

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180501087 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVANDO LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 20/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO COM HEMATOMA SUBDURAL À ESQUERDA.  
FRATURA DIAFISÁRIA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190465592 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVANDO LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 20/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190465592 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVANDO LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 20/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO OMBRO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** CONFORME LAUDO DE 09/07/2019.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180501087 **Cidade:** Elesbão Veloso **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVANDO LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 20/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO COM HEMATOMA SUBDURAL À ESQUERDA.  
FRATURA DIAFISÁRIA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Evandro Lopes da Silva BRASILEIRO (e) ESTADO  
CIVIL casado PROFISSÃO leilão ORGM. N.º 2616165 CPF/MF  
N.º 051.247.853-81 RESIDENTE E DOMICILIADO (z) A  
RUA Localidade: Santa Maria S/N Zona Rural  
CIDADE DE Elesbão Veloso - Bahia  
ESTADO Bahia, CEP 64.325-000

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF N.º 848.394.433-53 E RG SOB  
N.º 1.551.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO  
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar  
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter  
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e  
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto  
a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Juízo.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos  
apresentados e disponibilizados ao outorgado.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 OUT 2018

DPVAT

Elesbão Veloso, Bahia, 26 de Setembro de 2018



Evandro Lopes da Silva

OUTORGANTE

Cartório 1º Ofício de Elesbão Veloso	
Reconheço a Firma <u>Evandro Lopes da Silva</u>	
<input type="checkbox"/>	Semelhança
<input checked="" type="checkbox"/>	Autenticidade
Em: <u>26/09/2018</u>	
<u>João Batista Nunes de Sousa</u> Tabelião Público	



Igor Felipe de Moura Martins  
Tabelião Substituto

ORIGINAL

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Evandro Lopes da Silva BRASILEIRO (B) ESTADO  
CIVIL casado PROFISSÃO Levanteador CRGM. 2616165 CPF/ME  
Nº 051.247.853-81 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A  
RUA Localidade: Santa Maria SIN Zona Rural  
CIDADE DE Elesbão Veloso - Piauí  
ESTADO Piauí CEP 64.325.000

**OUTORGADO:** ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 849.324.433-53 E RG SOB  
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO  
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar  
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter  
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e  
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto  
a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Siasp.

**OBS.:** É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos  
apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Elesbão Veloso Piauí, 26 de Setembro de 2018



Evandro Lopes da Silva

**OUTORGANTE**

Cartório 1º Ofício de Elesbão Veloso

Reconheço a Firma Evandro Lopes da Silva

( ) Semelhança  
(x) Autenticidade

Em: 26/09/2018

João Batista Nunes de Sousa  
Tabelião Público



ORIGINAL

Igor Felipe de Moura Martins  
Tabelião Substituto

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Evandro Lopes da Silva BRASILEIRO (B) ESTADO  
CIVIL casado PROFISSÃO Levanteador CRGM. 2616165 CPF/ME  
Nº 051.247.853-81 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A  
RUA Localidade: Santa Maria SIN Zona Rural  
CIDADE DE Elesbão Veloso - Piauí  
ESTADO Piauí CEP 64.325.000.

**OUTORGADO:** ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOB CPF Nº 849.324.433-53 E RG SOB  
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO  
CENTRO NA CIDADE DE ELESBAO VELOSO ESTADO DO PIAUI-PI

**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar  
documentos, receber correspondência, solicitar informações por escrito ou telefone, ter  
acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e  
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto  
a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Siasp.

**OBS.:** É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos  
apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Elesbão Veloso Piauí, 26 de Setembro de 2018



Evandro Lopes da Silva

**OUTORGANTE**

Cartório 1º Ofício de Elesbão Veloso

Reconheço a Firma Evandro Lopes da Silva

( ) Semelhança  
(x) Autenticidade

Em: 26/09/2018

João Batista Nunes de Sousa  
Tabelião Público



Igor Felipe de Moura Martins  
Tabelião Substituto

ORIGINAL

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235971/19

**Vítima:** EVANDO LOPES DA SILVA

**CPF:** 051.247.853-81

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/06/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EVANDO LOPES DA SILVA

## 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  
DUT

### ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

### EVANDO LOPES DA SILVA : 051.247.853-81

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](http://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: 12/07/2019  
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267566/19

**Vítima:** EVANDO LOPES DA SILVA

**CPF:** 051.247.853-81

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/06/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EVANDO LOPES DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

### EVANDO LOPES DA SILVA : 051.247.853-81

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](http://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: 06/08/2019  
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0388151/18

**Vítima:** EVANDO LOPES DA SILVA

**CPF:** 051.247.853-81

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/06/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EVANDO LOPES DA SILVA

## 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  
DUT

### ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA : 849.394.433-53

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

### EVANDO LOPES DA SILVA : 051.247.853-81

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](http://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: 24/10/2018  
Nome: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA  
CPF: 849.394.433-53

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/10/2018  
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL  
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

---

**Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190425206**

**Vítima: EVANDO LOPES DA SILVA**

**Data do Acidente: 20/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EVANDO LOPES DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190425206**

**Vítima: EVANDO LOPES DA SILVA**

**Data do Acidente: 20/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), EVANDO LOPES DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190465592**

**Vítima: EVANDO LOPES DA SILVA**

**Data do Acidente: 20/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EVANDO LOPES DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

**Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190465592**

**Vítima: EVANDO LOPES DA SILVA**

**Data do Acidente: 20/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EVANDO LOPES DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **EVANDO LOPES DA SILVA**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000001607**

Conta: **0000067080-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	051.243.853.81	Evando Lopes da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Evando Lopes da Silva		051.243.853.81		Lavrador	
Endereço		Número		Complemento	
Localidade Santa Maria		510		Zona Rural	
Bairro		Estado		CEP	
Zona Rural		Piauí		64325-000	
Email		Telefone (DDD)			
Recusou-se		(86)99981.6008			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	

AGÊNCIA	DIV	CONTA	DIV
1607		67080	3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

BANCO	NRO
AGÊNCIA	DIV
(Informar dígito se existir)	

CONTA	DIV
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Evando L. de 16 de Outubro de 2018  
Local e Data

Evando Lopes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PI CORRETORA DE SEGUROS

24 OUT 2018

DPVAT

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 8101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

268-649050187-0

25/SET/2018

HORA DE 09:44:57

OUT: 15.012722-0

TERM: 061963

LOCALIDADE: ELESBAO VFLOSO

CONTROLE: 930304634

ORG. VINCULADA: 1807

DEPOSITO EM DINHEIRO

1807 013 00067080-9

EVANDO LOPES DA SILVA

VALOR :

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPOSITO

268-649050187-0

1ª VIA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

RECEBIDA  
CORRETORA  
DE SEGUROS

24 OUT 2018

DPVAT





Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0000 725 0101  
OUVIDORIA 0000 725 7474

268-649058187-0

25/SET/2013

HORA DE 09:44:57

ST: 16.012/22-0

TERM: 061963

LOCALIDADE: ELESBAO VELOSO  
NO. VINCULADA: 1887

CONTROLE: 930304634

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1607 813 00067080-9

EVANDO LOPES DA SILVA

VALOR

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO  
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

268-649058187-0

10 VIA

PI CORRETORA  
DE SEGUROS

DEVAT



Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0000 725 0101  
OUVIDORIA 0000 725 7474

268-649058187-0

25/SET/2013

HORA DE 09:44:57

TERM: 061963

ST: 16.012/22-0

LOCALIDADE: ELESBAO VELOSO  
RG, VINCULADA: 1887

CONTROLE: 930304634

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1607 813 00067080-9

EVANDO LOPES DA SILVA

VALOR

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

268-649058187-0

10 VIA

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

DEVAT



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000395/2018-16**

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Robersino Pereira Da Silva

Data/Hora: 26/09/2018 - 16:32

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE ELESBÃO VELOSO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ELESBÃO VELOSO

Endereço

PI 224 POVOADO LAGOA DE FORA, Nº:

Complemento

Data/Hora

20/06/2018 - 11:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: EVANDO LOPES DA SILVA

RG: 2616165 SSP PI

Mãe: MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES

Paí: JOSE AIRTON LOPES

Endereço: POVOADO SANTA MARIA, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: ELESBÃO VELOSO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

AS CORRETORA  
DE SEGUROS

24 OUT 2018

DPVAT

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	CG150 FAN ESDI		QUE1980	9C2KC1680ER435639		Azul

Condutor: EVANDO LOPES DA SILVA

RG: 2616165 Órgão: SSP UF RG: PI

End: POVOADO SANTA MARIA Número: Complemento:

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: RENE RIBEIRO DOS SANTOS

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

NOTICIANTE INFORMA QUE NO DIA E HORA CITADA SE DESLOCAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA DA CIDADE DE ELESBÃO VELOSO PARA A LOCALIDADE SANTA MARIA QUANDO COLIDIU COM UM JUMENTO VINDO A CAIR E FICAR DESMAIADO. NOTICIANTE INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DE ELESBÃO VELOSO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA A CIDADE DE TERESINA DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS. ERA O RELATO

Robersino Pereira Da Silva - Mat. 3112705  
AGENTE DE POLÍCIA

X EVANDO LOPES DA SILVA  
EVANDO LOPES DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

ORIGINAL



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

1377 v. 1.0

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000395/2018-16**

*Paulo Gregório P. da Silva*  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL  
Delegado de Polícia





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000395/2018-16**

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Robersino Pereira Da Silva

Data/Hora: 26/09/2018 - 16:32

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE ELESBÃO VELOSO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ELESBÃO VELOSO

Endereço

PI 224 POVOADO LAGOA DE FORA, Nº:

Complemento

Data/Hora

20/06/2018 - 11:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: EVANDO LOPES DA SILVA

RG: 2616165 SSP PI

Mãe: MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES

Pai: JOSE AIRTON LOPES

Endereço: POVOADO SANTA MARIA, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: ELESBÃO VELOSO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca: Modelo:

1 - HONDA. CG150 FAN ESDI

Condutor: EVANDO LOPES DA SILVA

RG: 2616165 Órgão: SSP UF RG: PI

End: POVOADO SANTA MARIA Número: Complemento:

