: 70 bpm FR: _____
Peso: _____ Altura: _____ Sal. O₂ _____

Querixão Principal: _____

Hipótese Diagnóstica: Acidente hipovolemico

Prescrição: 1. SE 0,9% - 500 ml EV aberto
2. Glucose 50% - 200 ml EV
3. Gramicin - 100mg + AD EV
4. O2 via cateter nasal - 5L/min
5. Monitorizações

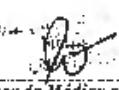
PJ CORRETORA
DE SEGUROS

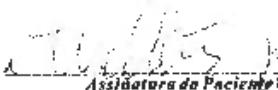
22 JAN 2019

DPVAT

EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

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


Assinatura do Médico e Cartório


Assinatura do Paciente e/ou Impressão Digital

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



Às 22:00 h paciente chega em trânsito com
TCE grave após acidente motociclístico sem capacete, encontra-
do desacordado, péssimo estado geral, hipocrônico, taquipneico,
bradicardico, com queda de SaO₂ (98% → 76% → 64%),
fero em região craniana e múltiplas escoriações.

Hospital não dispõe da realização de exames, realizados
primitivos socorres com materiais disponíveis e encaminhado
após estabilização de Sos e PA, para UPA do Prowence
(serviço de referência). Glosaria: 8 -

DRS. C. M. B. M.
M. C. C.
C. M. C.

PA: 130 x 30

SaO₂: 40%

FC: 48

FR: 21





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 ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

057.290.083-09

CPF:

057.290.083-09

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

Nome completo:

Thomas Ruon Soares Evangelista

Profissão:

Estudante

Endereço:

R. Deputado Miltom Brondum

Número:

511

Complemento:

Bairro:

Bonomeiro

Cidade:

Bonoduro

Estado:

Piauí

CEP:

64455-000

E-mail:

gledislyonyociel@hotmail.com

Tel. (DDD):

(86) 9999-4744

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

RENDIMENTO MENSAL:

REUSO INFORMAR ATÉ R\$ 2.000,00

SEM RENDA R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

3827

CONTA:

25462

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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 de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desse já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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 d scorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais, avós, etc. Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que, de forma voluntária, assumirem responsabilidade criminal por infração de artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: 11/11/2015

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º: Nome: _____

22 JAN 2015

CPF: _____

DPVAT

Assinatura

2º: Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do 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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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

Filiação: ANA CLAUDIA SOARES LOPES/WALTER BISPO EVANGELISTA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Endereço: RUA DEP MILTON BRANDÃO

Naturalidade: TERESINA-PI

Complemento:

Estado civil: solteiro(a)

Bairro: RANANEIRA

Profissão: ESTUDANTE

Município: BRRO DURO-PI

Nascimento: 18/03/1998

Telefone(s):

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

- SEGURO DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

Dados do Veículo:

- Tipo: motocicleta
- Marca/ Modelo: HONDA CG 125/TITAN ES
- Ano/Modelo: 2004/2004
- Cor: VERDE
- Placa: LWB 5062

- Chassi: 9C2IC30204R036511
- Renavam: 00823452220
- Proprietário: WANDIULA 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 pessimas condições de conservação da via, sofrendo inumeras lesões corporais em decorrencia do acidente(rompimento de uma veia no crânio ;exigindo intervenção cirurgica),tendo recebido os primeiros atendimentos no Hospital da Cidade de Barro DURO-PI ,SENDO TRANSFERIDO IMEDIATAMENTE para o hospital de URGENCIAS DE TERESINA-HUT DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO.

MÁRCO SUEL DA SILVA
Resp. pelo Registro

THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA
Resp. pelo Informante

Bel Sérgio Sousa Alencar
Delegado de Polícia Civil

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

DPVAT





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

057.290.083-09

CPF:

057.290.083-09

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

Nome completo:

Thomas Ruon Soares Evangelista

Profissão:

Estudante

Endereço:

R. Deputado Miltom Brondum

Número:

511

Complemento:

Bairro:

Bonomeiro

Cidade:

Bonito D'oro

Estado:

Piauí

CEP:

64455-000

E-mail:

gledislyonyociel@hotmail.com

Tel. (DDD):

(86) 9999-4744

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

RENDIMENTO MENSAL:

REUSO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3827

CONTA: 25462

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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 de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desse já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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 d scorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais, avós, etc.: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que, de forma voluntária, assumirem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizado

Local e Data: 11/11/2015

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º: Nome: _____

22 JAN 2015

CPF: _____

DPVAT

Assinatura

2º: Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



Recebido em:

30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Dantas da Fonseca

CLÍNICA

PSIQUIATRIA CLÍNICA

CRM-1884-PI

RECEITUÁRIO

Atestado

Atesto para os devidos fins,
Thomas Ruan Soares Evangelista,
ele ocupava os meios de
especializado, ele no de estrutura
euf, seu consequente
catastopode ser o maior, F06.9+6403
de cida, riscos, riscos de morte,
para suas atitudes de muer
por um deles com
implos oper.

Dr. Antônio Luiz Dantas da Fonseca
CLÍNICA MÉDICA/PSIQUIATRIA CLÍNICA
CRM-1884-PI/CPF-183.710.513-87
CNS-181.940.156.80.0009

Médico

Teresina, 08.05.19

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



Receituário Controle Especial

Identificação do Emitente

Nome completo: Dr. Antonio Luiz Dantas
da Fonseca
CRM: 1884 UF: PI
End. Completo e Telefone: Av. José dos Santos e Silva, n° 1980
Centro/Sul - (86) 99452-6045 / 98836-8245
Cidade: Teresina UF: PI

1ª VIA - FARMÁCIA
2ª VIA - PACIENTE

Recebido em:

30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Paciente: Thomas Ruan Soes Suposte

Endereço: v aif

Prescrição: R

① Carbamazepine 200mg - 03cp

↳ Poul d de 12/12/24

② Riz 30mg — 03n

↳ Poul d de 12/12/24

Data: 08/05/19

Dr. Antônio Luiz Dantas da Fonseca
CLINICA MEDICA/PSICOLOGICA
CRM-1884-PI
Assinatura do Médico

Identificação do Comprador

Nome: _____

Ident: _____ Org. Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Identificação do Fornecedor

Assinatura do Farmacêutico

Data: 1/1/



**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 LINFONODOMEGLIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/10/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOSCPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
Profissional Responsável**Recebido em:**

30 MAI 2019

**MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS**

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





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Prontuário: **486913**)
 Endereço: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 18/03/1998 Idade: 20a7m5d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 682051
 Requisição: 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 LINFONODOMEGLIAS.

(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
 SAMT - 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
Requisição:	869431	Solicitação: 01/09/2018	Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 682051
Controle:	1076382	Convênio: SUS	Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

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 LINFONODOMEGLIAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 23/10/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

 CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
 Profissional Responsável

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



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Prontuário: **486913**)
 Endereço: **RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010**
 Nascimento: **18/03/1998** Idade: **20a7m5d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **682051**
 Requisição: **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 Luisa Mendes de Mesquita
 Matrícula: 47390
 SAME - HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL





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

LAUDO MÉDICO

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

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 ENCEFALO 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: 47390
 SAME-HUT
 CONFERE COM O ORIGINAIS



**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

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

Joana Luisa Mendes de Mesquita
Matrícula: 47390
SAME - HUT
VEREACOM 00



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:49:41
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061049403710000010085107>
Número do documento: 2007061049403710000010085107

Num. 10628892 - Pág. 14



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

01/09/18
 03:15:17

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA		Frontuário: 486913	
Mãe: ANA CLAUDIA SOARES LOPES	Pai: WALTEIR BISPO EVANGELISTA		
End. Resid.: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 18/03/1998	Idade: 20a5m14d	Sexo: Masculino	
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)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Trajeto: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente de trânsito trazido pelo Stuv, sendo que acometido por hemorragia nasal, 06 horas atrás, não fazendo uso de capacete e magoar lâmina alodra. Paciente em estrada com RVC, (Glasgow 8), "popas comodinhas", sendo encaminhado para estabilização, anestesia, intubação.

HUT DR. ZÉNON ROSA

TOMOU OS FINS AUTORIZADA

EXAME: ACIDENTE DE TRÂNSITO

DATA: 01/09/18 04.15h0

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

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Soldo: FC do Cervo, FC de Coluna Cervical, FC de Abdomen Superior, FC de Abdomen Inferior, FC de Psoas.

