

PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

Neilson Barbosa da Costa,  
nacionalidade: Brasileira, estado civil: Solteiro, RG:  
2444123 CPF: 658.391.693-74, com endereço:  
R. Tinsinha Costa da Sílvia, 12, Santo Antônio, CEP: 64029-250

**OUTORGADO:** **Hauzeny Santana Farias**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Piauí – OAB/PI sob o nº. 18051, com escritório profissional na Rua Governador Tibério Nunes, nº. 329, Cabral, Teresina – PI, e endereço eletrônico: hsf.adv@hotmail.com.

**PODERES:** pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

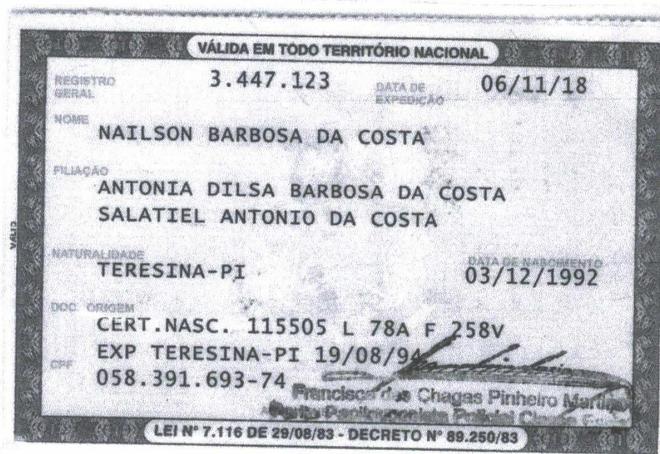
Teresina, Piauí. 31 de Julho de 2019.

Neilson Barbosa da Costa  
Outorgante



MEDIDA CORRETORA DE SÉGUROS

Received on: 18/03/10



**ÁGUAS DE  
TERESINA**

CNPJ 27157474000106 - IE 195965574  
Av. Odilon Araújo, 1035, Picanha - CEP 64017-280, Teresina - PI  
Telefone: 0800 223 2000 ou 115 / (86) 98124-3199