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: RENE RIBEIRO DOS SANTOS

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

NOTICIANTE INFORMA QUE NO DIA E HORA CITADA SE DESLOCAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA DA CIDADE DE ELESBÃO VELOSO PARA A LOCALIDADE SANTA MARIA QUANDO COLIDIU COM UM JUMENTO VINDO A CAIR E FICAR DESMAIADO. NOTICIANTE INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DE ELESBÃO VELOSO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA A CIDADE DE TERESINA DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS. ERA O RELATO

Robersino Pereira Da Silva - Mat. 3112705  
AGENTE DE POLÍCIA

*Evando Lopes da Silva*  
EVANDO LOPES DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

**ORIGINAL**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 136588.000395/2018-16

Paulo Gregório F. da Silva  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL  
Delegado de Polícia







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000395/2018-16**

Unidade de Registro: DP DE ELESBÃO VELOSO

Resp. pelo Registro: Robersino Pereira Da Silva

Data/Hora: 26/09/2018 - 16:32

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DP DE ELESBÃO VELOSO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ELESBÃO VELOSO

Endereço

PI 224 POVOADO LAGOA DE FORA, Nº:

Complemento

Data/Hora

20/06/2018 - 11:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: EVANDO LOPES DA SILVA

RG: 2616165 SSP PI

Mãe: MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES

Pai: JOSE AIRTON LOPES

Endereço: POVOADO SANTA MARIA, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: ELESBÃO VELOSO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca: Modelo:

1 - HONDA. CG150 FAN ESDI

Condutor: EVANDO LOPES DA SILVA

RG: 2616165 Órgão: SSP UF RG: PI

End: POVOADO SANTA MARIA Número: Complemento:

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: RENE RIBEIRO DOS SANTOS

Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

NOTICIANTE INFORMA QUE NO DIA E HORA CITADA SE DESLOCAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA DA CIDADE DE ELESBÃO VELOSO PARA A LOCALIDADE SANTA MARIA QUANDO COLIDIU COM UM JUMENTO VINDO A CAIR E FICAR DESMAIADO. NOTICIANTE INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL DE ELESBÃO VELOSO EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA A CIDADE DE TERESINA DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS. ERA O RELATO

Robersino Pereira Da Silva - Mat. 3112705  
AGENTE DE POLÍCIA

*Evando Lopes da Silva*  
EVANDO LOPES DA SILVA - Noticiante  
Responsável pela Informação

**ORIGINAL**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 136588.000395/2018-16

Paulo Gregório F. da Silva  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL  
Delegado de Polícia



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradalider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Evandro Soares da Silva CPF da Vítima: 051.247.853-81 Data do Acidente: 20.06.2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Evandro Soares da Silva 16 de Outubro de 2018  
Local e Data

Evandro Soares da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Original

RECEBUEIRO  
CORRETORA  
DE SEGUROS  
24 OUT 2018  
DPVAT



Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0000 725 0101  
OUVIDORIA 0000 725 7474

268-649058187-0

25/SET/2013

HORA DE 09:44:57

ST: 16.012/22-0

TERM: 061963

LOCALIDADE: ELESBAO VELOSO  
RG. VINCULADA: 1887

CONTROLE: 930304634

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1607 813 00067080-9

EVANDO LOPES DA SILVA

VALOR

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO  
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

268-649058187-0

10 VIA

PI CORRETORA  
DE SEGUROS

DEVAT



Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0000 725 0101  
OUVIDORIA 0000 725 7474

268-649058187-0

25/SET/2013

HORA DE 09:44:57

ST: 16.012/22-0

TERM: 061963

LOCALIDADE: ELESBAO VELOSO  
RG. VINCULADA: 1887

CONTROLE: 930304634

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1607 813 00067080-9

EVANDO LOPES DA SILVA

VALOR

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO  
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

268-649058187-0

10 VIA

PI CORRETORA  
DE SEGUROS

DEVAT

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: U53 DATA: 20/06/18  
LOCAL DA OCORRÊNCIA: PR. 224  
NOME DO PACIENTE: Evandro Leão de Silva  
SEXO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO IDADE: 29(3)

SAÍDA DO P.A.	CHEGADA AO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	CHEGADA AO HOSPITAL	SAÍDA DO HOSPITAL	CHEGADA NO P.A.
<u>12:03</u>	<u>18:10</u>	<u>12:21</u>	<u>12:32</u>	<u>12:55</u>	<u>13:31</u>

01. ACIDENTE DE TRANSPORTE	05. CHOQUE ELÉTRICO	09. MAL SÚBITO	13. URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
02. AGRESSÃO FÍSICA	06. ENVENENAMENTO	10. QUEDA	14. URGÊNCIA CLÍNICA
03. AFOGAMENTO	06. FALSO CHAMADO	11. QUEIMADURA	15. OUTROS
04. AGRESSÃO ARMA BRANCA	08. JÁ REMOVIDO	12. URGÊNCIA OBSTÉTRICA	

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	RESPOSTA VERBAL	PUPILAS
01. ALERTA	01. NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> IGUAIS
02. RESPONDE A COMANDO	<del>02. CONFUSA</del>	02. DESIGUAIS
<del>03. RESPONDE A DOR</del>	03. NENHUMA	
04. SEM RESPOSTA		

PULSO RADIAL	SANGRAMENTO	SINAIS VITAIS
FORTE <input checked="" type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/>	PRESSÃO ARTERIAL <u>170 X 110</u>
FRACO <input type="checkbox"/>	MÍNIMO <input checked="" type="checkbox"/>	PULSO <u>119</u> GLICÊMIA <u>155</u>
AUSENTE <input type="checkbox"/>	MODERADO <input type="checkbox"/>	RESPIRAÇÃO <u>24</u>
	INTENSO <input type="checkbox"/>	TEMPERATURA
		Sat.O <sub>2</sub> <u>92%</u> FC

OBSERVAÇÕES: Contusão atingindo o abdômen da moto, lesões de pele, fratura de osso da mão esquerda e lesão ocular, no escototórax. Glasgow 12/1

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		CORRETORA DE SEGUROS
01. ASPIRAÇÃO	05. PRANCHA LONGA	
02. OXIGÊNIO	06. PRANCHA CURTA	10. ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
03. RCP	07. KED	11. OUTROS: Mala
04. PLRATIVO	08. POLAR CERVICAL	

24-OUT-2018

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL	ÓBITO	HOSPITAL DE DESTINO
01. MELHORADO	01. ANTES DO SOCORRO	<del>01. HENIM</del>
02. PIORADO	02. ANTES DO TRANSPORTE	OUTROS:
<del>03. INALTERADO</del>	03. NO TRANSPORTE	ASSINATURA: <u>Dr. Osmar Silva A. Filho</u>

CRM-P 6457

SOCORRISTAS:

Junio  
COREN-PI  
844-936

Wilton



REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: U5B DATA: 20/06/18  
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Pr. 224  
NOME DO PACIENTE: Evandro Lopes da Silva  
SEXO: ☒ MASCULINO ☐ FEMININO IDADE: 29(8)

SAÍDA DO P.A.	CHEGADA AO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	CHEGADA AO HOSPITAL	SAÍDA DO HOSPITAL	CHEGADA NO P.A.
<u>12:03</u>	<u>12:10</u>	<u>12:21</u>	<u>12:32</u>	<u>12:55</u>	<u>13:31</u>

<input checked="" type="checkbox"/> 01. ACIDENTE DE TRANSPORTE	05. CHOQUE ELÉTRICO	09. MAL SÚBITO	13. URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
02. AGRESSÃO FÍSICA	06. ENVENENAMENTO	10. QUEDA	14. URGÊNCIA CLÍNICA
03. AFOGAMENTO	06. FALSO CHAMADO	11. QUEIMADURA	15. OUTROS
04. AGRESSÃO ARMA BRANCA	08. JÁ REMOVIDO	12. URGÊNCIA OBSTÉTRICA	

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	RESPOSTA VERBAL	PUPILAS
01. ALERTA	01. NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> 01. IGUAIS
02. RESPONDE A COMANDO	<input checked="" type="checkbox"/> 02. CONFUSA	02. DÉSIGUAIS
<input checked="" type="checkbox"/> 03. RESPONDE A DOR	03. NENHUMA	
04. SEM RESPOSTA		

PULSO RADIAL	SANGRAMENTO	SINAIS VITAIS
FORTE <input checked="" type="checkbox"/> FRACO <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/> MÍNIMO <input checked="" type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> INTENSO <input type="checkbox"/>	PRESSÃO ARTERIAL <u>170 X 110</u> PULSO <u>119</u> GLICEMIA <u>155</u> RESPIRAÇÃO <u>24</u> TEMPERATURA <u>36.9</u> Sat.O <sub>2</sub> <u>99%</u> FC

OBSERVAÇÕES: Paciente vítima de acidente de moto, desprotegido, sem capacete, vindo de um acidente de trânsito, lesões corporais, com ferimentos, Glasgow 12/1

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
01. ASPIRAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 05. PRANCHA LONGA	09. IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES
02. OXIGÊNIO	06. PRANCHA CURTA	10. ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
03. RCP	07. KED	11. OUTROS: <u>Meia</u>
<input checked="" type="checkbox"/> 04. CURATIVO	<input checked="" type="checkbox"/> 08. COLLAR CERVICAL	

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL	ÓBITO	HOSPITAL DE DESTINO
01. MELHORADO	01. ANTES DO SOCORRO	<input checked="" type="checkbox"/> 01. HENIM
02. PIORADO	02. ANTES DO TRANSPORTE	OUTROS: <u>Dr. Osmar Silva A. Filho</u>
<input checked="" type="checkbox"/> 03. INALTERADO	03. NO TRANSPORTE	ASSINATURA: <u>Dr. Osmar Silva A. Filho</u>

SOCORRISTAS:

Adriano  
Corea - PI  
844-936

CRM 16457

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: U.S.B. DATA: 20/06/18  
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Ps. 224  
NOME DO PACIENTE: Evandro Lopes da Silva  
SEXO: (X) MASCULINO ( ) FEMININO IDADE: 29(8)