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:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	DATA SAÍDA: / / . HORA: : :
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	DESTINO: _____	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> Família	Proced. Solicitado: _____
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	
		<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	
	30 MAI 2019		CID Compatível: _____
			Prof. Solicitante Internação: _____

**MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS**

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura - Profissional - BE
Data Atual: 01/09/2018

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 01/09/18 04:15	ESPECIALISTA: IPERF
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
PC- Quicu ab mto se mto- INTUM:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/18 04:15	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
atendido 6, amanha 12/09 PC com mto- 1) Fome com edema cerebral DLM 8m 2) Cronidromo mucosismo	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

Data/Hora Solicitação: 1/1/18 04:15	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: PC ab mto gnr	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 1/1/18 04:15	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
paciente com edema cerebral DLM 8m SAIRUT CONFIRCOMUS	
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 VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA +OU- 3 HORAS TRAZIDO POR AMBULANCIA, COM REBADAMENTO DO NIVEL DE CONSCIENCIA(GLASGOW 10), COM HALITO ETILICO, EUPNEICO, ESTAVEL, ABDOME FLACIDO E SEM IRRITAÇÃO PERITONEAL. OTORRAGIA ESQUERDA. ANISOCORIA SOLICITO TRANSFERÊNCIA 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





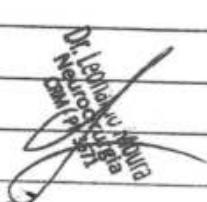
EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Nome:	Thomas Ruan Vargas Cronegk		Prontuário:
Idade:	Profissão:	Naturalidade:	Procedência:
DATA	Admitido no clínica neurologica dia 05.09.18, procedente de UTI neuro		
13.09.18	paciente consciente, imóvel, desidre a conversar. Expondo respostas espontâneas e an evitativa. Hiperativo à dor. Pausa estonante - Consciente: paciente responde respostas e reações a 4 meios de estímulos ativos: ameaña.		Yatamiris Pâmela da Silva Aguiar Fisioterapeuta CREFI: 171813-F
17.09.18	paciente com ECG 15, respondeu, respostas espontâneas de apoio de 02 - 1AP Tudo: MVT, 2A - hiperativo à dor, com melhora da força muscular e reflexos: 02/02 - aeração. Reaktion. Consciente: paciente de respostas espontâneas e respostas ativas em M: 3II. indeterminado - for- talescimento de traços.		Yatamiris Pâmela da Silva Aguiar Fisioterapeuta CREFI: 171813-F
18.09.18	Tudo		





REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	<i>Thierry Ruan Soares Evangelista</i>	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA		
À CLÍNICA		LEITO
<p><i>CCÉ grave 1º Pº Neurogen HCPA</i> <i>à Rín</i> <i>Coartação toracográfica</i> <i>Solicito Avalição/Conduta Especialista</i></p>		
DATA <u>02/09/18</u>		 <i>Dr. Inácio Magalhães Neurologista CRM-PI-3582</i>
ASS. MÉDICO CONSULTANTE		
PARECER		
<p><i>+ Câncer pós-operatório rotineiro.</i> <i>internado para maiores</i> <i>melhora do efeito da hipertensão intracraniana</i></p>		
<p><i>Ed: Retinov Sebovascular</i> <i>hérnias Enormes</i></p>		
02/09/18 9:50h		
 <i>Dr. Inácio Magalhães Neurologista CRM-PI-3582</i>		

DATA: / /



Hospital de Urgência de Teresina - HUT



PRESRICAO MEDICA - NEUROCIRURGIA -

EVOLUCAO MEDICA

PACIENTE: **Thierry Pires Souza Evangelista**
ENFERMARIA: **02 Convalescência**
DATA:

MEDICAMENTOS	HORARIO	#	UTI				
		16:00h	18:00h	21:00h	01:00h	07:00h	
1. Dieta 2000							
2. SF 0,9% - 2000ml EV em 24h							
3. Dipirona - 1amp EV de 5/6h - 500							
4. Plasil - 1amp EV de 8/8h - 500							
5. Dimeprazol 40mg - 1amp EV 1x/dia							
6. Metformina 1000mg - 1000ml SF EV de 8/8h - 500							
7. Tramadol 400mg - 100ml SF EV de 8/8h - 500							
8. Fenitoína 100mg + 18ml AD EV de 8/8h	12:00						
9. Clexane 40mg SC 1x/dia							
10. Cabeceira elevada							
11. SSW e CGG							
12. Insulina Zetolin - 50mg	14:00						
13. Fundoval - 20ml	14:00						
14. SF 0,9% - 2000	14:00						
15. Infusão 10 ml de 0,9%	14:00						
16.							
17.							
18. <i>Thierry Souza Evangelista</i>							
19.							

Maia Jeanne Fábio Guedes
Número: 6554
SAÚDE - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL
CRM-PI 3396

16:00h 18:00h 21:00h 01:00h 07:00h



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 hemotoral 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, responsável às solicitações verbais, sem sedanalgesia, 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. Normotensão, 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





**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

Cirugião: ELANE EVANGELISTA	Iº 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 + ANTISSEPSIA**
- 2. COLOCAÇÃO DE CAMPO ESTÉRIL**
- 3. ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAINA 2%**
- 4. PUNÇÃO VENOSA CENTRAL SUBCLÁVIA DIREITA**
- 5. FIXAÇÃO DO CATETER COM NYLON 3-0**
- 6. CURATIVO**

*Elane de Moraes Evangelista
CRM-PI 3398*

*Kleber Júnior - Farmacêutico-Chefe
Monica ESSA
SAÚDE - HOSPITAL
CONFIRME COM O ORIGINAL*





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 lumen).

DATA: 01/09/2018

Elane de Moraes Evangelista
Médica
CRM-PI 3396

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

Klebia Jannus Pimentel Oliveira
Médica: ER04
SAÚDE - JLT
CONFIRMO O ORIGINAL

V
ASSINATURA DO AUDITOR



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

FISIOTERAPIA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

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

GRANDE QUEIMADO COD. 0302070028 MÉDIO 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. Mário Antônio da Veiga
Médico Auditor Interno - HUT
CRM-PI 001

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

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 N° PRONT.: 486913 N° LAUDO: 221840

UTI ADULTO COD. 0802010083

UTI PEDIÁTRICA 0802010156

JUSTIFICATIVA

PACIENTE GRAVE APRESENTANDO INSTABILIDADE CLÍNICA
E NECESSIDADE DE VIGILÂNCIA PERMANENTE

DATA: 1/1/2020

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA:

- 26/09/18
Marcondes Martins S. Moura
Médico Auditor - FMS - Teresina
CRF/PI 21.326 - CRM 170033512/2014

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	Thierry Primo Soárez Evangelista		
Diagnóstico pré-operatório	Hemorragia subdural + Edema cerebral		
Operação - Tipo	Craniotomia decompressiva + Drenagem SSD		
Cirurgião	Antônio Cola	1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista	Anestesia	
Anestésico(a)			
Data da Operação	01/08/18	Inicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório			0403030306 - 5065 0403030000
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
 DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)			
<p>① MVR, colega evadida p/ (E) ② Incisão tipo "cunhado" PFP - ② ③ Craniotomia ampla FPF ② ④ Hemorragia subdural de drenagem de hemorragia. ⑤ Depressão "flop" sobre dura-máter com face coberta; ⑥ Drenamento com gessamento ⑦ Fornecimento de colo ⑧ Fissura por placa</p>			



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 127858

AIH: 2218101683006



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZEON ROCHA - HUT

CNES
5928856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZEON ROCHA - HUT

CNES
5928856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
208164924730002	THOMAS RUIAN SOARES EVANGELISTA		18/03/1998	M	486913
DOC/MENTO	CPF	TELEFONE	RESPONSÁVEL		
057200000000000			JOSE ONMAR		
CEP	NOME DA MÃE				
64450000	ANA CLAUDIA SOARES LOPES				
BAIRRO	ENDERECO - LOGRADOURO				
CEINTRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	NÚMERO / LOTE	
	CASA		BARRA DE RI	UF Piauí	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EVOLUINDO COM TUTU GRAVE

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO
TRATAMENTO CIRÚRGICO 00403010308 5065940310020

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S065 - HEMORRAGIA SUBDURAL DEVIDA A TRAUMATISMO

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415020017 - PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA *

LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARAMBONA DO CONSELHO)

CARATER

1. Realizar

DATA SOLICITAÇÃO

01.09.2018

DATA ADMISSÃO

01/09/2018 05:14

DATA ALTA

20/09/2018 11:00

MOTIVO ALTA

MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARAMBONA DO CONSELHO)