**MATRÍCULA** 24961396-4 **FATURA N°** 150176553  
**MÊS / ANO** 1/2019

| <b>ENDEREÇO</b><br>MORADOR: SALATTIEL ANTONIO DA COSTA<br>PROPRIETÁRIO: ANTOINA DILSA BARBOSA DA COSTA<br>RUA TERESINHA COSTA DA SILVA, 00012-SANTO<br>ANTONIO-TERESINA-PI-cep: 64029250   |                              | <b>TC</b> 1.38<br>20190116184956   |                             |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
|--|------------------------------|--|-----------------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------|-------------|-------|---------|--------|------|--------------|---------|--------|----|----|------------|--------|----|----|---------|--------|----|----|---------|--------|----|----|
| <b>LOCAÇÃO</b><br>010-00021-004920   |                              | <b>GRUPO</b> 010 <b>NÚMERO DO HIDRÔMETRO</b> A05N255335  |                             |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| <b>HISTÓRICO DE CONSUMO</b><br><table border="1"> <tr><th>MÊS / ANO</th><th>TIPO</th><th>LEDO</th><th>FATURADO</th></tr> <tr><td>12-2018</td><td>Minimo</td><td>00</td><td>10</td></tr> <tr><td>11-2018</td><td>Minimo</td><td>00</td><td>10</td></tr> <tr><td>10-2018</td><td>Minimo</td><td>00</td><td>10</td></tr> <tr><td>09-2018</td><td>Minimo</td><td>00</td><td>10</td></tr> <tr><td>28-2018</td><td>Minimo</td><td>00</td><td>10</td></tr> <tr><td>07-2018</td><td>Minimo</td><td>00</td><td>10</td></tr> </table> <b>ECONOMIAS - CATEGORIAS / TARIFA</b><br>1 Residencial - Normal |                              |  | MÊS / ANO                   | TIPO                | LEDO                     | FATURADO                    | 12-2018                         | Minimo                       | 00          | 10    | 11-2018 | Minimo | 00   | 10           | 10-2018 | Minimo | 00 | 10 | 09-2018    | Minimo | 00 | 10 | 28-2018 | Minimo | 00 | 10 | 07-2018 | Minimo | 00 | 10 |
| MÊS / ANO  | TIPO                         | LEDO   | FATURADO                    |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| 12-2018  | Minimo                       | 00   | 10                          |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| 11-2018  | Minimo                       | 00   | 10                          |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| 10-2018  | Minimo                       | 00   | 10                          |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| 09-2018  | Minimo                       | 00   | 10                          |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| 28-2018  | Minimo                       | 00   | 10                          |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| 07-2018  | Minimo                       | 00   | 10                          |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| <b>DATA</b><br>ANTERIOR 14/12/2018 747<br>ATUAL 16/01/2019 747   |                              | <b>LEITURA</b><br>CONSUMO MÊS M3 10<br>LEI 12.741/2012<br>PIS, PASEP 28,16*1,65% = 0,46<br>COFINS 28,16*7,60% = 2,14 |                             |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| <b>TABELA DE TARIFAS</b><br><table border="1"> <tr><th colspan="2">RESIDENCIAL</th><th colspan="2">DESCRIPÇÃO</th></tr> <tr><th>FAIXA DE CONSUMO R\$ / M3 E (%)</th><th>VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,16</th><th>REF.</th><th>VALOR</th></tr> <tr><td>0 a 10</td><td>2,848</td><td>65</td><td></td></tr> <tr><td>10 a 25</td><td>5,300</td><td>65</td><td></td></tr> <tr><td>25 a 99999</td><td>9,1500</td><td>65</td><td></td></tr> </table> <b>DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA</b><br>> Residencial-Normal 10,0 m3 28,16   |                              |  | RESIDENCIAL                 |                     | DESCRIPÇÃO               |                             | FAIXA DE CONSUMO R\$ / M3 E (%) | VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,16 | REF.        | VALOR | 0 a 10  | 2,848  | 65   |              | 10 a 25 | 5,300  | 65 |    | 25 a 99999 | 9,1500 | 65 |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| RESIDENCIAL  |                              | DESCRIPÇÃO   |                             |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| FAIXA DE CONSUMO R\$ / M3 E (%)  | VALOR REFERENTE ÁGUA - 28,16 | REF.   | VALOR                       |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| 0 a 10   | 2,848                        | 65   |                             |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| 10 a 25  | 5,300                        | 65   |                             |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| 25 a 99999   | 9,1500                       | 65   |                             |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| <b>IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES</b>   |                              | <b>VENCIMENTO</b> 28/01/2019 <b>TOTAL A PAGAR</b> 28,16  |                             |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| <b>MENSAGEM</b><br>NOSSOS ARQUIVOS ACUSA(M) 1 DEBITO(S). ATENCAO - SUJEITO A CORTE.  |                              |  |                             |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| <b>NOTIFICAÇÃO</b><br>Após 30 dias do vencimento, o não pagamento dessa fatura corromperá a sua honradez, de acordo com o artigo 9º, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.937/96, Art. 6º, §3º, inciso II.  |                              |  |                             |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| <b>CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PRC Nº 5, 28 DE SETEMBRO DE 2017, ANEXO XX)</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>PARÂMETROS</th><th>AMOSTRAS REALIZADAS</th><th>AMOSTRAS EM CONFORMIDADE</th><th>AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE</th><th>MÉDIA / MÊS</th><th>VALOR PERMITIDO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CLORO LIVRE</td><td>2707</td><td>2688</td><td>10</td><td>1,43</td><td>0,2-5,0 mg/l</td></tr> </tbody> </table>  |                              |  | PARÂMETROS                  | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS                     | VALOR PERMITIDO              | CLORO LIVRE | 2707  | 2688    | 10     | 1,43 | 0,2-5,0 mg/l |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| PARÂMETROS   | AMOSTRAS REALIZADAS          | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE   | AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE | MÉDIA / MÊS         | VALOR PERMITIDO          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| CLORO LIVRE  | 2707                         | 2688   | 10                          | 1,43                | 0,2-5,0 mg/l             |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| 0800 223 2000 ou 115<br>Agência Municipal de Regulação de Serviços Públicos de Teresina<br>Agente de Regulação de Serviços Públicos de Teresina<br><b>Arsete</b>   |                              |  |                             |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |
| <b>ÁGUAS DE TERESINA</b>   |                              |  |                             |                     |                          |                             |                                 |                              |             |       |         |        |      |              |         |        |    |    |            |        |    |    |         |        |    |    |         |        |    |    |



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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 100203.000923/2019-48