SAÍDA DO P.A.	CHEGADA AO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	CHEGADA AO HOSPITAL	SAÍDA DO HOSPITAL	CHEGADA NO P.A.
<u>12:03</u>	<u>12:10</u>	<u>12:21</u>	<u>12:32</u>	<u>12:55</u>	<u>13:31</u>

<input checked="" type="checkbox"/> 01. ACIDENTE DE TRANSPORTE	05. CHOQUE ELÉTRICO	09. MAL SÚBITO	13. URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
02. AGRESSÃO FÍSICA	06. ENVENENAMENTO	10. QUEDA	14. URGÊNCIA CLÍNICA
03. AFOGAMENTO	06. FALSO CHAMADO	11. QUEIMADURA	15. OUTROS
04. AGRESSÃO ARMA BRANCA	08. JÁ REMOVIDO	12. URGÊNCIA OBSTÉTRICA	

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	RESPOSTA VERBAL	PUPILAS
01. ALERTA	01. NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> 01. IGUAIS
02. RESPONDE A COMANDO	<input checked="" type="checkbox"/> 02. CONFUSA	02. DÉSIGUAIS
<input checked="" type="checkbox"/> 03. RESPONDE A DOR	03. NENHUMA	
04. SEM RESPOSTA		

PULSO RADIAL	SANGRAMENTO	SINAIS VITAIS
FORTE <input checked="" type="checkbox"/> FRACO <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/>	AUSENTE <input type="checkbox"/> MÍNIMO <input checked="" type="checkbox"/> MODERADO <input type="checkbox"/> INTENSO <input type="checkbox"/>	PRESSÃO ARTERIAL <u>170 X 110</u> PULSO <u>119</u> GLICEMIA <u>155</u> RESPIRAÇÃO <u>24</u> TEMPERATURA <u>36.9</u> Sat.O <sub>2</sub> <u>99%</u> FC

OBSERVAÇÕES: Paciente vítima de acidente de moto, desprotegido, sem capacete, vindo de casa e se acidentou, lesão ocular, desconhecida. Glasgow 12/1

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
01. ASPIRAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 05. PRANCHA LONGA	09. IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES
02. OXIGÊNIO	06. PRANCHA CURTA	10. ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
03. RCP	07. KED	11. OUTROS: <u>Meia</u>
<input checked="" type="checkbox"/> 04. CURATIVO	<input checked="" type="checkbox"/> 08. COLLAR CERVICAL	

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL	ÓBITO	HOSPITAL DE DESTINO
01. MELHORADO	01. ANTES DO SOCORRO	<input checked="" type="checkbox"/> 01. HENIM
02. PIORADO	02. ANTES DO TRANSPORTE	OUTROS: <u>Dr. Osmar Silva A. Filho</u>
<input checked="" type="checkbox"/> 03. INALTERADO	03. NO TRANSPORTE	ASSINATURA: <u>Dr. Osmar Silva A. Filho</u>

SOCORRISTAS:

Adriano  
Corea - PI  
844-936

W.ington

12 JUL 2019

# 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: 27/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVANDO LOPES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01607

CONTA: 000000067080-9

---

Nr. da Autenticação ED67F5EEE466A063

© 2011 John Wiley & Sons, Inc. • 1500 North Zeeb Road  
P.O. Box 10000 • Little Rock, AR 72220-9000

RAIZANE MENDES - FINEIRA DA SILVA  
LC SANTA MARIA S/N FLOREO DA LAGOA B-RURAL  
CPF: 00005972516306  
CEP: 64.325-000 - ELESBAO VELOSO

RDT: 215,690,11,81.148500

NORMAL

RESUMO DO MÊS		DESCRIÇÃO DA CONTA	
ABR/18	94	CONSUMO	30 A R\$ 0,262903 = 7,80
MAR/18	119		70 A R\$ 0,450704 = 31,51
FEV/18	85		14 A R\$ 0,670050 = 9,46
JUN/18	111	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	4,28
DEZ/17	127	DIFERENÇA DE TARIFA	38,45
NOV/17	105	SUBVENCAO BAIXA RENDA	28,11
OUT/17	124	RELIGACAO	7,78
SET/17	128	CORRECAO MONETARIA IGPM (3X)	1,08
AGO/17	154	MULTA POR ATRASO (3X)	3,47
JUL/17	128	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	2,33
		ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,34
TOTAL COM TIRAGEM:			
PA	10	- 8,192051	
JA	29	- 1,252408	
18	114	- 0,493855	

• MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DECLARAÇÃO QUITADA DEBITOS desta UC, no ano de 2017 (Lei 12007/09)  
LIGUE 0800 088 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO: 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 15/05/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO ZAZ7.8AF0.1800.3460.2334.89E6.3C11.E69B

INDICADORES DE CONTINUIDAD

19.53

PA CORRETO  
DE SEGUROS

24 OCT 2013

723

TIM Celular S.A.  
Av. Frei Serafim, 1989 - Sala 6  
Centro - Teresina - PI  
CNPJ: 04.206.050/0001-80  
CNPJ/da Matriz: 04.206.050/0001-80

**TIM**  
**BLACK**

Página 1 de 2

**R\$ 142,90**

**VENCIMENTO**

**25/07/2018**

EMIÇÃO: 07/07/2018

POSTAGEM: 16/07/2018

FATURA: 3450706950

CLIENTE: 1.67423773

CPF/CNPJ: 84939443353

ACESSO: 86 99999-3007

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014

**ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**  
RUA SETE DE SETEMBRO, 244  
CENTRO  
64325-000 - ELSBAO VELOSO - PI

### IMPORTANTE PARA ADRIANA

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

### RESUMO DA SUA CONTA DE 07/JUN A 06/JUL

SERVIÇOS	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 139,99
CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 2,91

### VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

#### MENSALIDADES

Vantagens que seu plano oferece

#### Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)

Desconto Oferta TIM Pós C Plus

Subtotal:

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Video

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

TIM Video Premium

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	30	07/06 a 06/07	139,99
-	-	3/12	30	07/06 a 06/07	45,32
-	-	-	-	-	144,67
10GB	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
Ilimitado	126m36s	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
-	-	1	30	07/06 a 06/07	Incluído
Total de Mensalidades					139,99

### MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, na App Meu TIM. Para acessá-la, visite [www.appmeutim.com.br](http://www.appmeutim.com.br) do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM	Atividade	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	R\$ 0,69
ICMS	30%	R\$ 104,22	R\$ 31,27	FUNTTU	R\$ 0,41
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,05%				
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	0,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012

As contribuições de FUST (3%) e FUNTTU (0,1%) não são repassadas às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído no(s) Plano(s)

Franchise(s)	R\$ 137,99
SVA	R\$ 2,91
Desconto(s) Franchise(s)	R\$ -10,20
Desconto(s) SVA	R\$ -13,82

**TIM**

Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, ligue para a central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

00000009121536776014

MÊS DE REFERÊNCIA

JUL/2018

DATA DE EMISSÃO

07/07/2018

DATA DE VENCIMENTO

25/07/2018

VALOR

R\$ 142,90

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



**Eletrobras**

Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 23091966

**RAIANE MENDES TEIXEIRA DA SILVA**

LC SANTA MARIA, S/N, FUNDO DA LAGOA

B-RURAL

64325000 ELESBAO VELOSO

PI

CÓDIGO ÚNICO 12169765	MÊS 06/2019	PERÍODO DE CONSUMO 16/05/2019 a 13/06/2019
CONSUMO (kWh) 144	VENCIMENTO 20/06/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 99,59

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica



recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 12169765	MÊS 06/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 99,59
--------------------------	----------------	----------------------------

836600000001.995900170003.000000012161.976506190058



TIM S.A.  
Rua Lisandro Nogueira, 1914  
CENTRO - TERESINA - PI  
CNPJ: 02.423.421/0001-08 - I.E.: 194445895  
CNPJ da Matriz: 02.423.421/0001-11

**TIM**  
**BLACK**

Página 1 de 2

**R\$ 158,05**

**VENCIMENTO**

**25/05/2019**

**EMIÇÃO: 07/05/2019**

**POSTAGEM: 17/05/2019**

**FATURA: 3806497148**

**CLIENTE: 1.67423773**

**CPF/CNPJ: 84939443353**

**ACESSO: 86 99999-3007**

**DÉBITO AUTOMÁTICO: 0000009121536776014**

**ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**  
**RUA SETE DE SETEMBRO, 244**  
**CENTRO**  
**64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI**

**PJ CORRETOR**  
**DE SEGUROS**  
**12 JUL 2019**  
**DPVAT**

**IMPORTANTE PARA ADRIANA**

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no final de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

**RESUMO DA SUA CONTA DE 07/ABR A 06/MAI**

Serviços TIM S.A.	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/> Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 150,01
<input checked="" type="checkbox"/> CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM	R\$ 8,04

**VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007**

**MENSALIDADES**

Vantagens que seu plano oferece

**Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)**  
Desc Relat 25% Oferta TIM Pós C Plus  
Subtotal

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Video

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

TIM Video Premium

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	30	07/04 a 06/05	199,99
-	-	1/6	30	07/04 a 06/05	-49,98
10GB	418,2MB	1	30	07/04 a 06/05	150,01
Ilimitado	181m36s	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
<b>Total de Mensalidades</b>					<b>150,01</b>

**MAIS DETALHES DA SUA CONTA**

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite [www.appmeutim.com.br](http://www.appmeutim.com.br) do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 0,77
ICMS	30%	R\$ 117,16	R\$ 35,15	FUNTEL: R\$ 0,15
PIS/COFINS - Serviços Telecom	3,65%			
PIS/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%			

Em conformidade à Lei 12.741/2012

As contribuições de FUST (11%) e FUNTEL (0,5%) não são repassadas as tarifas

**Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (SVA)**  
Sociedade não Patrocinat

Franquia(s)	R\$ 143,49
SVA	R\$ 54,50
Descontos(1) Franquia(s)	R\$ -38,57
Descontos(2) SVA	R\$ -13,61

**TIM**

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar a conta em débito automático e ainda ganha um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse [www.tim.com.br](http://www.tim.com.br) ou ligue para a Central de Atendimento TIM.