PROFISSIONAL PARECER CONTROLE AVIAÇÃO

DATA DE EMISSÃO DA FMS

DATA DE EMISSÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



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

http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/iew.seam?x=2007061049403710000010085107

Número do documento: 2007061049403710000010085107

Num. 10628892 - Pág. 27

221891

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

05 102858

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA	6 - Prontuário: 48691
CPF: 705202477301172	Sexo: Masculino
Nome: ANA CLAUDIA SOARES LOPES	RG: 3914427 - SSP PI
Nome: JOSE OSMAR	CEP: 86-99915-25
Endereço: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010	CEP: Sem Informa
Localidade: TERESINA	CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Afinhais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TCE GRAVE+ TOT +VM
 0403010306 S065
 0403010020 G936

Assinatura do(a) solicitante a autorização:
AS ACIMAAssinatura do(a) assistente de procedimento (Assistente de Saúde, Enfermeiro):
EXAME CLINICOAssinatura do(a) médico:
(Informação Posterior)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Identificação do procedimento solicitado: 0415020077	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA
Identificação: 0415020077	04-Catáster: Ident. 1-Exame: 12-Dec. Nen. Coluna: 02 01 CEP: 64020-010
Identificação do(a) solicitante/Assistente: ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA	04-Data autorizadora: 2020-07-06

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

Identificação do(a) assistente:	Assinatura do(a) assistente:
Assinatura do(a) assistente:	Assinatura do(a) assistente:
Assinatura do(a) assistente:	Assinatura do(a) assistente:

AUTORIZAÇÃO

Assinatura do(a) assistente:	Assinatura do(a) assistente:
Assinatura do(a) assistente:	Assinatura do(a) assistente:

0609 18
 Marcondes Martins S. M.
 Médico Assist. - FMS - Terceira
 2020-07-06 10:49:41



**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** (Frontuário: 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 CANTUARIO 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 COSTOFRÉNICOS 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



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



Nome: Paciente:

21890 486913 THOMAS RUM SOARES EVANGELISTA

Clinica: CLINICA NEUROLOGIA - P07

Enfermaria: ENFERMARIA 215

Leito: LETTO 150

Médico Assistente: MARCUS VÍNCIUS OLIVEIRA DOS SANTOS

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

Assinado: *Conselho*

Descrição-Apresentação/Observação:							Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:		
									FUS OP CRANECTOMIA DESCOMPRESSIVA EM 01/09		
Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horários:					RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
ORAL TIPO GRANADA, ASSISTIDA											
CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SÓCIO FISIOLOGICO)	1,00	Frasco	EV	24/24h							
500ML SIST. FECHADO + NACL 10% 10ML / SORO											
RANTIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.	50,00	mg	EV	8/8h							
ENOXAPARINA SÓDICA 40MG/0,4ML SOL. EM SERRINGA INJETÁVEL	1,00	Seringa	Subcutânea	24/24h							
RISPERIDONA 2MG FASER AS 228	1,00	Comprim.	SBE	24/24h							
MORFINA, 1,00MG/ML INJ. C/1ML. DILUTER EM 9ML AD - FASER 2ML EV 6/6h - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SBE							
DIPRITONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD						
EM CASO DE DOR OU FEBRE PARACETAMOL 200MG/ML, SOL. ORAL 50GAS C/10ML.	60,00	Gotas	Oral	4/4h							
BOS- ALTERNAIR COM DIPRITONA METOCLOPRAMIDA 5MG/ML, INJ. C/2ML EM CASO DÉS NÁUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h							
DEKTRANO 70 0,1% + HIROMELOSE 0,3% SOLUÇÃO OFTALMOLOGICA.	1,00	Frasco	OFETALM.	5/6h							
01 GOTAS EM CADA OLHO OCATILINA 50MG, PÓ P/SOL. INJ.	2,00	Gramas	EV	4/4h		SE 0,9%					
DO: 07/09 DI4: 21/09											
CLERPIRA 1G PÓ P/SOL. INJ.	2,00	Pó/Sol	EV	8/8h							
DO: 08/09 DI4: 22/09											



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

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

Nome: <i>TONIAS R. S. Cunha</i>		Prontuário: <i>486413</i>	Data: <i>01/04/18</i>
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: <i>20</i>	Peso: <i>80</i>	Altura:
Procedimento (s) proposto (s): <i>Laringotomia de emergência</i>		Apto? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

ANAMNESE			
1 - Patologias cardioligocirculatórias	<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: <i>140/90</i>	P脉: <i>60</i> <input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati: <i>(1) (2) (3) (4)</i>	
1. Respiratório	<input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Alterado: <i>2m 10s + 6m</i>		
2. Cardiovascular	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:		
3. Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado: <i>1m</i>		
4. Abdome	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:		
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possível VAD		
6. Extremidades	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado:		

EXAMES COMPLEMENTARES			
HB	TP / RNI	Uréia	
HT	TTPa	Creatinina	
Plaquetas	Glicemia		
ECG:		RX Tórax	
ECO:			
ASA: <i>II G</i> Anestesia proposta: <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Outro:			
OBSERVAÇÃO DE CRPA:			
Anestesiologista:		CRM:	





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° _____

Proc. N° _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21/07/2020

NOME DO PACIENTE: Thomas Ruan		PRONTUÁRIO N°: 486913
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:
ANESTESIA:	General (gárgico)	Nº DA SALA: 017
CIRURGÃO:	Dra. Antônia Carla	CPF N°:
AUXILIAR:	JSL Lucas	CPF N°:
ANESTESIA:	Dra. Henrique	CPF N°:
INSTRUMENTADORA:	Karla	CPF N°:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI N° 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVA N° 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA N° 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	~		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	~		PVPI TINTURA	ML	~	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE N°	UNID.	~		SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML	~		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL N° 14	UNID.	01	
JELCO N° 14	UNID.	04					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				064: 2 Crampom 1 bala coletora 2 ceras plástico equipo p/ bumbo 1 dreno 3.2 Nylon 2.0 3 undades			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON N° 3.0		06					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL N° 1.0		03		CIRCULANTE: Ana Kátia			
PROFIENF	...	~	~				



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-têmpero-parietal à direita.

Fratura craniana na região têmpero-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-têmpero-parietal à direita.
- Fratura craniana na região têmpero-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
CRM3090

Associação Reabilitar

Avenida Nogueira Coutinho 1919 - Bairro Jardim
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 subaracnóidea 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. 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.

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
() 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/08/2018

Titular do CPF: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LUIS CARLOS CUNHA LIMA

JOSE DE DEUS FREITAS AGUIAR FILHO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:49:41
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061049403710000010085107>
Número do documento: 2007061049403710000010085107

Num. 10628892 - Pág. 36

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:			
THOMAS KUAN SOARES EVANGELISTA			
NACIONALIDADE: BRASILEIRO.		ESTADO CIVIL: SOLTEIRO	
RG: 3.914.427	ORG. EMISSOR: SSP-PJ	DATA DE EXPEDIÇÃO: 17/06/13	CPF: 057.250.083-09
PROFISSÃO: Recluso	ENDERECO: Rua Milton Bravard.		
Nº: S/N	BAIRRO: CENTRO	CIDADE: BAKRO DURO	
ESTADO: PIAUI	CEP: 64455 000		

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

Recebido em:

30 MAI 2019

**MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS**

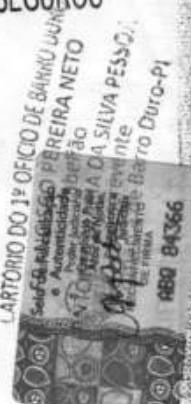
PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIOS PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT** E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO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

VÍTIMA: Thomas Kuan Soares Evangelista

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

COBERTURA SOLICITADA: INVALIDEZ PERMANENTE DAMS MORTE

Local/Data BAKRO DURO PJ 28/0



ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)

Thomas de
 Kuan Soares
 Evangelista
 (Assinatura)

Thomas de
 Kuan Soares
 Evangelista
 (Assinatura)

Thomas de
 Kuan Soares
 Evangelista
 (Assinatura)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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





Recebido em:

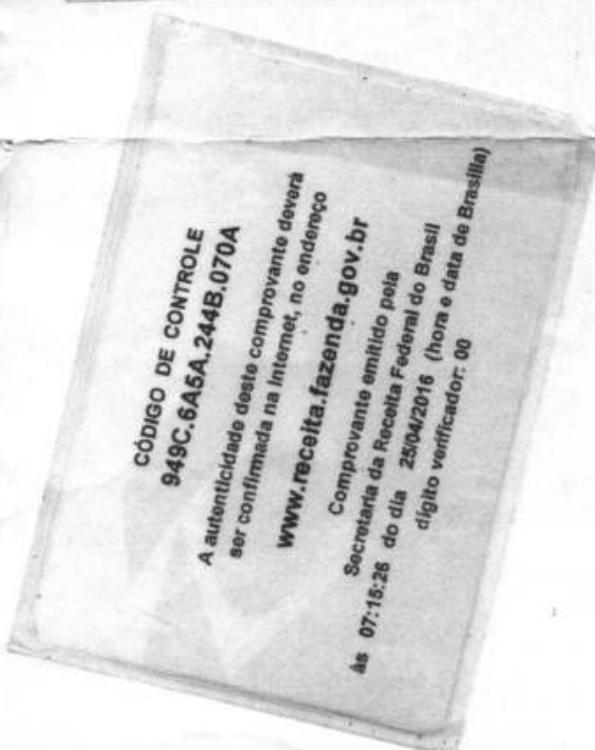
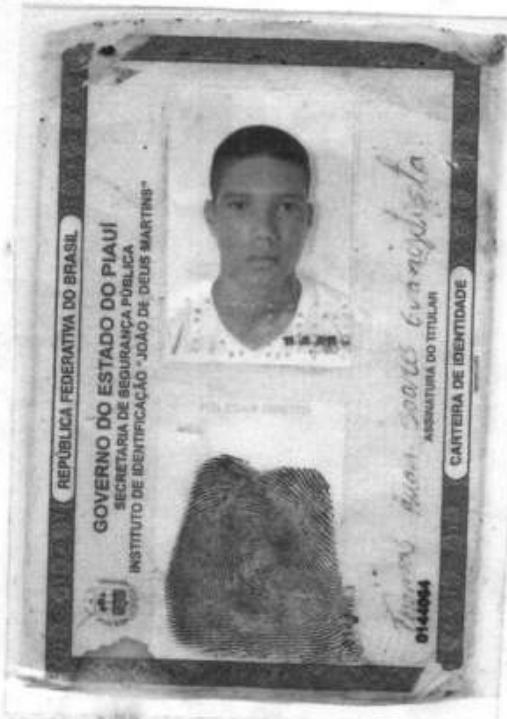
30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:49:41
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061049403710000010085107>
Número do documento: 2007061049403710000010085107

Num. 10628892 - Pág. 39



Recebido em:

30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:49:41
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061049403710000010085107>
 Número do documento: 2007061049403710000010085107

Num. 10628892 - Pág. 40



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, WANDELILA EVANGELISTA DOS SANTOS,
RG nº 1613172, data de expedição / /,
Órgão _____, portador do CPF nº 83121943391,
com domicílio na cidade de BAIRO DURO, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
CONJUNTO HABITAR BRASIL 06 C09, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
THOMAS KUAN SOARES EVANGELISTA, cujo o condutor era
O MESMO.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 125 TITANES Ano: 2004

Placa: LWB5062 Chassi: 9C2JC30204K036513

Data do Acidente: 31/08/2018

Local e Data:

Barro Duro 28/05/2019

Recebido em:

30 MAI 2019

Wandelila Evangelista Santos
Assinatura do Declarante

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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

Reconnexão verdadeira Firma de
Wandelila Evangelista
Dos Santos.
do que dou fé. Em testº após da verdade
Barro Duro-PI, 28/05/2019
anpfac
Tabelião





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 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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luis Caxios Cunha Lima

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

Thomas Kuan Soares Grangeiro _____ inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.250.083.09 _____

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima Thomas Kuan Soares Grangeiro

inscrito (a) no CPF sob o Nº 059.250.083-09 / _____, 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 Lider-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 Colômbia</u>	Número:	<u>3474</u>	Complemento:
Bairro:	<u>TRESPONDRÉS</u>	Cidade:	<u>TERESINA</u>	Estado: <u>RJ</u> CEP: <u>64016570</u>
E-mail:	<u>luis.ss073@gmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>86. 99905-4014</u>

Local e Data: Teresina 29/05/2019

Luis Caxios Cunha Lima
Assinatura do Declarante

Recebido em:
30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

DLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:49:41
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061049403710000010085107>
Número do documento: 2007061049403710000010085107

Num. 10628892 - Pág. 42



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



Data de Postagem
03/01/2019

Aviso Importante!

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



<input type="checkbox"/> MUDOU-SE <input type="checkbox"/> DESECONDEGECDO <input type="checkbox"/> NAO EXISTE N° INICIAODO <input type="checkbox"/> NAO PRCURRADO <input type="checkbox"/> ALSENETE <input type="checkbox"/> REINTEGRARDO AO SERVICO POSTAL EM		<input type="checkbox"/> DATA <input type="checkbox"/> ASSINATURA ENTREGANDO N° <input type="checkbox"/> PRCURRDO <input type="checkbox"/> INFORMAODS PRESTADAS P/ PRTFRCDO OU SNICDO	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

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

Núm. 10628892 - Pág. 43



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

03/05/18
05/05/18

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

paciente vítima de acidente trânsito trafegando pelo Stuv, tendo que acelerar para fugir de um carro, 06 horas atrás, não fazendo uso de capacete e maior lesão abdominal. Fazendo seu enunciado Corp RVC, (Glasgow CB), "poucas comodidades", sendo encaminhado para observação, nenhuma intubação.

MUT DR. ZENON ROCHA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: CT CORONÁRIO E TAC

DATA: 01/09/18 04:15hs

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

CID:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Socorro: TC do Cervo, TC da Coluna Cervical, TC do Abdomen Superior, TC da Abdomen Inferior, TC da Pélvica.

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"/> Transf.:
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> DATA SAÍDA: / /
	<input type="checkbox"/> A Pedido		HORA: : :
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	DESTINO:	<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Proced. Solicitado:
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> CID Compatível:
	30 MAI 2019		

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - BE



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:		
	057.290.083-091	Thomas Kuan Soares Evangelista		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 455/2012				
Nome completo: Thomas Kuan Soares Evangelista		CPF: 057.290.083-091		
Profissão: RECUSO.	Eereço: X DEPUTADO MILTON BRANDÃO	Número: 511	Complemento:	
Bairro: BANANEIRA	Cidade: BALEIA DUKO	Estado: PA	CEP: 64455-000	
E-mail: Tel.(DDD): 86 999054014				

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

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3007 CONTA: 25462 (Informar o dígito se existir)

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

(Informar o dígito se existir)

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

Recebido em

30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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 Lider 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 previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: 29/05/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

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.

13/05/2019



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 (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:	Thomas Kuan Soares Evangelista		CPF: 057.290.083-09
Profissão: RECUSO.	Enderéco: R. DEPUTADO MILTON BRANDÃO	Número: 511	Complemento:
Bairro: BANANEIRA	Cidade: BAKU DUKO	Estado: PA	CEP: 64455-000
E-mail:		Tel.(DDD): 86 999054014	

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

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3203** CONTA: **25462** (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: _____ 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.

Recebido em

30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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: **TEXEIRA, 29/05/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 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 RODO.
 ** 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.

1 MAIO 2019



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 auomobilístico ,provocado devido as pessimas condições de conservação da via ,sofrendo inumeras lesões corporais em decorrencia do acidente(rompimento de uma veia no crânio ;exigindo intervenção cirurgica),tendo recebido os primeiros atendimentos no Hospital da Cidade de Barro DURO-PI ,SENDO TRANSFERIDO IMEDIATAMENTE para o hospital de URGENCIAS DE TERESINA-HUT DEVIDO A GRAVIDADE DA LESÃO.

MARCO SUEL DA SILVA
Resp. pelo Registro

THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA
Resp. pela Informação

Recebido em:

30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	057.290.083-091	Thomas Kuan Soares Evangelista	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 455/2012			
Nome completo:	Thomas Kuan Soares Evangelista		CPF: 057.290.083-091
Profissão: RECUSO.	Endereço: X DEPUTADO MILTON BRANDÃO	Número: S/N	Complemento:
Bairro: BANANEIRA	Cidade: BAKU DUKO	Estado: PS	CEP: 64455-000
E-mail:		Tel.(DDD): 86 999054014	

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

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3007** CONTA: **25462** **9**
(Informar o dígito se existir) CONTA: **25462** **9**
(Informar o dígito se existir)

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

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

Recebido em

30 MAI 2019

MEDIDA CORRETORA DE
SEGUROS

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 Lider 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 previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: **TEXES/MA 29/05/2019**
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
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.