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 12/03/2019 - 12:21

### DADOS DA OCORRÊNCIA

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Unidade Policial Responsável                  | Data/Hora                  |
| DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO | 21/07/2018 - 22:00         |
| <b>Tipo Local</b>                             |                            |
| VIA PÚBLICA                                   |                            |
| <b>Município</b>                              | <b>Bairro</b>              |
| TERESINA                                      | PROMORAR                   |
| <b>Endereço</b>                               |                            |
| AV. ULISSES GUIMARÃES, Nº:                    |                            |
| <b>Complemento</b>                            | <b>Ponto de Referência</b> |
|   | PADARIA TRES MARIAS        |

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

|   |                                 |
|---|---------------------------------|
| Nome: NAILSON BARBOSA DA COSTA                | Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante |
| RG: 3447123 PI                                |                                 |
| Mãe: ANTONIA DILSA BARBOSA DA COSTA           |                                 |
| Pai: SALATIEL ANTONIO DA COSTA                |                                 |
| Endereço: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA, Nº 12 |                                 |
| Bairro: SANTO ANTÔNIO                         |                                 |
| Cidade: TERESINA                              |                                 |
| Telefone(s): 86-8874-2123                     |                                 |

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

#### Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

### RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SALATIEL ANTONIO DA COSTA, MARCA HONDA/CG 150 FAN ESDI, PLACA PIC-4793-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 01009887359, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CHOCOU-SE NA GUIA DA VIA. FOI SOCORRIDO POR ANTONIO SILVA BORGES, QD-60, L-28, CS-B, PROMORAR, E LEVADO PARA O HUT. (PRONT. 312640). DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

  
Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

  
NAILSON BARBOSA DA COSTA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

“DOCUMENTO ORIGINAL”  
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS  
Recebido em: 18/03/19

## 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: |                 |                          |
| 3390203648   | 058.391.693-74   | NAILSON BARBOSA DA COSTA |                 |                          |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                  |                          |                 |                          |
| Nome completo:   |                  | CPF:                     | Nº do endereço: |                          |
| NAILSON BARBOSA DA COSTA   |                  | 058.391.693-74           | 12              | Complemento: CASA        |
| Profissão:   | Endereço:        | Estado:                  | CEP:            |                          |
| Bairro: Stº ANTONÍO  | Cidade: TERESINA | PI                       | 64029050        | Tel.(DDD): 86.98874-0103 |
| E-mail:  |                  |                          |                 |                          |

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente 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: 1987 CONTA: 3336 2 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

**INVALIDEZ PERMANENTE**  
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.

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 18/03/10

**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):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  | <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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.

MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS

Recebido em: 18/03/10

**MORTE**  
**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, TERESINA 13 de MARÇO de 2019  
Nome: NAILSON BARBOSA DA COSTA  
CPF: 058.391.693-74

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**





(1)



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

## Seguro DPVAT Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3190203648 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** NAILSON BARBOSA DA COSTA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS EIRELI - ME

**BENEFICIÁRIO** NAILSON BARBOSA DA COSTA

**CPF/CNPJ:** 05839169374

#### Posição em 24-06-2019 10:30:26

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

03/06/2019 R\$ 3.375,00 R\$ 0,00 R\$ 3.375,00

#### Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência  | Ver Carta   |
|---------------|---|---|
| 11/06/2019    | Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez | <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/NrbEWRYgA0u8DOOJEEoapi_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8S846b+gKaxQpXgs93YcBLw=">Download</a> |
| 25/05/2019    | Reprogramação de pagamento                                    | <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/lpfhzrMeggKK8K9YPoCapi_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8S846b+gKaxQpXgs93YcBLw=">Download</a> |
| 04/05/2019    | Interrupção de Prazo  | <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/OdNDrBPVDs+dt3e+iCapi_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf8S846b+gKaxQpXgs93YcBLw=">Download</a>  |