**NOME DO CLIENTE**

**ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO**  
**00000009121536776014**

**MÊS DE REFERÊNCIA**  
**MAI/2019**

**DATA DE EMISSÃO**  
**07/05/2019**

**DATA DE VENCIMENTO**  
**25/05/2019**

**VALOR**  
**R\$ 158,05**

**VIA BANCO**

**84640000001 - 0** **58050109011 - 3** **00380649714 - 9** **80121536776 - 5**

**AUTENTICAÇÃO MECÂNICA**



**Eletrobras**

Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 23091966

**RAIANE MENDES TEIXEIRA DA SILVA**

LC SANTA MARIA, S/N, FUNDO DA LAGOA

B-RURAL

64325000 ELESBAO VELOSO

PI

CÓDIGO ÚNICO 12169765	MÊS 06/2019	PERÍODO DE CONSUMO 16/05/2019 a 13/06/2019
CONSUMO (kWh) 144	VENCIMENTO 20/06/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 99,59

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPi: 0800 086 0800

autenticação mecânica



recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI**

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 12169765	MÊS 06/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 99,59
--------------------------	----------------	----------------------------

836600000001.995900170003.000000012161.976506190058





TIM S.A.  
Rua Lisandro Lagoira, 1514  
CENTRO - TERESINA - PI  
CNPJ: 06.421.421/0001-08 - I.E.: 134.445.855  
CNPJ da Meia: 06.421.421/0001-11

**TIM**  
**BLACK**

Página 1 de 2

**R\$ 158,05**

**VENCIMENTO**

**25/05/2019**

**EMIÇÃO: 07/05/2019**

**POSTAGEM: 17/05/2019**

**FATURA: 3806497148**

**CLIENTE: 1.67423773**

**CPF/CNPJ: 84939443353**

**ACESSO: 86 99999-3007**

**DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009121536776014**

**ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**  
**RUA SETE DE SETEMBRO, 244**  
**CENTRO**  
**64325-000 - ELESBAO VELOSO - PI**

**IMPORTANTE PARA ADRIANA**

Agora você conta com o TIM PRA MIM! O programa de relacionamento feito pra você. São descontos e vantagens em diversas áreas, como gastronomia, viagens e compras online. Que tal um desconto pra fazer aquela viagem, jantar fora no fim de semana ou presentear algum amigo? Não precisa se cadastrar e não tem custo adicional! Acesse o aplicativo Meu TIM pelo seu smartphone, entre na área TIM PRA MIM e escolha o benefício de seu interesse.

**RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007**

Serviços TIM S.A.

VALOR

**Oferta TIM Pós C Plus**

**R\$ 150,01**

**CHAMADAS DENTRO DA REDE TIM**

**R\$ 8,04**

**VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 86 99999-3007**

**MENSALIDADES**

Vantagens que seu plano oferece

**Oferta TIM Pós C Plus (087/PÓS/SMP)**

Desc Relac 25% Oferta TIM Pós C Plus

Subtotal

10 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

10GB de Internet para Vídeo

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

TIM Vídeo Premium

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	30	07/04 a 06/05	150,01
-	-	1/6	30	07/04 a 06/05	-49,98
10GB	418,2MB	1	30	07/04 a 06/05	150,01
ilimitada	181m36s	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
<b>Total de Mensalidades</b>					<b>150,01</b>

**MAIS DETALHES DA SUA CONTA**

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-lo, visite [www.appmeutim.com.br](http://www.appmeutim.com.br) do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPÓSTO TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 0,29
ICMS	30%	R\$ 117,06	R\$ 35,12	FUNTEL: R\$ 0,29
PIS COFINS - Serviços Telecom	6,50%			
PIS COFINS - Serviços Não Telecom	3,25%			

Excluído do Imposto de Renda: 12,741,0012

As contribuições do FUST (2%) e FUNTEL (0,5%) não são representadas as tarifas

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluído (não tem custo)

franquia	R\$ 145,00
SVA	R\$ 54,50
Descontos (excluído)	R\$ -16,17
Descontos SVA	R\$ -13,65

**DPVAT**  
**6 AGO 2019**

**DPVAT**

**TIM**

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar e cobrar em débito automático e ainda ganha um bônus de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse [www.tim.com.br](http://www.tim.com.br) ou ligue para a central de atendimento TIM.

**NOME DO CLIENTE**

**ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO**  
**00000009121536776014**

**MÊS DE REFERÊNCIA**  
**MAI/2019**

**DATA DE EMISSÃO**  
**07/05/2019**

**DATA DE VENCIMENTO**  
**25/05/2019**

**VALOR**  
**R\$ 158,05**

9464000001-0

58050109011-3

00380649714-9

80121536776-5

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

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

**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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 no Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta e capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Adriano Paul de Sousa Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 051.247.853 / 81,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Evando Lopes da Silva, inscrito  
(a) no CPF sob o nº 051.247.853/81, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima  
Evando Lopes da Silva, inscrito (a) no CPF sob o nº 051.247.853/81, 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 informado, 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 Sete de Setembro</u>		Número <u>244</u>	Complemento <u>Centro</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Belém</u>	Estado <u>Piauí</u>	CEP <u>64.325-000</u>
E-mail <u>carladrianasousa@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(86) 99402-764</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99981-6008</u>

Evando Lopes da Silva de 2018  
Local e Data

Adriano Paul de Sousa Silva  
Assinatura do Declarante

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**  
**24 OUT 2018**  
**DPVAT**

**ORIGINAL**

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BI6UOTECAWEB/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 COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 049.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Evandro Lopes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.247.853 / 81

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Evandro Lopes da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.247.853 / 81, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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 Sete de Setembro</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elestão Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>carladecarlasousa@gmail.com.br</u>	CEP: <u>64.325-000</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99981-6008</u>

Local e Data: Elestão Veloso - PI 09.07.2019

Adriana Carla de Sousa Silva  
Assinatura do Declarante



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BI6UOTECAWEB/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 COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu Adriana Carla de Sousa Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 049.394.433 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Evandro Lopes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.247.853 / 81

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Evandro Lopes da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.247.853 / 81, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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 Sete de Setembro</u>	Número: <u>244</u>	Complemento: <u>Centro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Elestão Veloso</u>	Estado: <u>Piauí</u>
E-mail: <u>carladecarlasousa@gmail.com.br</u>	CEP: <u>64.325-000</u>	Tel. (DDD): <u>(86) 99981-6008</u>

Local e Data: Elestão Veloso - PI 09.07.2019

Adriana Carla de Sousa Silva  
Assinatura do Declarante



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rene Ribeiro dos Santos,

RG nº 3.494.304, data de expedição 23/04/10

Órgão SSP-PZ, portador do CPF nº 068.327.743-03, com

domicílio na cidade de Elesbão Veloso, no Estado de

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

Localidade Campos, nº S/n,

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

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

vítima Evandro Lopes da Silva cujo o condutor era

Evandro Lopes da Silva

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda CG 150 FAN ESD I

Ano: 2013 / 2013

Placa: 0UE-1980

Chassi: 3CZKJ680ER435639

Data do Acidente: 20-06-2018

Local e Data: Elesbão Veloso - PI



Rene Ribeiro dos Santos  
Assinatura do Declarante

Evandro Lopes da Silva

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

Reconheço verdadeira a  
firma Rene Ribeiro dos Santos

Idos Santos

Idos Santos

Em testemunho da verdade,

Elesbão Veloso-PI 15 de 10 de 18

Maria Inez do Vale Lou

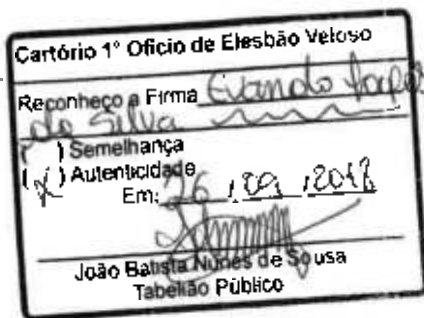
Escrevente

Maria Inez do Vale Lou

Escrevente Substituta

Cartório 2º Ofício

Elesbão Veloso-PI



Escrevente  
Maria Inez do Vale Lou  
Escrevente Substituta  
Cartório 2º Ofício  
Elesbão Veloso-PI

PS CORRATORIA  
DE SEGUROS

24 OUT 2018

DPVAT

Original

# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rene Ribeiro dos Santos,

RG nº 3.494.304, data de expedição 23/04/10

Orgão SSP - PI, portador do CPF nº 068.327.743.03, com

domicílio na cidade de Elesbão Veloso, no Estado de

Piauí, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

localidade Campos, nº 517,

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

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

vítima Evandro Lopes da Silva cujo o condutor era

Evandro Lopes da Silva

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda CG 150 FAN ESDI

Ano: 2013 / 2013

Placa: OVE - 1980

Chassi: 9CZKJ680ER435639

Data do Acidente: 20.06.2018

Local e Data: Elesbão Veloso - PI 26.07.2018

Assinatura do Declarante Rene Ribeiro dos Santos

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

Evandro Lopes da Silva

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Reconheço verdadeira a

firma Rene Ribeiro dos Santos

Rene Ribeiro dos Santos

uf

Em testemunho da verdade.