13/05/2019

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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



00060555

Carta nº 14406775



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:49:41
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061049403710000010085107>
Número do documento: 2007061049403710000010085107

Num. 10628892 - Pág. 51



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, contados 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



00030367



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:49:41
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061049403710000010085107>
Número do documento: 2007061049403710000010085107

Num. 10628892 - Pág. 52

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:49:41
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061049403710000010085107>
Número do documento: 2007061049403710000010085107

Num. 10628892 - Pág. 53

**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 sequelas (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.



Dr. BERGIEL BARBOSA BEZERRA
MÉDICO
CRM: 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI



apost
ANÔNIMA MARIA DA SILVA PESSOA - ESCRIVENTE
End. 3.711, 1.074 Blo. D.26 Tabel. 471

PROCURAÇÃO PARTICULAR

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE
FRANCISCO PEREIRA NETO
Tabelião
ANTÔNIA MARIA DA SILVA
Escrevente
Comarca de Barro



OUTORGANTE (Dados do Beneficiário ou do Representante Legal):

Nome: *Thomas Ruon Soares Evangelista*
Nacionalidade: *brasileiro*; Estado Civil: *Solteiro*
Profissão: *Estudante*
Identidade: *3.914.427*; CPF: *057.290.083-09*
Endereço: *Rua Deputado Milton Brondão Brino, Bonfim, Bonfim*
Cidade: *Bonfim, Dino*; CEP: *64.455-000*

OUTORGADO (Dados do Procurador):

Nome: *gleidistony Louzeiro Mociel*
Nacionalidade: *brasileiro*; Estado Civil: *Divorciado*
Profissão: *Advogado*
Identidade: *1.676.053*; CPF: *819.125.871-49*
Endereço: *R. Coronel José Nogueira Brino, 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 LÍDER 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 IMI, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar, praticar, receber, requerer ou retirar quaisquer documentos em qualquer HOSPITAL PÚBLICO OU PRIVADO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL em meu nome, praticar todos os atos de direito permitido e necessário ao fiel cumprimento do presente mandato, da qual figura como vítima *Thomas Ruon Soares Evangelista*.

Local: *Bonfim, Dino* UF: *PE* Data: *11/12/2018*

Thomas Ruon Soares Evangelista

Assinatura do OUTORGANTE (Beneficiário ou Representante legal)

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

22 JAN 2019

DPVAT





22 JAN 2019



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:49:41
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061049403710000010085107>
Número do documento: 2007061049403710000010085107

Num. 10628892 - Pág. 57



CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2013

DPVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:49:41
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061049403710000010085107>
Número do documento: 2007061049403710000010085107

Num. 10628892 - Pág. 58

CONSULTA BÁSICA

DATA: 21/08/18

DADOS PESSOAIS:

Nome completo: Thierry Alvaro Gravatá Guanabara
Data de Nascimento: 19/03/93 Idade: 25 Telefone: _____
Endereço: Rua Walter Brandão Município: Barro Duro
Identidade: _____ Nº CNS: 36.364.724.2300-5

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: 140/80 TAX: _____ Glicemia: 160 mg/dl FC: 70 bpm FR: _____

Peso: _____ Altura: _____ Sat. O₂ _____

Querixão Principal: _____

Hipótese Diagnóstica: Acidente isquêmico

Prescrição: 1. SF 0,9% - 500 ml EV aberto
2. Quixese 50% - 200g EV P.J CORRETORA
3. Gramicidin - 10mg + AD EV DE SEGUROS
4. Oz. vob catéter nasal - 5L/min
5. monitorizações 22 JAN 2019

DPVAT

EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS:

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

[Assinatura]
Assinatura da Médica e Cartório

[Assinatura]
Assinatura do Paciente e/ou Impressão Digital

OBS.: A consulta é paga pelo 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 REPRODUIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO."

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

DFVAT



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:49:41
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061049403710000010085107>
Número do documento: 2007061049403710000010085107

Num. 10628892 - Pág. 60

Às 22:00 h paciente chega entada no serviço com TCE grave após acidente motociclistico sem capacete, encontra desacordado, pânsico estado geral, hipocorado, taquipneico, bradicardico, com queda de SaO₂ (98% → 76% → 61%), lesão em região craniana e múltiplas escoriações.

Hospital não dispõe de realização de exames, recolhimento primários socorros, com materiais disponíveis e encaminhado após estabilização de Sos e PA, para UPA do Prazeror (serviço de referência). Glosaria: 8.

PA: 130 x 80

SaO₂: 70%

FC: 48

FR: 21

Dra. Cátia Oliveira
M.C. 110
CRM 110



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE UTI (TIPO II)

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
PACIENTE: THOMAS RUIAN S. EVANGELISTA N° PRONT: 681913 N° LAUDO: 121840

()UTI ADULTO COD. 0802010083

() UTI PEDIÁTRICA 0802010156

JUSTIFICATIVA

PACIENTE GRAVE APRESENTANDO INSTABILIDADE CLÍNICA E NECESSIDADE DE VIGILÂNCIA PERMANENTE

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

24/09/18
Conde & Martins S. Mota
Advocacia Pública Auditor - FMS - Teresina
E-mail: conde@fms.pi.gov.br - CNAE: 1710/6395/12/2001

~~PJ CORRETORA
DE SEGUROS~~

22 JAN 2019

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR



Rua Otta THo, 1820, Bairro Redenção,
Teresina-PI, CEP 64017-775.



36.3248.5199



directorageralhut@gmail.com



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

Núm. 10628892 - Pág. 62

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

FISIOTERAPIA

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Thomas Puan S. EVANGELISTA Nº PRONT: 486913 Nº LAUDO: 2213890

() GRANDE QUEIMADO COD. 0302078036 () MÉDIO QUEIMADO COD. 0302070010 () FISIOTERAPIA COD. 0302050033

JUSTIFICATIVA

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

DATA: _____

Dr. Mário Andrade Varella
Médico Auditor Interno-HUT
CRM-PI 0001

ASSINATURA DO MEDICO

P CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR

DPVAT





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%	<input checked="" type="checkbox"/> 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 lumen).

DATA: 01/09/2018

Blane de Morais Evangelista
CRM-PI
CR 3396

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

ASSINATURA DO MÉDICO

22-JAN-2019

AUDITOR

DATA:

ASSINATURA DO AUDITOR

DPVAT





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: Xilocaina 2% sem adrenalina		
Data da Operação: 01/09/2018	início:	Fim:
Diagnóstico Pós-operatório:		
Relatório Imediato do patologista:		
Acidente durante a operação: NÃO HOUVE		
DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO		PJ CORRETO DE SEGURO
1. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA		
2. COLOCACÃO DE CAMPO ESTÉRIL		
3. ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAINA 2%		22 JAN 2019
4. PUNCÃO VENOSA CENTRAL SUBCLÁVIA DIREITA		
5. FIXAÇÃO DO CATETER COM NYLON 3-0		
6. CURATIVO		DPVAT
<i>Elane de Moraes Evangelista</i> <i>CRM-PI 3396</i>		



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 hemotoral 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 hidroáreos 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. Normotensão, 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: 4,0 CORRETORA DE SEGUROS Sódio: 134,4 mmol/L; Cálcio: 1,108 mmol/L.

Alta da UTI NEURO.

22 JAN 2019

Teresina, 05/09/2018

DPVAT

Médico Plantonista



Hospital de Urgência de Teresina – HUT

PRESCRICAO MEDICA - NEUROCIRURGIA -

PACIENTE: Thierry Henrique Evangelista
ENFERMARIA: 02 Consultorium Oláculorum
DATA:

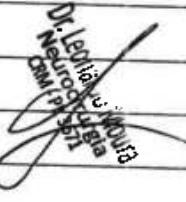
EVOLUCAO MEDICA

MEDICAMENTOS		HORARIO	#
1.	Dietra	11/12	16. 20h Transtuzumab p/ 07-03
2.	SF 0,9% - 2000ml EV em 24h		2. 57. Eletroneuromiografia
3.	Dipirona - 1amp EV de 6/6h - 500mg		Eletroneuromiografia
4.	Plastil - 1amp EV de 8/8 - 500mg		CRM-PI 3335
5.	Omeprazol 40mg - 1amp EV 1x/dia		
6.	Paracetamol 500mg EV de 12/12h		
7.	Tramadol 100mg + 1000mg SFC EV de 8/8h - 54	10/20	
8.	Fenitoina 100mg + 18ml AD EV de 8/8h	10/20	J CORRETORA DE SEGUROS
9.	Clexane 40mg SC 1x/dia		22 JAN 2019
10.	Cabeleira elevada		DPVAT
11.	SSVV e CGC		
12.	Aciclovir - 500mg	14/01	
13.	Furosemid - 200mg	14/01	
14.	Sf 0,9% - 2000ml EV de 6/6h	14/01	
15.	Levoglucosid 10 mg Dose 1h	14/01	
16.			
17.			
18.			
19.			





REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	<i>Thierry Pican Soares Evangelista</i>	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA		
À CLÍNICA		LEITO
<p>MOTIVO DA CONSULTA</p> <p>LCE grave 1ºEPD Sanguíneo RCPA à Pn Cognição toco gráfico Solicita Avaliação/Conduta Especializada</p>		
DATA	<i>02/09/18</i>	 Dr. Inácio Magalhães Neurologista CRM-PI 3482
PARECER	ASS. MÉDICO CONSULTANTE / CORRETORA DE SEGUROS	
<p><i>T Câncer por operação rotulário. Internado here presentes máxima do efeito da hipertensão intracraniana</i></p>		<i>22 JAN 2019</i>
<p><i>Col: Pn, na Seccional Internado Neurologista</i></p>		 Dr. Inácio Magalhães Neurologista CRM-PI 3482
<p><i>02/09/18 9:50h</i></p>		

DATA: 01/01/18

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

MOD.018 - HUT





EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Nome: Thomas Ruan Soares Esmeraldo		Prontuário:
Idade:	Profissão:	Naturalidade:
DATA	Admitido no clínica neurosíncro dia 05-09-18, procedente de UTI neurológica constante, insomnio, desidratação e comandos respiratórios superficiais e anormais. Freqüências respiratórias e cardíacas normais. Freqüência respiratória e respiratórios de 4-6 respirações ativas/minuto.	
13-09-18	Tende	
17-09-18	Painel com ECG 15, respiração, respirores superficiais devido ao efeito do O2 - Apesar de MVEC 2A, freqüência respiratória com melhora da forma muscular e melhora da última avaliação. Conduta: exercícios de respiração profunda e condutas ativas em MVEC. Instruções para falecimento de transito.	
18-09-18	Tende	

DO15 - HUT



CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
COMPROVANTE DE REGULACAO

AUTORIZAÇÃO: 340771895	Nº REGULAÇÃO: 39373	TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	2679663 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS UPA PROMORAR - (86) 3211-7324	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:	5828856 - HÓSPITAL 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, OTOARRIA ESQUERDA ANISOCORIA SOLICITO TRANSFERÊNCIA PARA HUT PARA REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIA DE CRANIO E AVALIAÇÃO NEUROCIRURGIA

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 / CÁRIMBO



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

OrtoS/8
08/09/2018

SES SES

BOLETIM DE ENTRADA - BE

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

DADOS DO PACIENTE:

(User: PATRICIA MESQUITA
(Estação: RECEPCAO001)

Nome: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA		Frontuário: 486913
Mãe: ANA CLAUDIA SOARES LOPES	Pai: WALTEIR SISPO EVANGELISTA	
End. Resid.: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 18/03/1998	Idade: 20 anos	Sexo: Masculino Fone: 86-99915-2568
Responsável: JOSE OSMAR	CNS: 705202477301172	
Profissão: NAO INFORMADO	CPF: - - -	* RG: 3914427 - SSP PI
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Acidente vitima de acidente motociclistico trazido pelo SAMU, sendo que acidente ocorreu há 05 dias, em tempo 06 horas atras, não fazendo uso de capacete e usava blusa de ciclismo. Ficou com ferimento contuso LVC, (Glasgow <8), hipotensão arterial, sendo encaminhado para estabilização, realizou intubação.

IUT DR. ZENON ROCHA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: ~~CT CAVO TORACICO + FASE~~DATA: ~~01/09/18 04:15h~~

PA _____ mmHg	P脉: _____	FC: 70-100 bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: _____			
CID: _____			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Socorro: TC do Crânio, TC da Coluna Cervical, TC da Abdomen Superior, TC da Abdomen Inferior, TC do Torax.

<u>ALTA:</u>	<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: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<u>DATA SAÍDA:</u> _____ <u>HORA:</u> _____
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
<u>DESTINO:</u>		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade	
<u>ÓBITO:</u>	<input type="checkbox"/> Até 24 hs	<input type="checkbox"/> Família	<u>Proced. Solicitado:</u> _____
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 hs	<input type="checkbox"/> IML	
	<input type="checkbox"/> Após 48 hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<u>CID Compatível:</u> _____ Prof. Solicitante _____ Internação: _____

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

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

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

(PATRICIA MESQUITA)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA		<u>Prontuário:</u> 466913
<u>Mãe:</u> ANA CLAUDIA SOARES LOPES		<u>Pai:</u> WALTEIR BISPO EVANGELISTA
<u>End. Resid.:</u> RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 18/03/1998	<u>Idade:</u> 20a5m14d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-99915-2588
<u>Responsável:</u> JOSE OSMAR		<u>CNS:</u> 705202477301172
<u>Profissão:</u> NÃO INFORMADO		<u>Documento:</u> CPF: - - -
<u>G. Instrução:</u> Não informado		<u>E.Civil:</u> Solteiro(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

<u>Data/Hora Solicitação:</u> 01/09/18 07:15	<u>ESPECIALISTA:</u> FRESF
<u>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</u> Pac. queimado ab mto se mto - INTUM	

Carimbo/Assinatura Solicitante

<u>DADOS DO PARECER:</u> Data/Hora: 1/1/18 07:15	<u>ESPECIALISTA:</u> FRESF
atendido 6, amanha 07:00	
PC comum -	
A HNC com edema centro DLM 8cm	
cor: Cravado Duração permanente	

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

<u>DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):</u>	
<u>Data/Hora Solicitação:</u> 1/1/18 07:15	<u>ESPECIALISTA:</u>
<u>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</u> Ag. anal. sangue geral	

Carimbo/Assinatura Solicitante

<u>DADOS DO PARECER:</u> Data/Hora: 1/1/18 07:15	<u>ESPECIALISTA:</u>
VH	

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 21/01/2021

NOME DO PACIENTE:	Thomas Ruan	PRONTUÁRIO Nº:	486913
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	Geral (gáveia)	Nº DA SALA:	07
CIRURGIAO:	Dra. Antônia Lacerda	CPF Nº:	
AUXILIAR:	fst Lucas	CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dra. Flávia	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Karla	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	03		LUVANº 7.0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	03		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML			PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	04	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	03	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	02	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.	01	
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	04	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL Nº 14	UNID.	01	
JELCO Nº 14	UNID.	04					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				OBD: 2 crepam 1 belta colatera 2 ceras p/ casso equipo p/ bomba 1 dreno 3.2 Nylon 2.0 → 3 undades			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 3.0		06					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL Nº 1.0		03		CIRCULANTE:			
PROLENE Nº 5.0		03					

MOD - 094





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

AVALIAÇÃO PRE-ANESTÉSICA

Nome: THOMAS R. S. SANTOS		Prontuário: 4P6413	Data: 01/06/18
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Idade: 20	Peso: 80	Altura:
Procedimento (s) proposto (s): <i>Colectomia abdominal</i>		Apto? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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: 160/90	P脉: 62	<input type="checkbox"/> arritmico	Mallampati: (1) (2) (3) (4)
1. Respiratório	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Alterado: 60 100 + V4	
2. Cardiovascular	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	
3. Neurológico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado: 1 NC	
4. Abdome	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	
5. Vias aéreas	<input type="checkbox"/> Possivel VAD		
6. Extremidades	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado:	

EXAMES COMPLEMENTARES

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

ASA: 1/6 Anestesia proposta: Geral Outro: _____

OBSERVAÇÃO DE CRPA:

Anestesiologista: CRM: MOD-122

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





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

5828856

Código da
Internação

2-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

5828856

221890

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

6-Nome: THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA	6 - Frontuário: 486913
7-Nasc.: 705202477301172	8-Nascimento: 18/03/1998
9-Sexo: Masculino	10-RG: 3914427 - SSP PI
11-Mae: ANA CLAUDIA SOARES LOPES	12-Fone: 86-99915-2588
13-Pesp: JOSE OSMAR	14-Cor: Sem Informação
15-Endr: RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - CEP: 64000-010	16-Cod. IBGE: 221100
17-Endr.: TERESINA	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1-Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TCE GRAVE+ TOT +VM
0403010306 S065
0403010020 G936PJ CORRETORA
DE SEGUROS