**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

**DADOS DO PACIENTE:**

|  |                                       |  |                            |
|--|---------------------------------------|--|----------------------------|
| <b>Nome:</b> NAILSON BARBOSA DA COSTA  |                                       | <b>Frontuário:</b> 312640                  |                            |
| <b>Mãe:</b> ANTONIA DILSA BARBOSA DA COSTA   | <b>Pai:</b> SALATIEL ANTONIO DA COSTA |  |                            |
| <b>End. Resid.:</b> RUA TERESINHA COSTA DA SILVA N 12 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                                       |  |                            |
| <b>Nascimento:</b> 03/12/1992  | <b>Idade:</b> 25a7m19d                | <b>Sexo:</b> Masculino                     | <b>Fone:</b> 86- 9436-7147 |
| <b>Responsável:</b> NAILSON BARBOSA DA COSTA   |                                       | <b>CMS:</b> 898002357156866                |                            |
| <b>Profissão:</b> SERVENTE   |                                       | <b>CPF:</b> . . . * RG: 3.447.123 - SSP PI |                            |
| <b>G. Instrução:</b> Fundamental Completo  |                                       | <b>E.Civil:</b> Solteiro(a)                |                            |
| <b>End. Local.:</b> - - -  |                                       |  |                            |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|  |                                  |   |                             |  |
|--|----------------------------------|---|-----------------------------|--|
| <b>Código:</b> 675520  | <b>Data:</b> 22/07/2018 00:08:33 | <b>Condução:</b> AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE) |                             |  |
| <b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |                                  |   | <b>Convênio:</b> S U S      |  |
| <b>Acid.Trab.:</b> Não   | <b>Exajeto?:</b> Não             | <b>Tipico:</b> Não                                  | <b>CID Secundário:</b> Y049 |  |

**DADOS CLÍNICOS:**

Paciente vítima de acidente de Moto há aproximadamente 1 hora, referiu perda de consciência e vômitos. (A) Vira deitado com intensa dor de coluna; (B) M (C) Edema abdominal S/ EKG: 96-1 (D) BPF: 88, 27, 55; abdome firme, hiper, indolores e retróspicos; pulso normal (E) TCC: 15; pulso normal e regular; (F) dor lombar regionalizada; (G) dor lombar regionalizada e (E).

|                                   |               |                                   |                   |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------------------|-------------------|
| <b>REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA</b> |               | <b>DR. ZENON ROCHA</b>            |                   |
| <b>DATA:</b> 22/07/2018           |               | <b>TOLOGRAFIA COMPUTADORIZADA</b> |                   |
| <b>MÉDICO:</b> Dr. Zenon          |               | <b>EXAMP:</b> 00-55 Hora          |                   |
| <b>EXAME:</b> U. Sabd. teto       |               | <b>DATA:</b> 22/07/18             |                   |
| <b>PA:</b> 130                    | <b>RR:</b> 16 | <b>IC:</b> 72                     | <b>bpm:</b> 72    |
| <b>PA:</b> 130                    | <b>RR:</b> 16 | <b>IC:</b> 72                     | <b>Temp:</b> 36,5 |
| <b>Diagnóstico Inicial:</b>       |               | <b>CID:</b> -                     |                   |

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

- Rx de Tórax T1 da Crânio + US do abdome e Rebach Pélvis  
 - Melioramento lento - lento + AD EV, SF 0,9% 1000 ml, EV p/ 0,4H: Tramadol 100 mg +  
 100 mg SF 0,9%, EV aguda 15-45

|               |  |   |   |
|---------------|--|---|---|
| <b>ALTA:</b>  | <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       | <b>DATA SAÍDA:</b> / / <b>HORA:</b> :             |
|               | <input type="checkbox"/> A Pedido      |   |   |
| <b>ÓBITO:</b> | <b>DESTINO:</b>                        |   | <input type="checkbox"/> Internação na Unidade    |
|               | <input type="checkbox"/> Até 24 Hs     | <input type="checkbox"/> Família          | <b>Proced. Solicitado:</b> 04.03.01 DL6-5.        |
|               | <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs | <input type="checkbox"/> IML              | <b>Sa 20</b>                                      |
|               | <input type="checkbox"/> Após 48 Hs    | <input type="checkbox"/> Anst. Patol.     | <b>CID Compatível:</b>                            |

**MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS**  
 18/03/15

**Assinatura Paciente ou Responsável** **Carimbo- Assinatura - Profissional - BE**

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

Nº 00

NOME WILSON BORGES DA COSTA IDADE 25 anos DATA 22/10/2018HORÁRIO DE ADMISSÃO 02 hs 45 min TIPO DE ANESTESIA  GERAL  RAQUE  BLOQUEIO  PERIDURAL  SEDAÇÃOCIRURGIA REALIZADA correção de afunilamento craniano CIRURGIÃO

| SINAIS VITais                 | HORÁRIO         |  | SAIDA         |
|-------------------------------|-----------------|--|---------------|
|                               | ADMISSÃO        |  |               |
| PRESSAO ARTERIAL (mmHg)       | <u>138 x 83</u> |  | <u>155/88</u> |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)     | <u>82</u>       |  | <u>83</u>     |
| SATURAÇÃO DE O2 (%)           | <u>97%</u>      |  | <u>100%</u>   |
| TEMPERATURA AXILAR (0°C)      |                 |  |               |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm) |                 |  |               |
| NOME/ MATRÍCULA               | <u>PAULA</u>    |  | <u>Ramona</u> |

## ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK

|                    | ADMISSÃO  |   |                            | SAIDA                      |
|--------------------|---|---|----------------------------|----------------------------|
| ATIVIDADE MUSCULAR | Movimenta os quatro membros   | 2 | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
|                    | Movimenta dois membros  | 1 | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
|                    | É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando                                | 0 | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| RESPIRAÇÃO         | É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente                                   | 2 | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
|                    | Apresenta dispneia ou limitação da respiração   | 1 | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
|                    | Tem apneia  | 0 | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| CIRCULAÇÃO         | PA em 20% do nível pré-anestésico   | 2 | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
|                    | PA em 20-49% do nível anestésico  | 1 | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
|                    | PA em 50% do nível pré-anestésico   | 0 | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| CONSCIÊNCIA        | Esta lúcido e orientado no tempo e espaço   | 2 | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
|                    | Desperta, se solicitado   | 1 | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
|                    | Não responde  | 0 | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| SATURAÇÃO O2       | É capaz de manter saturação de O <sub>2</sub> maior de 92% respirando em ar ambiente        | 2 | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
|                    | Necessita de O <sub>2</sub> para manter saturação maior que 90%                             | 1 | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
|                    | Apresenta saturação de O <sub>2</sub> menor que 90%, mesmo com suplemento de O <sub>2</sub> | 0 | 0 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |

| ESCALA DE DOR ADMISSÃO |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ESCALA DE DOR ALTA     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| ( ) SONDA VESICAL | ( ) DRENO DE SUCÇÃO | ( ) DRENO TORACICO | ( ) DVE | ( ) COLOSTOMIA | SONDA ( ) NASOG( ) NASOE |
|-------------------|---------------------|--------------------|---------|----------------|--------------------------|
| —                 | mL                  | hs                 | mL      | hs             | mL                       |
| hs                | mL                  | hs                 | mL      | hs             | mL                       |

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

02:45h: Admitido f 25a em DOR de conga  
do afundamento craniano, sob efeitos da anestesia  
(02), TO em prp e sedo com dreno sucção

07:30 Alta, recuperada. — Enf: pl. e  
urin. —

|                   |  |           |
|-------------------|--|-----------|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | <u>Medida Corretora de Seguros</u><br><u>Recebido em: 18/03/19</u> | ALTA SRPA |
|                   |  | HORÁRIO   |

ENCAMINHAMENTO [ ] EXTERNO [ ] SALA DE GESSO [ ] IMAGENS E GRÁFICOS [ ]

POSTO: [ ] 1 [ ] 2 [ ] 3 [ ] EMERGÊNCIA PED. UTI: [ ] PED [ ] NEURO [ ] GERAL [ ] 4 [ ] QUEIM. CLÍNICA: [ ] PED [ ] ORTOP [ ] NEU [ ] CIR [ ] MÉD

Dra. Lorena I. Mendes de Cravinho  
Anestesiologista  
CRM-SP 113.725

Permanente



**FMS**

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS Fundação Municipal de Saúde

Fls. N° \_\_\_\_\_

Proc. N° \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 22 / 07 / 18

|   |                   |                              |
|---|-------------------|------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>Nelson B. da Costa</u> |                   | PRONTUÁRIO Nº: <u>312640</u> |
| DIAGNÓSTICO:                                |                   | CIRURGIA:                    |
| ANESTESIA:                                  | <u>General</u>    | Nº DA SALA: <u>07</u>        |
| CIRURGIÃO:                                  | <u>José Alves</u> | CPF Nº:                      |
| AUXILIAR:                                   | <u>ir</u>         | CPF Nº:                      |
| ANESTESIA:                                  | <u>há reme</u>    | CPF Nº:                      |
| INSTRUMENTADORA:                            | <u>Benedete</u>   | CPF Nº:                      |