Elesbão Veloso-PI 15 de 10 de 18

Maria Inez do Vale Leal

Escrevente

Maria Inez do Vale Leal

Escrevente Substituta

Cartório 2º Ofício

Elesbão Veloso - PI

12 JUL 2019

DRVAT

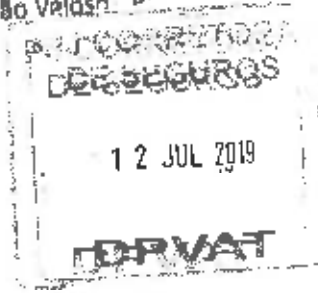
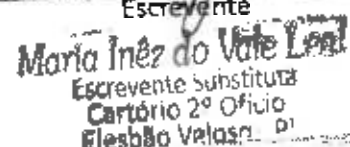
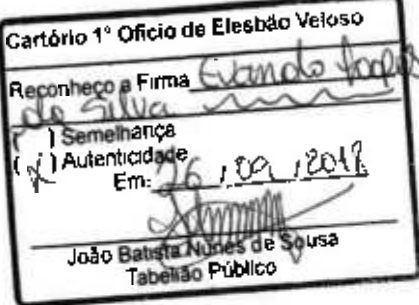
DRVAT

DRVAT

DRVAT

DRVAT

DRVAT



ORIGINAL

# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rene Ribeiro dos Santos,

RG nº 3.494.304, data de expedição 23/04/10

Órgão SSP - PI, portador do CPF nº 068.327.743.03, com

domicílio na cidade de Elesbão Veloso, no Estado de

Piauí, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

localidade Campos, nº 517,

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

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

vítima Evandro Lopes da Silva cujo o condutor era

Evandro Lopes da Silva

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda CG 150 FAN ESDI

Ano: 2013 / 2013

Placa: OVE - 1980

Chassi: 9CZKJ680ER435639

Data do Acidente: 20.06.2018

Local e Data: Elesbão Veloso - PI 26.07.2018

Assinatura do Declarante Rene Ribeiro dos Santos

Evandro Lopes da Silva

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

Reconheço verdadeira a \_\_\_\_\_  
firma Rene Ribeiro dos Santos

Evandro Lopes da Silva

Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade.

Elesbão Veloso-PI 15 de 10 de 18

Maria Inez do Vale Leal

Escrevente

Maria Inez do Vale Leal

Escrevente Substituta

Cartório 2º Ofício

Elesbão Veloso - PI

Cartório 1º Ofício de Elesbão Veloso  
Reconheço a Firma Evandro Lopes da Silva  
( ) Semelhança  
(x) Autenticidade  
Em: 26/07/2018  
João Batista Nunes de Sousa  
Tabelião Público

Selo de Facilitação e Autenticidade  
RECONHECIMENTO DE FIRMA  
ABJ 55422  
14-05

Cartório 2º Ofício  
RECONHECIMENTO DE FIRMA  
ABJ 73684  
14-05

12 JUL 2019  
DPVAT



GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
**HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA (HENM)**

Avenida Benício Alves da Silva, 577 Centro  
Fone/Fax: (86) 3285-1133 Cep.: 64.325-000 - Elisbão Veloso-PI  
CNPJ: 06.563.964/0012-90 E-MAIL: hospitalnorbertomoura@henm.pi.gov.br

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO SOCORRO

09/04/1989

NOME DO PACIENTE: <i>Evandro Lopes da Silva</i>		IDADE <i>29a</i>
ENDEREÇO: <i>Rua Santa Maria</i>		CIDADE <i>Elisbão Veloso</i>
CPF: <i>051.247.853-81</i>	RG: <i>2616165</i>	UF <i>PI</i>
NOME DO PAI: <i>José Dionísio Lopes</i>		
NOME DA MÃE: <i>Maria Adriana Pereira da Silva Lopes</i>		
DADOS CLÍNICOS <i>- Acidentado no solo por queda. Escoriações por todo corpo, FSD, Escoriação ombro direito, Edema ocular direito, Alceoligado no que significa má formação, glaucoma 12</i>		
DIAGNÓSTICO <i>- Trauma moderado</i>		
DATA <i>20/06/18</i>		<p>ASS. CARIMBO DO MÉDICO</p> <p>Dr. Osmar Silva A. F. Médico CRM-PI 6457</p> <p>DPVAT</p> <p>24 OUT 2018</p> <p>PI CORRETORA DE SEGUROS</p>

CONFERE COM ORIGINAL

11.07.18  
*Assis*





SUS 704 606 195 669 133  
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA  
ELETRÃO VELOSO - PIAB

PA-140V102  
SOR-92  
PL-119  
gl. 155 29a



0910410989 PRONTO SOCORRO

NOME:	Guandio Lopes da Silva
ENDEREÇO:	Rua Santa Maria/B. Viloso
DADOS CLÍNICOS:	Paciente admitido pelo Saramba - Exame físico: olhos vermelhos, F.F.D., Edema em barriga, inchado, glauco 12 de urina.
DIAGNÓSTICO:	- observação
DATA	20.06.18
	Dr. Osmar Silva A. Filho MÉDICO CRM-PI 6457 MÉDICO

CONFERE COM O ORIGINAL

Notália M<sup>a</sup> de Jesus Rocha

22/08/2018

PI CORRETORA  
DE SEGUROS

24 OUT 2018

DPVAT

# PRESCRIÇÕES MÉDICAS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

EDO PACIENTE

Nº DO REGISTRO

DATA DA ADMISSÃO

ENFILEITO

Nome do Paciente

20106118

045

## PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

MEDICAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM
657 1200ml/dia (3x)	1- 12:00:30 2- ( )	As 12:30h. Pac. deu entrada no hospital em observação por 12a. Osmar Silva. Exame de quada de motricidade. Tratado por SAMU com suporte agudo com manuseio no joelho direito, edema ocular direito. Manuseio em ombro. PA-170x110. G.E. 155 mg 100 5. 0.974. FC 119
1- B + Vit C 100 Soro	2- 12:40	As 18:25h. PA-130x90 mmHg
3- 12:40	3- 12:40	As 23:10h. PA-160x120 mmHg
4- 12:50	4- 12:50	Glucose capilar 160 mg/dl glicose 643 mg/dl
5- 12:50	5- 12:50	As 23:20h. Paciente agitada com episódios de vômito e valores glicêmicos elevados. Comunique o médico. Paciente encontrava-se consciente, lúcido, respirando em ambiente, abdomen flácido e membros inferiores normais. glicose 120 mg/dl
6- 12:50	6- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
7- 12:50	7- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
8- 12:50	8- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
9- 12:50	9- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
10- 12:50	10- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
11- 12:50	11- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
12- 12:50	12- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
13- 12:50	13- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
14- 12:50	14- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
15- 12:50	15- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
16- 12:50	16- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
17- 12:50	17- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
18- 12:50	18- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
19- 12:50	19- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
20- 12:50	20- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
21- 12:50	21- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
22- 12:50	22- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
23- 12:50	23- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
24- 12:50	24- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
25- 12:50	25- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
26- 12:50	26- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
27- 12:50	27- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
28- 12:50	28- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
29- 12:50	29- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
30- 12:50	30- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
31- 12:50	31- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
32- 12:50	32- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
33- 12:50	33- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
34- 12:50	34- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
35- 12:50	35- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
36- 12:50	36- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
37- 12:50	37- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
38- 12:50	38- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
39- 12:50	39- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
40- 12:50	40- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
41- 12:50	41- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
42- 12:50	42- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
43- 12:50	43- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
44- 12:50	44- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
45- 12:50	45- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
46- 12:50	46- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
47- 12:50	47- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
48- 12:50	48- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
49- 12:50	49- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
50- 12:50	50- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
51- 12:50	51- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
52- 12:50	52- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
53- 12:50	53- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
54- 12:50	54- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
55- 12:50	55- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
56- 12:50	56- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
57- 12:50	57- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
58- 12:50	58- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
59- 12:50	59- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
60- 12:50	60- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
61- 12:50	61- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
62- 12:50	62- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
63- 12:50	63- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
64- 12:50	64- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
65- 12:50	65- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
66- 12:50	66- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
67- 12:50	67- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
68- 12:50	68- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
69- 12:50	69- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
70- 12:50	70- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
71- 12:50	71- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
72- 12:50	72- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
73- 12:50	73- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
74- 12:50	74- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
75- 12:50	75- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
76- 12:50	76- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
77- 12:50	77- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
78- 12:50	78- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
79- 12:50	79- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
80- 12:50	80- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
81- 12:50	81- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
82- 12:50	82- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
83- 12:50	83- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
84- 12:50	84- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
85- 12:50	85- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
86- 12:50	86- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
87- 12:50	87- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
88- 12:50	88- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
89- 12:50	89- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
90- 12:50	90- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
91- 12:50	91- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
92- 12:50	92- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
93- 12:50	93- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
94- 12:50	94- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
95- 12:50	95- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
96- 12:50	96- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
97- 12:50	97- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
98- 12:50	98- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
99- 12:50	99- 12:50	Administração de insulina 100 unidades
100- 12:50	100- 12:50	Administração de insulina 100 unidades



Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro  
Fone: (86) 3285 1133 - Estação Veloso - PI  
CNPJ - 06.553.564/0012-90



## REQUISIÇÃO DE EXAMES

CARIMBO DA U.S.  
SOLICITANTE

NOME <i>Vanderson Lage da Silva</i>					Nº DO PRONTUÁRIO	
ENDEREÇO			BAIRRO		MUNICÍPIO <i>Estação Veloso</i>	UF <i>PI</i>
IDADE	ENFERMARIA/LEITO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MAS. <input type="checkbox"/> FEM.	DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO	Nº GESTAÇÃO	TIPO DE PARTO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FÓRCEPS <input type="checkbox"/> CESÁREA <input type="checkbox"/> OUTROS
OS CLÍNICOS <i>Acidentado motor</i>						
EXAMES SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS) <i>Rx Torax PA e perfil - ombro direito</i>						
ASSINATURA DO PACIENTE RESPONSÁVEL				DATA <i>20/06/18</i> Dr. Osmar Silva A. <i>[assinatura]</i> Médico CRM-PI 6437		
				MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)		

CONFERE COM O ORIGINAL.