21 - 22- Motivo que justificam a internação:

AS ACINA

22 JAN 2019

DPVAT

PROCEDIMENTO SOLICITADO

7-Fixed.: 11-Procedimento Sought:	12-Data de execução (Solicitação de exames realizados):
✓415020077 PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM NEUROCIRURGIA	
13-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Dec. Med. Solut.:	
02 01 CEP 963.249.613-20	

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

ANTONIO CARLOS BARBOSA SOUSA

34-Data Solicitud:

01/09/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

35- Causa: 36-Local: 37-Período:	38-Local: 39-Período:	40-Local: 41-Período:
42- Local: 43- Período:	44- Local: 45- Período:	46- Local: 47- Período:
48- Local: 49- Período:	50- Local: 51- Período:	52- Local: 53- Período:
54- Local: 55- Período:	56- Local: 57- Período:	58- Local: 59- Período:

AUTORIZAÇÃO

60-Nome Profissional Autorizado:	61-Data de assinatura:
62-Documento:	63-Data Documento:
64-Até quando é válido o documento:	65-Data de validade:

80918
Mercedes Martins S. Moura
Médico Administrador - FMS - Teresina
56-CEP: 64120-000 | 86-32263300-0001

25/08/2018 16:59:00

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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TEKESINA PROFESSOR ZENON ROCJA - HUT

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE JERISINA PROFESSOR ZEON ROCHA - HUZ

CNES
3828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DOCUMENTO CPF TELEFONE NOME DA MÃE RESPONSÁVEL
05724000310 ANA CLAUDIA SOARES LOPES JOSE OSMAR

CEP: 64350-000 ENDEREÇO: LOGRADOURO NÚMERO / LOTE:
BAIRRO: CENTRO Lote: 58

BAJERO COMPLEMENTO MUNICIPIO P.P.
CENTRO CASA BARRIO BARRIO

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTES VITIADOS DE ALIMENTO DE TRANSPORTE EN VEHICULOS DE COMIDA RAPIDA

CONDICÕES DE JUSTIÇA NA INTERNAGEM

CONDROSES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO. ENTAM. 2004. 100(1):103-108. ISSN 0003-2509. DOI: 10.1593/med.030001

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL **CID 10 SECUNDARIO** **CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**
S15. - HEMORRAGIA SUBDURAL DEVIDA A TRAUMATISMO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COB/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0415020077 - PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM SEGURO-ACIDENTE

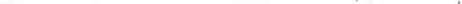
LEITO/CLÍNICA NEURO IRMOSA		PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA CARABINHO DO CONSELHO)
		PJ CORRETORA DE SEGUROS
CARÁTER URGÊNCIA		DATA SOLICITAÇÃO 01/09/2018
		ENTREGUE A CREDENCIAMENTO CPF: 96524961724
DATA ADMISSÃO 01/09/2018 07:15	DATA ALTA 20/09/2018 11:00	MOTIVO ALTA MELHORADA
		22 JAN 2019

CAUSAS EXTERNAS/ACCIDENTES DE VIOLENCIA

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

HISTORICAL OVERVIEW

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVAIAÇÃO / AUDITÓRIA
 ELIAS VASCONCELOS DE SOUZA CRF - 261.702/8	 WALLA CÂO DADO SN MSL
DATA AVAIAÇÃO: 05/05/2007	CPF:

ASSISTÊNCIA DE PACIENTE III - RESPOSTAS E FÓRUM





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

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO			
centro cirúrgico			
Nome do Paciente <i>Thierry Pium Soárez Evangelista</i>			
Diagnóstico pré-operatório <i>Hemangioma subdural + Edema cerebral</i>			
Operação - Tipo <i>Craniotomia decompressiva + Drenagem CSF</i>			
Cirurgião <i>Antônio Costa</i>		1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista		Anestesia
Anestésico(a)			
Data da Operação <i>01/08/18</i>		Ínicio	Fim
Diagnóstico Pós-operatório		<i>Edema cerebral - Sospecha de drenagem</i>	
Relatório Imediato do Patologista			
Acidente Durante a Operação			
<p style="text-align: right;"><i>PJ CORRETORA DE SEGUROS</i></p> <p style="text-align: right;"><i>22 JAN 2019</i></p> <p style="text-align: right;"><i>DPVAT</i></p> <p>DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <ul style="list-style-type: none"> ① MVA, cérebro avulso ② Incisão tipo "cubing" FDP- ③ ③ Craniotomia ampla FDP- ④ ④ Hemostase realizada da drenagem de hemorragia. ⑤ Reproxado "fiss" visto devido tumulto de coágulos ⑥ Drenamento com gessinho ⑦ Hemostase rápida ⑧ Fissura por placa 			

Massimo Cattaneo
Nestor M. Gómez
Ricardo Gómez

Mod. 78 HIT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Av. Dr. Otto Tito 1820 - Bessa - Fone: (85) 3216-5443
CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.817/0027-62

Page 1 of 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUIAN SOARES EVANGELISTA** (Processo 466913)
Endereço: RUA ALBERTO LEAL JUNIOR 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 18/03/1986 Idade: 20a7m5d Sexo: Masculino Ofício: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 602061
Requisição: 529432 Solicitação: 01/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1076583 Consulta: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206100010

Data Exame: 01/03/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

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

- ESTRUTURA E DENSIDADE OSSEAS CONSERVADAS
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICIAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LAMINAS E PEDICULOS INTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPÓFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIS AMPLOS

FORGE AUGUSTO:

TERESINA - PI 23/10/2018

leopoldo
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS
CRM 090.717.763-04 CRM 3608 PI
Profissional Responsável

22 JAN 2019
AJ CORRETORA
DE SEGUROS
DPVAT





HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otacílio Tito 1820 - Edson Ribeiro - Fone: 85 3218 5443
 TERESINA-PI CEP: 64015-770 CNPJ: 05.211.917/0022-92

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
Requisição:	871472	Solicitação: 07/09/2018	Origem: INTERNAÇÃO
Controle:	1079071	Convenio: S U S	Atendimento: 221690
		Solicitante: CLECITON BRAGA TAVARES	
		CLINICA NEUROLOGIA - POR	ENFERMAGEM 216 L370 150

RELATÓRIO:

Doc. SIA: 0206010079

Data Exame: 07/09/2018

LC. DE CRANIO

TECNICA: Foram realizadas cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano centro-médio.

RELATÓRIO:

- EXTESEA CRANIECTOMIA À DIREITA.
- TÉNUE HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA À DIREITA.
- CONTUSÕES ENCEFÁLICAS EM LOBO TEMPORAL DIREITO.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATHOLÓGICAS.

(Assinado eletronicamente)

TERESINA - PI 23/10/2018

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

3 J CORRETORA
 DE SEGUROS
 21 JAN 2019

DPVAT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Silveiro Vito 1820 - Residencial - Fone: 86 3218 3445
 TERESINA-PI CEP: 64017-376 CNPJ: 05.522.917/0022-62

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RIAN SOARES EVANGELISTA** (Frontário: 436945)
 Endereço: **RUA ALBERTO LEAL MUNIZ 2123 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64000-012**
 Nascimento: **18/03/1998** Idade: **20 Anos** Sexo: **Masculino** Origen: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **562051**
 Requerido: **065429** Solicitado: **01/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1076390** Convenio: **S 0 S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205620081

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 ÓROTOORAQUEAL.
- OPACIDADES IRREGULARES EM LOBO INFERIOR ESQUERDO.
- AUSENCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCAIBÔUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATOMICA.

Nobre(a) autorizado:

TERESINA - PI 29/10/2018

Leonardo Afonso Nogueira Matos
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS
 CPF: 590.717.783-94 CRM: 3506 PI
 Profissional Responsável

PI CORRETORA
 DE SEGUROS
 22 JAN 2019
DPVAT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Av. Dr. Otto Tito 1029 - Edanário - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 45.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUAN SOARES EVANGELISTA** (Frontário: 468813)
Endereço: **RUA ALBERTO LEAL NOGUEIRA 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64003-010**
Nascimento: **18/06/1996** Idade: **20 anos** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG.** Atendimento: **662051**
Requisição: **888431** Solicitante: **FÁBIO MARCOS DE SOUSA**
Controle: **1078362** Comentário: **S/U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020027

Data Exame: 01/09/2018

IC. 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 HOMOGENEO.
- URETERES DE CALIBRE NORMAL.
- PROSTATA E VESICULAS SEMINAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS PRESERVADAS
- ALCAS INTESTINAIS DE CALIBRE E CONFIGURAÇÃO ANATOMICA.
- AUSÊNCIA DE LESÕES EXPANSIVAS OU DE LINFONODOMEGLIAS.