## MATERIAL DE CONSUMO

| MATERIAL DE CONSUMO     |         |        |       | MATERIAL DE CONSUMO  |   |        |       |
|-------------------------|---------|--------|-------|----------------------|---|--------|-------|
| DISCRIMINAÇÃO           | UNID.   | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO        | UNID.   | QUANT. | PREÇO |
| AGULHA 25X8             | UNID.   | 01     |       | LÂMINA DE BISTURI 24 | UNID.   | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID.   | 02     |       | LUVA Nº 7,0          | PAR   | 02     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID.   | -      |       | LUVA Nº 7,5          | PAR   | 02     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID.   | -      |       | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR   | 10     |       |
| ALCOOL 70%              | ML      | -      |       | PVPI DE GERMANTE     | ML  | 70     |       |
| ALGODÃO                 | BOLA    | -      |       | PVPI TÓPICO          | ML  | 70     |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML      | -      |       | PVPI TINTURA         | ML  | -      |       |
| COMPRESSA               | PAC.    | 02     |       | SERINGA 20CC         | UNID.   | 05     |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID.   | -      |       | SERINGA 10CC         | UNID.   | 02     |       |
| ESPARADRAPO             | CM      | 70     |       | SERINGA 5CC          | UNID.   | 01     |       |
| ESCALPE Nº              | UNID.   | -      |       | SERINGA 3CC          | UNID.   | -      |       |
| FORMOL                  | ML      | -      |       | SORO FISIOLÓGICO     | FRASCO  | 02     |       |
| GASES                   | PAC.    | 05     |       | SONDA URETRAL        | UNID.   | -      |       |
| JELCO Nº 16             | UNID.   | 02     |       | Crepom               |   | 01     |       |
| FIOS                    | UNID.   | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA           | CONFERENCIA 20/07/2017<br>TODAS AS FERRAMENTAS ESTAMOS OK |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |         |        |       |                      |   |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |         |        |       |                      |   |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |         |        |       |                      |   |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |         |        |       |                      |   |        |       |
| ALCOFIL                 |         |        |       |                      |   |        |       |
| MONONYLON 3,0 - 2,0     | 01 - 01 |        |       | ENFERMARIA:          |   |        |       |
| FITA UMBILICAL          |         |        |       | CIRCULANTE:          |   |        |       |
| VICRYL 2,0              | 01      |        |       | Juliane              |   |        |       |
| PROLENE                 |         |        |       |                      |   |        |       |

MOD - 094



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

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**  
centro cirúrgico

|  |                          |                        |
|--|--------------------------|------------------------|
| Nome do Paciente <i>Wailson</i>  |                          |                        |
| Diagnóstico pré-operatório <i>fx apendice</i>                                      |                          |                        |
| Operação - Tipo <i>Cirurgia a fx apendice</i>                                      |                          |                        |
| Cirurgião <i>gas Alves</i>   | 1º Assistente            |                        |
| 2º Assistente  | 3º Assistente            |                        |
| Instrumentador(a) <i>Bruno</i>   | Anestesista <i>laura</i> | Anestesia <i>Desel</i> |
| Anestésico(a)  |                          |                        |
| Data da Operação <i>22/07/17</i>   | Ínicio <i>02:00</i>      | Fim <i>02:20</i>       |
| Diagnóstico Pós-operatório<br><i>fx apendice</i>                                   |                          |                        |
| Relatório Imediato do Patologista<br><i>NDN</i>                                    |                          |                        |
| Acidente Durante a Operação<br><i>NDN</i>  |                          |                        |
| <b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b><br>(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento) |                          |                        |
| <i>01. Foram os elementos corados, cérebro plácido</i>                             |                          |                        |
| <i>02. Encéfalo, crânio, entrobraço</i>  |                          |                        |
| <i>03. Foi visto retocele ante</i>   |                          |                        |
| <i>04. Retirada a hérnia óssea</i>   |                          |                        |
| <i>05. Fim da morte</i>  |                          |                        |
| <i>06. dura-máter</i>  |                          |                        |
| <i>07. Fechando o plâ</i>  |                          |                        |
| <i>08- Cerrando c/ fja crânio pro</i>  |                          |                        |