*Natália Maria de Jesus Rocha*  
*22/08/2018*

[illegible]

**DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

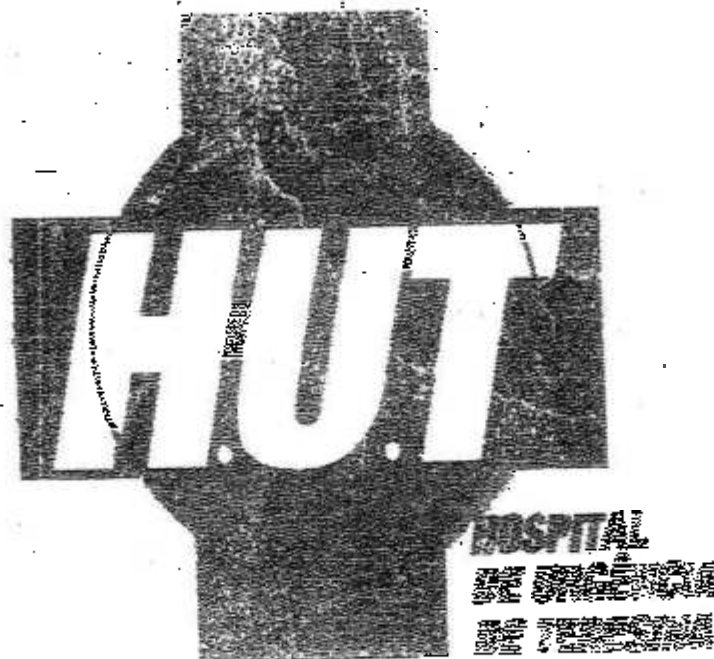
DA UNIDADE <i>HEM/Moura</i>	PARA A UNIDADE <i>HUT &lt; ID: 30687 264641876 - autorização</i>
PACIENTE <i>Evandro Lopes de Silva</i>	REGISTRO
<p><i>Idade: 13      FC: 100 bpm PA: 130/90 mmHg      FR: 20 irpm</i></p> <p><b>MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO</b></p> <p><i>Paciente vítima de acidente motociclístico há aproximadamente 24 horas. Com histórico de perda de consciência e vômitos no momento do acidente. Elevada desorientação, equimose periorbitária direita, vários episódios de vômitos e um episódio de hematemese e epistaxe.</i></p>	
DATA <i>21 / 06 / 2018</i>	<p><i>Dra. Tainá Lopes</i> Médica CRMPI 7097</p> <p>Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo</p>

**FICHA DE RETORNO**

DA UNIDADE	PARA A UNIDADE
<p><i>[Stamps and Signature]</i></p>	
DATA ____ / ____ / ____	<p>Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo</p>

**OBSERVAÇÃO:**

1. Este formulário deverá ser preenchido em duas vias.
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à unidade de origem.



NOME DO PACIENTE: Evandro Lopes da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 261557

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



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Ur. Cito Tito 1820 Redenção - Fone: 36 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

RECUPERAÇÃO

20/06/18  
14:55

SUS SUS

Imp: 21/06/2018 15:04:49

(User: REGISLAB)

(Setor: RECEPCAO)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome:	EVANDO LOPES DA SILVA	Prontuário:	261557
Mãe:	MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES	Pai:	JOSE AIRTON LOPES
End. Resid.:	RUA MARCOS FARENTE SN - PIJARRA - FLESBAC VELOSO - PI - CEP: 64325-300		
Nascimento:	09/04/1989	Idade:	29a2m12d
Sexo:	Masculino	Fone:	86- 9478-3763
Responsável:	MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES	CNS:	898054027707801
Profissão:	LAVRADOR	CPF:	* RG: 2616165 - SSP
G. Instrução:	Médio Incompleto	E. Civil:	Concubinato
End. Local:			

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	670883	Data:	21/06/2018 14:57:32	Condução:	AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			Convênio:	SUS
Cid. Trab.:	Não	Trajetória:	Não	Tipico:	Não
CID Secundário:	V299				

### DADOS CLÍNICOS: 15:00

Paciente vítima de acidente de motocicleta, trazida pelo SAMU, desorientado, há mais de 24h.

(A) Vias aéreas patentes, s/coragem consciente e prêmios

(B) MVE, s/ sinais de alteração

(C) S/sangramento evidente; abdome hipotônico a palpar

(D) Consciente, desorientado, ECG: 12; iracúndia, agressividade

(E) hematócrito pericardial (D); encefalopatia aguda e sinais de hipertensão intracraniana

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

Diagnóstico Inicial:

HUT DE TERESINA

COMUNICAÇÃO UNIFICADA

EXAME FÍSICO

DATA: 21.06.18 15:54

Blundo

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Soluções TC de crânio
- Soluções para o neurocirurgião

ALTA:	( ) Melhorado ( ) Curado ( ) Inalterado ( ) A pedido	( ) Administrativo ( ) Por Indisciplina ( ) Por Evasão	( ) Retornar à Origem: ( ) Transferência:
DESTINO:	( ) Até 24 hs ( ) De 24 a 48 hs ( ) Após 48 hs	( ) Família ( ) IML ( ) Anat. Patol.	DATA SAÍDA: ____/____/____ HORA: ____:____
OBITO:			( ) Internação na Unidade Proced. Solicitado: _____ CID Compatível: _____
			Prof. Solicitante: _____ Internação: _____

Assinatura Paciente ou Responsável:

303040092

5068

Carimbo Assinatura - Profissional - SP

Adoniran Moura  
Neurologista  
CRM PI 3745

Dr. Carlos Amos 421201

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Imp: 21/06/2018 15:03:49

(REGISTRAR)

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

<b>Nome:</b> EVANDO LOPES DA SILVA		<b>Prontuário:</b> 261557
<b>Mãe:</b> MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES		<b>Pai:</b> JOSE AIRTON LOPES
<b>End.Resid.:</b> RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARMA - ELESBÃO VELOSO - PI - CEP: 64125-000		
<b>Nascimento:</b> 09/04/1989	<b>Idade:</b> 29a7m12d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> H6- 9478-3763
<b>Responsável:</b> MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES		<b>CNS:</b> 898004027707801
<b>Profissão:</b> LAVRADOR		<b>Documento:</b> RG: 2616165 - SSP
<b>G. Instrução:</b> Médio Incompleto		<b>E.Civil:</b> Concubinato
<b>End.Local.:</b> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 670883	<b>Data:</b> 21/06/2018 14:57:32	<b>Clas. Cor:</b> Indefinido
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> U.S

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

<b>Data/Hora Solicitação:</b> __/__/____	<b>ESPECIALISTA:</b> <i>Neu</i>
<b>MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:</b> <i>TCE</i> <i>GUS</i> <i>TC: HED vertex</i> <i>+ contra Múltipla</i> <i>co: Inten</i>	
<b>Carimbo/Assinatura Solicitante</b>	

**DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_\_\_:**

<b>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</b>
-----------------------------------------

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

<b>Data/Hora Solicitação:</b> __/__/____	<b>ESPECIALISTA:</b>
<b>MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:</b> <i>CONT</i>	
<b>Carimbo/Assinatura Solicitante</b>	

**DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_\_\_:**

<b>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer</b>
-----------------------------------------





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUJ


Rua Dr. Otto Tilio 1929 Redenção - Fone: 96 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017 776 CNEP: 03.322.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 9211 - Em: (26/06/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Referencia:	Leito:	Médico Assistente:													
216951	261557	EVANDO LOPES DA SILVA	CLINICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMARIA 211	LEITO 135	MARCUS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS													
Evolução:		Diagnóstico/Comorbidades:																	
Hora:		TCE - HCU - CONTUSÃO CRANIAL																	
Dieta		Alergias:																	
Seg.:		Descrição-Apresentação/Observação:		Dose:		Unid.:		Via:		Int.:		Recons:		Dil.Vol.:		Horários:		RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:	
1		CLOROTO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO		1,00		Frasco		EV		12/12h								SK: Pt de alto risco	
2		RANITIDINA 25mg/mL, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 8 AD		50,00		mg		EV		8/8h								Sgt. C. Bezerra Jamil - enfermeira CONSEN-91-208-411	
3		DIETONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEBRE		1,00		Ampola		EV		6/6h									
4		BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 8AD EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS		1,00		Ampola		EV		8/8h									
5		HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA		1,00		Ampola		IM		SN									
6		TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6h - EM CASO DE DOR		1,00		Ampola		EV		SN									
7		MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE		1,00		Ampola		EV		SN									
8		CAPTOPRIL 25MG SE PA > 160/110MMHG		2,00		Comprim		Oral		8/8h									
9		FENITOÍNA SÓDICA 100 MG		1,00		Comprim		Oral		8/8h									
10		PROMETAZINA, 25MG/ML, INJ. IM C/2ML.		1,00		Ampola		IM		12/12h									

Observações Gerais: CIRCUNSCRIÇÃO MOTORA E REPRESENTATIVA - SINISTRA V-TAIS AGUARDAR + NEUROLOGIA 2/2

Dr. Ricardo Lopes  
Neurologia  
CRM 51774  
R. 5327 N

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 104824	
	ATH: 2218100380980	

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

<b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUUT	CNES 5828956
<b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b> HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828956

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 996004027707801	NOME DO PACIENTE EVANDO LOPES DA SILVA	NASCIMENTO 09/04/1989	SEXO M	PRONTUÁRIO 261597
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES	RESPONSÁVEL MARIA ADRIANA	
CEP 6432500X	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 5/N
BAIRRO ZONA RURAL	COMPLEMENTO LOCALIDADE	MUNICÍPIO CLESBAO VELOSO	UF P	

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**  
ACIDENTE DE MOTO JÁ 24 H, COM PERDA DA CONSCIÊNCIA E VÔMITO. EVOLUI COM VÔMITOS PERSISTENTES, EPISTAXE, HEMATEMESE, REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA.