(Assinatura de J. R. Augusto)

TERESINA - PI 23/10/2018

Leonardo Afonso Nogueira Matos
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS
CPF: 660.717.783-04 CRM 3602 PI
Profissional Responsável

✓ J CORRETORA
DE SEGUROS
22 JAN 2019
DPVAT





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otávio Tito 1620 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 01.322.917/0022-92

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUIAN SOARES EVANGELISTA** (Frontobasilar 488813)
 Endereço: **RUA ALBERTO LEAL NUNES 2129 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64003-010**
 Nascimento: **18/03/1995** Idade: **20a7m56** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **662261**
 Requeleção: **969433** Solicitação: **01/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **1076384** Comentário: **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-metatal.

RELATÓRIO:

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

(Assinatura do Médico)

TERESINA - PI 23/10/2018

Leonardo Afonso Nogueira Matos
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS
 CPF: 559.717.768-04 CRM: 3592 PI
 Profissional Responsável

AJ CORRETORA
 DE SEGUROS
 22 JAN 2019
DPVAT





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: Edinan Soares

Data de Nascimento: 1/1/1981

Edinan Soares é dona de casa
o paciente foi atendido no dia
Sexta-feira 12/01/2018.
em 01/01/2018. Foi realizada
atendendo para 901 Morada da

010 8020

568

Data: 05/12/18

MOD. 60-HGV

Médico (assinatura e carimbo)

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

DPVAT

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

DPVAT



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Octavio Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3212 5445
 TERESINA-PI CEP: 64010-770 CNPJ: 05.322.917/0002-62

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THOMAS RUIAN SOARES EVANGELISTA** (Frontusatório 466913)
 Endereço: **RUA ALBERTO LEAL NUNES 2128 - LOURIVAL PARENTE - TERESINA - PI CEP: 64003-010**
 Nascimento: **16/03/1998** - Género: **20a7m5g** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG.** Atendimento: **622661**
 Requisição: **860430** Solução: **01/09/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**
 Controle: **3078381** Gabinete: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 02660300010

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 AVAIAÇÃO DO CASO.
- Fígado e Baço com dimensões normais, contornos regulares e parêntima 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

(Assinatura do Profissional)

TERESINA - PI - 23/10/2018

Leonardo Afonso Nogueira Matos
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS
 CPF: 862.717.784-04 CRM 3508 PI
 Profissional Responsável

*PJ CORRETORA
DE SEGUROS*
 22 JAN 2018

DPVAT



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Wanderlula Evangelista dos Santos,
RG nº 1.613.172 data de expedição 01/09/95,
Órgão SSP/PI portador do CPF nº 831.219.433-91, com
domicílio na cidade de Barro Duro, no Estado de
Piáui, 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
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Thomas Ruan Soares Evangelista cujo o condutor era
Thomas Ruan Soares Evangelista

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA CG 125/TITANES
Ano: 2004
Placa: LWB-5062
Chassi: 9C25C30204R036511
Data do Acidente: 31/08/18
Local e Data: Barro Duro 11.12.18

Wanderlula Evangelista Santos
Assinatura do Declarante

Thomas Ruan Soares Evangelista

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

PJ CORRETORA
DE SEGUROS

22 JAN 2019

DPVAT

BARRO DURO CARTÓRIO ÚNICO
FRANCISCO PEREIRA NETO - TABELIÃO
PRA. DA SERRA 111 - CEP 65000-000
FONE: (86) 3222-1111
FAX: (86) 3222-1112
E-mail: francisco.pereira.neto@tabelionato.com.br

RECODIFICADO POR AUTENTICIDADE & FIRMA DE WANDERLULA EVANGELISTA SANTOS.

THOMAS RUIAN SOARES EVANGELISTA,
EM TESTIMONIO DA VERDADE, DOU FE BARRO DURO, 11/12/2018 15:07:13

Antônio Maria da Silva Pessoa - Escrevente
E-mail: 7.421.142-0000-0000-542



CARTÓRIO DO 1º OFICIO
FRANCISCO PEREIRA NETO - ABM 65355
Tabelião
ANTÔNIO 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 0100 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

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 **COAE**³.

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

⁷ 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 gleidstony louzado Mocieff, inscrito (a) no CPF 819.125.871-49,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Thomaz Ruon Soone Evangelista, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 057.290.083-09, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
Thomaz Ruon Soone, Evangelista, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.290.083-09, conforme
determinação da Circular Susep 445/12;

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

➤ Recuso informar

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

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

Endereço **R. Coronel José Nogueira** Número **183**
Bairro **Centro** Cidade **Corrente** Complemento **Centro**
Email **gleidistony.morck@hotmail.com** Telefone comercial (DDD) **(86) 99999-1749**
Telefone celular (DDD) **(86) 99999-1749**

Constituí o 27 de janeiro de

AP CORRETORA
DE SEGUROS
N° 2015

22 JAN 2019

DPVAT

3М ГРУППА УПРОСЧИТЕЛЬСТВО



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

Núm. 10628892 - Pág. 87



Para contactar con la
Eletrobras, Informe
este número

SEU CÓDIGO

0663698-5

CEMPRE MIGRANTE: MIGRAÇÃO DO PAÍS
Av. Maracanã, 737 - Centro/SP - Tel.: 21-2200-91
CEP 01040-000 - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: 250-280-5
Av. Presidente Vargas, 100 - Centro/SP - Tel.: 21-2200-91
CEP 01040-000 - Rio de Janeiro - RJ - Tel.: 250-280-5

IP da Nota Fiscal 014581625

CONTRATO	VENCIMENTO	CONSUMO kWh	TOTAL A PAGAR R\$
DF7EMB00/2018	12-12-2018	130	92,59

ANITA CLAUDIA SOARES LOPES
R. D. DE MILTON BRANCAO 5/M BANANEIRA

R. DE SANTOS DUMONT, 1000 CPI: 00000002740326 CEP: 64.455-000 - BARRO DUR		ROT: 187.085.03.24.110500	
DATA DA ELEIÇÃO		DATA DA ELEIÇÃO	
Partido	20459	Acabou	05/12/2018
Anterior	20329	Antes	06-11-2018
Partido de Melhor Escola		Próximo	03-01-2019
Curta-me	130	Finalizou	04-12-2018
Curta-me	130	Concluído	05-12-2018

RESID.BX.RENDA	MOMO	A492947	1.4.1.1	24
DIFERENCA DE RENDA		DESCRICAO DA CONTA		
NOV/18	160	CONSUMO	30 A R\$ 0,281056 =	8,43
DEZ/18	157		70 A R\$ 0,481824 =	33,72
SET/18	164		30 A R\$ 0,722779 =	21,68
AGO/18	146	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		11,12
JUL/18	120	DIFERENCA DE TARIFA		42,37
JUN/18	149	SUBVENCAO BAIXA RENDA		29,88
MAI/18	140	CORRECAO MONETARIA IG 10/18-00		1,58
ABR/18	162	MULTA POR ATRASO 10/18-00		1,96
MAR/18	160	JUROS POR ATRASO 10/18-00		1,11
FEV/18	156	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,64	
TARIFAS SEM TRIBUTOS:				
3 H	0,155340			
30 H	0,465616			
100 H	1,538596			

MENSAGENS IMPORTANTES / BEAVRIS DE VENCIMENTO

0000 0017 0042 8604 3CP02 0002

COMPONENTES DA FOLHA (%)		IMPORTE (BILHÕES DE R\$)
Carotenóides	21,23	106,70
Fitonutrientes	40,36	22,00%
Integrais	6,35	33,47
transversais	6,43	1,57
Secundárias	32,33	7,29

INDELEGADOS DE CONTINUIDADE									
DHC		EVE		SMEC		NCME		Mensal	Mensal
Percent	Percentual	Percent	Percent	Percent	Percentual	Percent	Percent		
EDENIB	8,06	16,12	32,23	4,59	9,19	18,37	4,48		
Reginaldo	0,00			0,00			0,00		

**J CORRET
DE SEGUR**

22 JAN 2013



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/07/2020 10:49:41
<http://tjpi.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061049403710000010085107>
Número do documento: 2007061049403710000010085107

Núm. 10628892 - Pág. 88