Mod. 76 HUT



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA No. : 10138 - Em: (25/07/2018)

|                           |   |                          |                          |                |           |                                     |
|---------------------------|---|--------------------------|--------------------------|----------------|-----------|-------------------------------------|
| Internação:               | Prontuario:   | Paciente:                | Clínica:                 | Enfermaria:    | Leito:    | Médico Assistente:                  |
| 219038                    | 312640  | NATHSON BARBOSA DA COSTA | CLINICA NEUROLOGIA - P07 | ENFERMARIA 211 | EXTRA 001 | MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS |
| <b>Evolução:</b><br>Hora: | <i>desconforto intenso e secundário abdominal.</i>  |                          |                          |                |           |                                     |
| Seq.:                     | Descrição-Apresentação/Observação:  | Dose:                    | Unid.:                   | Via:           | Int.:     | Recons.:                            |
| Dieta                     | ORAL TIPO BRANDA,   |                          |                          |                |           |                                     |
| 1                         | CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO)<br>1000ML SIST FECHADO                                 | 1,00                     | Frasco                   | EV             | 12/12h    |                                     |
| 2                         | RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.<br>FAZER 2ML + 8 AD   | 50,00                    | mg                       | EV             | 8/8h      |                                     |
| 3                         | DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.<br>EM CASO DE DOR OU FEBRE                                  | 1,00                     | Ampola                   | EV             | 6/6h      | AD                                  |
| 4                         | BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.<br>FAZER 2ML+ 8AD EM CASO DE NAUSEAS OU VÓMITOS                    | 1,00                     | Ampola                   | EV             | 8/8h      | AD                                  |
| 5                         | HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML.<br>EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA                            | 1,00                     | Ampola                   | IM             | SN        |                                     |
| 6                         | TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL<br>FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6H - EM CASO DE DOR INTENSA         | 1,00                     | Ampola                   | EV             | SN        | SF 0,9%                             |
| 7                         | MORFINA, 10MG/ML. INJ. C/1ML.<br>DILUIT PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA | 1,00                     | Ampola                   | EV             | SN        | AD                                  |
| 8                         | CAPOPRIL 2,5MG<br>SE PA > 160/110MMHG   | 2,00                     | Comprim                  | Oral           | 8/8h      |                                     |
| 9                         | FENTOÍNA SÓDICA 100 MG  | 100                      | Comprim                  | Oral           | 8/8h      |                                     |

## Observações Gerais:

CABECEIRA ELEVADA 30° + FÍLIO TERAPEUTICO MOTORA E RESPIRATORIA + SINAIS VITais REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H



1º DAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
GÊNCIA DE TERESINA - HUT

HCF ALDE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA



**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: **NAILSON BARBOSA DA COSTA** (Prontuário: **312640**)  
 Endereço: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA N 12 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 03/12/1992 Idade: 25a7m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 675520  
 Requisição: 857363 Solicitação: 22/07/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 1060820 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 22/07/2018

### US DE ABDOME TOTAL

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

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

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

(ASSIS MOURA)

TERESINA - PI 22/07/2018

### FRANCISCO DE ASSIS MOURA OLIVEIRA

CPF: 397.574.203-87 CRM 1879

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

## **LAUDO MÉDICO**

Paciente: **NAILSON BARBOSA DA COSTA** (Prontuário: **312640**)

Endereço: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA N 12 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 03/12/1992 Idade: 25a9m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 675520

Requisição: 857364 Solicitud: 22/07/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1060821 Convênio: S U S

### **RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204030153

Data Exame: 22/07/2018

### **TORAX PA E PERFIL**

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/09/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

João Silveira Lima Dias de Souza  
Data: 04/09/2018  
S/ N  
CONFIRME COMO 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: **NAILSON BARBOSA DA COSTA (Prontuário: 312640)**

Endereço: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA N 12 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 03/12/1992 Idade: 25a9m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 675520

Requisição: 857364 Solicitação: 22/07/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1060822 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 22/07/2018

**PELVE**

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO – FEMURAIS , SACRO ILÍACAS E SINFSE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 10/09/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **NAILSON BARBOSA DA COSTA** (Prontuário: **312640**)

Endereço: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA N 12 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 03/12/1992 Idade: 25a8m15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 219038

Requisição: 857783 Solicitação: 23/07/2018 Solicitante: JOAO ALFREDO BARROS PAZ

Controle: 1061325 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 211 EXTRA 001

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 23/07/2018

### 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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/08/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

DATA: 18/08/2018  
Jane Simone Lima Dias de Souza  
Matrícula: 047167  
SALINAS - PI  
CONFIRME COM O OFICIAL