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**  
TRATAMENTO DE TCE

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**  
TC DE CRÂNIO + EXAME FÍSICO

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

<b>CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL</b> S06X - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS	<b>CID 10 SECUNDARIO</b>	<b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	---------------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

**COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**  
030304062 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO GRAU MÍDIO

<b>LEITO/CLÍNICA</b> NEUROCIRURGIA		<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b>  RICARDO MARQUES MOURA DE ARAUJO CPF: 95281924320 CRM:	
<b>CARÁTER</b> URGENCIA	<b>DATA SOLICITAÇÃO</b> 21/06/2018		
<b>DATA ADMISSÃO</b> 21/06/2018 14:57	<b>DATA ALTA</b> 26/06/2018 12:31	<b>MOTIVO ALTA</b> MELHORADO	

### CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

### AUTORIZAÇÃO

<b>PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))</b>  MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA CPF: 07095400763 CRM:		<b>NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA</b>  CPF: CRM: DATA ANALISE:	
DATA ANALISE: 21/06/2018 16:52:02			

**ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 9101 - Em: (22/06/2018)**

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clínica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
216951	261557	EVANDO LOPES DA SILVA	CLÍNICA NEUROLOGIA - EVV	ENFERMARIA 211	LEITO 532	RICARDO MARQUES LOPES DE ARAUJO
<p><b>Evolução:</b> <i>Heb amon</i> <b>TCB</b> <b>Q14</b></p> <p><b>Forma:</b> <i>Contus frontal</i></p>						
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Horarios:
<p><b>Dieta</b></p> <p><b>1</b> CLARETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1,00 Frasco EV 12/12h</p> <p><b>2</b> RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML, FAZER 2ML + 8 AD 50,00 mg EV 8/8h</p> <p><b>3</b> DIFENIDOL 50MG/ML, INJ. 2ML, EM CASO DE DOR OU PRURITO 1,00 Ampola EV 6/6h</p> <p><b>4</b> PROMETIDOL 5MG/ML, INJ. 2ML, FAZER 2ML + 8 AD 1,00 Ampola EV 8/8h</p> <p><b>5</b> HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML, EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA 1,00 Ampola IM SN</p> <p><b>6</b> TRANSDOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6h - EM CASO DE DOR INTENSA 1,00 Ampola EV SN</p> <p><b>7</b> MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML, DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4h SE DOR INTENSA 1,00 Ampola EV SN</p> <p><b>8</b> CAPTOPRIL 25MG SE PA&gt;160/110mmHg 2,00 Comprim Oral 8/8h</p> <p><b>9</b> FENITOÍNA SÓDICA 100 MG 1,00 Comprim Oral 8/8h</p>						

Observações Gerais: CAMELEÃO ELEVADA 30° / FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA / 2 KALS V-TABIS REIMPRES / NEUROCHECK 2 1/2 H

*[Handwritten signature]*



Ho Par

NOME DO PACIENTE <b>EVANDRO LOPES</b>		PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA <b>P. 1</b>	ENF. ou APT. <b>211</b>	LEITO <b>138</b>
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <b>TCE - G14 - Hep amn - Coração fraco -</b>		DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:		MÉDICO ASSISTENTE		
ALERGIAS		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES		
1. Dieta <b>3 meses</b>				17:00 PA: 13x8 P.80 <b>Sec. Clara</b>		
2. SF 0,9% 500ml EV 1V <b>218L</b>				<b>06:00</b> <b>sumo de acm</b>		
KCL 10% - 10ml/soro				<b>varrer pelo 20. furo</b>		
3. Ranitidina 1amp + AD EV lento 8/8h						
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h						
5. Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)						
6. Haldol 1amp IM (SOS) se agitação intensa						
7. Fenitoína <b>600</b> VO <b>818L</b>						
8. SSVV 6/6h						
<b>Richards</b>						
<b>42121</b>						

MÉDICO/CRM:



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HIT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1329 Rodagem - Fone: 32 3218 5045  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.817/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVANDRO LOPES DA SILVA** (Frentuário: 284557)  
 Endereço: **RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000**  
 Nascimento: **08/04/1989** Idade: **29a4m24d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **676400**  
 Requisição: **858886** Solicitação: **27/07/2016** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**  
 Controle: **1052798** Comentário: **S U S**

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040835

Data Exame: 27/07/2016

### OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente desalinhada na diáfise da clavícula.
- Aumento de volume de partes moles.

(ASSINAR ATENDIMENTO)

TERESINA - PI 03/08/2016

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341  
 Profissional Responsável

*[Handwritten signature and stamp]*



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HNT**  
 Rua Dr. Otton Alencar 1920 - Adangio - Fone: 32 2414 4443  
 TERESINA-PI CEP: 64017-170 CNPJ: 05.522.317/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVARDO LOPES DA SILVA** (Prontuário 284557)  
 Endereço: **RUA MARCOS PARENTE S/N - PIÇARRA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000**  
 Nascimento: **09/04/1989** Idade: **29/28/139** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **670653**  
 Regulação: **846790** Solicitação: **21/08/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**  
 Contrato: **1049912** Convênio: **S U S**

### RELATÓRIO:

Cod. CIA: 0208018079

Data Exame: 21/08/2018

### T.C. DE CRÂNIO

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

### RELATÓRIO:

- FRATURAS CRANIANAS BIPARIETAIS NA ALTA CONVEXIDADE, COM DIÁSTASE DA SUTURA CORONAL, E ESTENDENDO-SE PARA REGIÃO TEMPORAL À DIREITA E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA DIREITA.
- HEMATOMA EXTRA-AXIAL AGUDO NA ALTA CONVEXIDADE, COM FOCOS GASOSOS DE PERMEIO.
- HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR AGUDO PARIETAL POSTERIOR À ESQUERDA.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS NOS LOBOS TEMPORAL E PARIETAL ESQUERDOS.
- FRATURAS EM SEIOS MAXILAR E ESPENOIDAL DIREITOS, COM HEMUSSINUS.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

LIQDAD. ANTERIOR:

TERESINA - PI 22/08/2018

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 035.282.033-33 CRM 2853

Profissional Responsável

Recebido em 22/08/2018  
 RUA DR. OTTON ALENCAR 1920  
 ADANGIO - TERESINA - PI  
 CEP: 64017-170  
 CNPJ: 05.522.317/0022-02

*[Assinatura manuscrita]*



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1878 - Radiação - Fone: 35 3218 5443  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.822.817/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVANDRO LOPES DA SILVA** (Frontal: 281557)  
 Endereço: RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELESEAD VELOSO - PI CEP: 64325-000  
 Nascimento: 08/04/1989 Idade: 29aAnos Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 579733  
 Regulação: 665117 Solicitação: 17/08/2018 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA  
 Controle: 1070635 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010078

Data Exame: 17/08/2018

### T.C. DE CRÂNIO

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

### RELATÓRIO:

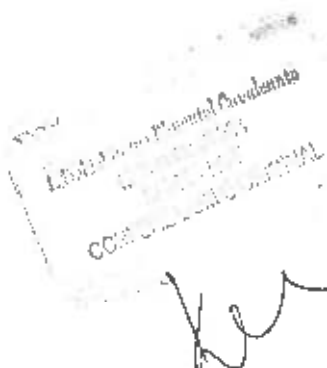
- LESÃO INTRA-AXIAL HIPODENSANÃO EXPANSIVA, CORTICO-SUBCORTICAL, NA ALTA CONVEXIDADE PARIETAL ESQUERDA, CONSIDERAR POSSIBILIDADE DA CONTUSÃO PARENQUIMATOSA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LDO ANTÔNIO)

TERESINA - PI 17/08/2018

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591  
 Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1823 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64011-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **EVANDO LOPES DA SILVA** (Prontuário: 261557)  
 Endereço: RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000  
 Nascimento: 09/04/1989 Idade: 29a2m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 670883  
 Requisição: 848790 Solicitação: 21/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 1049812 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 21/06/2018

**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 CRANIANAS BIPARIETAIS NA ALTA CONVEXIDADE, COM DIÁSTASE DA SUTURA CORONAL, E ESTENDENDO-SE PARA REGIÃO TEMPORAL À DIREITA E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA DIREITA.
- HEMATOMA EXTRA-AXIAL AGUDO NA ALTA CONVEXIDADE, COM FOCOS GASOSOS DE PERMEIO.
- HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR AGUDO PARIETAL POSTERIOR À ESQUERDA.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS NOS LOBOS TEMPORAL E PARIETAL ESQUERDOS.
- FRATURAS EM SEIOS MAXILAR E ESFENOIDAL DIREITOS, COM HEMOSSINUS.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/06/2018

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Ovídio Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3213 5445

TERESINA-PI CEF: 84017-770 CNPJ: 06.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **EVANDO LOPES DA SILVA** (Prontuário: 261557)  
 Endereço: RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64326-000  
 Nascimento: 09/04/1989 Idade: 29a4m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 679733  
 Requisição: 865117 Solicitação: 17/08/2018 Solicitante: CLERISTON SILVA MOURA  
 Controle: 1070635 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 17/08/2018

**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:**

- LESÃO INTRA-AXIAL HIPODENSE, NÃO EXPANSIVA, CORTICO-SUBCORTICAL, NA ALTA CONVEXIDADE PARIETAL ESQUERDA. CONSIDERAR POSSIBILIDADE DA CONTUSÃO PARENQUIMATOSA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 17/08/2018

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**

CPF: 462.797.253-91 CRM-PI 2591

Profissional Responsável





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Elesbão Veloso  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

RECEITUÁRIO

Paciente: EVANDRO LOPES DA SILVA  
Endereço: \_\_\_\_\_

Paciente vítima de acidente  
motociclístico onde veio a  
fraturar clavícula direita após  
avaliação fisioterapêutica  
observar má formação de  
calo ósseo em comparação com  
o membro contralateral com  
quantitativa redução funcional  
em 10% no seu membro afetado

Danilo José Alves de Souza  
Fisioterapeuta  
CREFITO-192084-6 64700130

Data: 09/07/19

Danilo José Alves de Souza  
Assinatura



HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA  
ELESBÃO VELOSO - PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA (HENMOURA)  
Avenida Benício Alves da Silva, 577 - Centro  
Fone/Fax: (86) 3285-1133 CEP 64.325-000 - Elesbão Veloso-PI  
CNPJ: 06.553.564/001290 e-mail: hospulosestadoveloso@hotmail.com



GOVERNO  
DO PIAUÍ

## RECEITUÁRIO

PI: Elesbão Veloso do Alencar  
END.: \_\_\_\_\_

Atestado médico

Declaro para os devidos fins  
que o paciente sofreu acidente de  
trabalho, com duas lesões no  
ombro, mantendo-se afastado  
de sua atividade laboral com  
cartão em anexo.