**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:   | <b>NAILSON BARBOSA DA COSTA</b> (Prontuário: <b>312640</b> )                     |                         |  |
| Endereço:   | RUA TERESINHA COSTA DA SILVA N 12 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010 |                         |  |
| Nascimento: | 03/12/1992   | Idade: 25a8m15d         | Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 219038 |
| Requisição: | 857783   | Solicitação: 23/07/2018 | Solicitante: JOAO ALFREDO BARROS PAZ                   |
| Controle:   | 1061325  | Convênio: S U S         | CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 211 EXTRA 001      |

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 23/07/2018

### TORAX PA

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

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/08/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **NAILSON BARBOSA DA COSTA** (Prontuário: **312640**)  
Endereço: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA N 12 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 03/12/1992 Idade: 25a8m15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 219038  
Requisição: 857783 Solicitação: 23/07/2018 Solicitante: JOAO ALFREDO BARROS PAZ  
Controle: 1061325 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 211 EXTRA 001

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 23/07/2018

#### TORAX PA

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

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 18/08/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

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

Páginas: 1 de 1

## **LAUDO MÉDICO**

Paciente: **NAILSON BARBOSA DA COSTA** (Prontuário: **312640**)  
Endereço: RUA TERESINHA COSTA DA SILVA N 12 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 03/12/1992 Idade: 25a10m23d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 690587  
Requisição: 885887 Solicitação: 23/10/2018 Solicitante: PAULO ANDRE LUZ PEREIRA  
Controle: 1097997 Convênio: S U S

### **RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 23/10/2018

### **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:**

- FRATURAS/CRANIECTOMIAS EM REGIÃO PARIETAL ESQUERDA.
- ÁREA DE ENCEFALOMALÁCIA/GLIOSE LOCALIZADA NO LOBO PARIETAL ESQUERDO.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 26/10/2018

**RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS**

CPF: 940.719.343-87 CRM 3645

Profissional Responsável



NOME DO PACIENTE: Naúlson Barbosa da Costa

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 312640

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPÉDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".



**G 4 DE ENCAMINHAMENTO**

**REFERÊNCIA**

|  |                                |                        |          |                      |
|--|--------------------------------|------------------------|----------|----------------------|
| Nome do cidadão                        | CNS                            | Classificação de risco |          |                      |
| POPÔ (NAILSON BARBOSA DA COSTA)        | 700504563449555                | Eletivo                |          |                      |
| Sexo                                   | Idade                          | Data de nascimento     | Telefone | Prontário da unidade |
| Masculino                              | 26 anos e 5 meses e 13 dias    | 03/12/1992             |          |                      |
| Nome da mãe                            | Município de nascimento        |                        |          |                      |
| ANTONIA DILSA BARBOSA DA COSTA         | TERESINA / PI                  |                        |          |                      |
| Unidade de saúde solicitante           | CNES                           |                        |          |                      |
| CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE LINEU ARAUJO | 2323494                        |                        |          |                      |
| Profissional solicitante               | CNS                            |                        |          |                      |
| ALINE DE ALMEIDA XAVIER AGUIAR         | 980016279466383                |                        |          |                      |
| Especialidade                          | Hipótese / Diagnóstico (CID10) |                        |          |                      |
| CONSULTA EM NEUROLOGIA                 | G40 - EPILEPSIA                |                        |          |                      |
| Motivo do encaminhamento               |                                |                        |          |                      |
| CTCG pós TCE                           |                                |                        |          |                      |
| Observação                             |                                |                        |          |                      |

TERESINA-PI, 16 de Maio de 2019.

ALINE DE ALMEIDA XAVIER AGUIAR  
MÉDICO NEUROLOGISTA  
CRM-PI 3118

**CONTRA - REFERÊNCIA**

|                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| Unidade de especialidade           | AGENDA: Data e Hora |
|                                    | / /                 |
| Parecer / conduta da especialidade | Diagnóstico (CID10) |
|                                    |                     |
| Observação                         |                     |
|                                    |                     |

/ /  
DATA DA CONSULTA

ASSINATURA E CARIMBO DO ESPECIALISTA

**ATESTADO**

Atesto, para os devidos fins, que atendi o paciente NAILSON BARBOSA DA COSTA devido a sequelas de trauma no crânio-encefálico. Apresenta crises convulsivas de repetição mesmo em uso de medicação antiepileptica.

CID10: S06/G40

Teresina - PI, 16 de maio de 2019.

ALINE DE ALMEIDA XAVIER AGUIAR  
MÉDICO NEUROLOGISTA  
CRM-PI 3118