07/07/19

Thiago Nogueira da Cruz  
MÉDICO  
CRM-PI 6808  
CRM-MA 9776

S-704606295669123

HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA  
ELISBÃO VELOSO - PIAUÍGOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA (HENM)Avenida Benício Alves da Silva, 5771 Centro  
Fone/Fax: (86) 3285-1133 Cep.: 64.325-000 - Elisbão Veloso-PI  
CNPJ: 08.553.564/0012-90 E-MAIL: hospitalnorbertomoura@hotmail.com

## FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

## PRONTO SOCORRO

09/04/1989

NOME DO PACIENTE:		IDADE
André Lopes da Silva		29a
ENDERECO:	CIDADE	UF
Rua Santa Maria	Elisbão Veloso	PI
CPF:	RG:	
051.247.853-81	2616165	
NOME DO PAI:		
José Dionísio Lopes		
NOME DA MÃE:		
Mônica Adriana Pereira da Silva Lopes		
DADOS CLÍNICOS		
- Acusado de ser portador de Exantema súbito, Febre, Exantema cutâneo difuso, Edema ocular difuso, Hecoligado no que significa avaliação, glagou 12		
DIAGNÓSTICO		
- Trauma moderado		
DATA	ASS. CARIMBO DO MÉDICO	
20/06/18	Dr. Osmar Silva A. F. Médico CRM-PI 6457 ASS. CARIMBO DO MÉDICO	



COEFERE CO. O QUINA.

11.07.18  
Assinar



SUS 704606195669-13  
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA  
ELEIRÃO VELOSO - PIAUÍ

PA-140110  
508-92  
PI. 119  
R. 155 29a



0910410289

PRONTO SOCORRO

NOME:	Guandio Lopo da Silva
ENDEREÇO:	Rua Santa Maria 18, Vilas
DADOS CLÍNICOS:	Paciente acidentado pelo parafuso Ficou com o joelho direito, F.F.T., Edema Ombro Direito, Alcolizado, Glasgow 12 de vigência.
DIAGNÓSTICO:	- Observação
DATA	20/06/18
	Dr. Osimar Silva A. Filho CRM-PI 6457 MÉDICO

CONFERE COM O ORIGINAL

Notária M<sup>a</sup> de Jesus Rêgo

22/08/2018

PI CORRETORA  
DE SEGUROS

DPVAT



Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro  
Fone: (86) 3285 1133 - Elesbão Veloso - PI  
CNPJ - 06.553.564/0012-90



REQUISIÇÃO DE EXAMES

CARIMBO DA U.S  
SOLICITANTE

NOME <i>André Lage da Silva</i>					Nº DO PRONTUÁRIO	
CIDADE <i>Elesbão Veloso</i>			BAIRRO		MUNICÍPIO <i>Elesbão Veloso</i>	UF <i>PI</i>
CLÍNICA	ENFERMARIA/LEITO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MAS. <input type="checkbox"/> FEM.	DATA DA ÚLTIMA MENSTRUUAÇÃO	Nº GESTAÇÃO	TIPO DE PARTO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FORCEPS <input type="checkbox"/> CESÁREA <input type="checkbox"/> OUTROS
OS CLÍNICOS <i>Acidentado não</i>						
EXAMES SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS) <i>Rx Torax PA e perfil e ombro direito</i>						
ASSINATURA DO PACIENTE RESPONSÁVEL				DATA <i>20/06/18</i> <i>Dr. Osmar Silva A. Nogueira</i> <i>Méico</i> <i>CRM PI 6457</i>		
				MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)		

CONFERE COM O ORIGINAL.

*Natália Mª de Jesus Rocha*  
*22/08/2018*

## PREScrições Médicas e Controle de Aplicação

### EDO PACIENTE



**Nº DO REGISTRO**

## A DA ADMISSÃO

## ENFILEITO

John de Silva

20106118

06

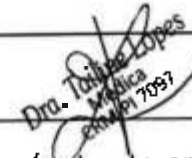
## PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

MEDICAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM
65% 100ml / dia (5%)	1 - 12:30h (10)	As 12:30h. Pac. deu entrada na clínica.
1 - 12 + 12:30 - 13:00	2 - ( )	em observação por 12h. Osmar Silva
med 12:30 + 12:30 50.0g (5%)	3 - 12:30	tema de queda de molécula. Traçado p
opum Comp. 12:30 + 12:30 (5%)	4 - 12:30	5AMU bastante agitado com reações
osminda 12:30 + 12:30 (5%)	5 - 12:30	no joelho direito, edema ocular direito
am 12:30 + 12:30 (5%)	6 - 12:30	reações em ombro PA-170x110 GE 155
hidina 12:30 + 12:30 (5%)	7 - 12:30	ang 12:30 5.4 97.4. Ec 119
opinda 12:30 + 12:30 (5%)	8 - 12:30	As 18:25h. PA-130x90 mmHg
de PA-12:30	9 - 12:30	As 23:10h. PA-160x120 mmHg.
1 - 12:30	10 - 12:30	Quemais capilar 160 mg/l de sangue.
1 - 12:30	11 - 12:30	As 23:20h. Paciente agitado com episódios
Dr. Osmar Silva	12 - 12:30	de vômitos e vômitos graves e alterados. Comuns
CRP 16457		do intestino. Paciente encontrado com vômito, 10%: verga
1 - 12:30		do ambiente, abdomen flácido e indolente. Pacien
de 12:30 + 12:30		realizar 12:30. Paciente 12:30.
Dr. Osmar Silva		administrado medicação prescrita.

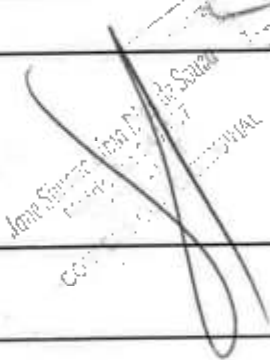


**DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

DA UNIDADE <i>HEM Moura</i>	PARA A UNIDADE AUT <i>ID: 30687</i> <i>264641876 - autorização</i>
PACIENTE <i>Elvando Lopes da Silva</i>	REGISTRO
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO <i>Idade: 13      TC: 100 bpm</i> <i>PA: 150/90 mmHg      FR: 20 rpm</i> <i>Paciente vítima de acidente motociclístico há aproximadamente 24 horas.</i> <i>com histórico de perda de consciência e vômitos no momento do ocorrido. Exclui-</i> <i>do de uma rotacão, equimose periorbitária direita, vários episódios de vômito e</i> <i>um episódio de hematemese e epistaxe.</i>	
DATA <i>21 / 06 / 2018</i>	 Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

**FICHA DE RETORNO**

DA UNIDADE	PARA A UNIDADE	12 JUL 2018
		DPVAT
		 Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo
DATA ____ / ____ / ____		

**OBSERVAÇÃO:**

- Este formulário deverá ser preenchido em duas vias.
- Retornar uma via caso o paciente retorne à unidade de origem.

MEDICAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM
Furosemida 40mg + 100ml	23:00	ds 6:30h Paciente apete agitado, desidratado, repouso dos abdômen, perdas equlibrio, muita sede, abdome m moderado, sem manuseio. ad. com m m a
Dr. Osmar Silva A. Filho CRM 116457		Unidade, apresentava medicação
Furosemida 40mg + 100ml 8/8h 5/12	06:30	admitido, 17A: 180x130x44mmHg
Captopril 25mg 100ml 8/12		08:30 Paciente por apete tuficico
Dr. Osmar Silva A. Filho CRM 116457		HV e nuticao em repouso. com
Salicilo Paracetamol Paciente		As 8:25 p/a: 120x70mmHg. Edific A
apresenta sinais de vômitos,		At 14:00h - Pte. vítima de acidente motorci
Pericardio, Perda de equilíbrio		aproximadamente 24 horas com história de p
colapso, Encomenda Toraxica,		ênfise e vômito no momento do acidente. Encl
Perdas de equilíbrio para		noventocap, vômito apaidio de vômito e m a
muito anabaxia		de hematóx e epistaxe. TRANSFERIDO para
Dr. Osmar Silva A. Filho CRM 116457		30684, Autorigação 264641876. Vedu



HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

COOPERADORA  
DE SEGUROS  
12 JUL 2019  
DPVAT

NOME DO PACIENTE: Evandro Lopes da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 961557

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



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Rodenão - Fone: 86 3215 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 21/06/2018 15:03:49

(Unidade): HUT-TERESINA

(Estação): BECEFC002

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>EVANDO LOPES DA SILVA</b>		Prontuário: <b>261557</b>	
Mãe: <b>MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES</b>	Pai: <b>JOSE AIRTON LOPES</b>		
End. Resid.: <b>RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELISDAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000</b>			
Nascimento: <b>09/04/1989</b>	Idade: <b>29a2m12d</b>	Sexo: <b>Masculino</b>	Fone: <b>86- 9478 3763</b>
Responsável: <b>MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES</b>	CNS: <b>898004027707801</b>		
Profissão: <b>LAVADOR</b>	CPF: <b>* RG: 2616165 - SSP</b>		
G. Instrução: <b>Médico Incompleto</b>	E. Civil: <b>Combinato</b>		
End. Local.: <b>- - -</b>			

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>670883</b>	Data: <b>21/06/2018 14:57:32</b>	Condução: <b>AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTER OR</b>	
Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b>		Convênio: <b>S U S</b>	
Cid. Trab.: <b>Não</b>	Trajetos?: <b>Não</b>	Tipico: <b>Não</b>	CID Secundário: <b>V299</b>

DADOS CLÍNICOS: **15:10h.**

Paciente vítima de acidente de motocicleta, trazida pelo SAMU, disorientado, mais de 24h.

(A) Vias aéreas patentes, s/corção cervical e precária

(B) MVE, s/ sinais adventícios

(C) S/sangramento evidente, abdome hipotímico a palpar

(D) Consciente, desorientado, ECG-12, isocôico, focos de DPVAT

(E) hemidemia parietal (D); fratura de fonte e olhos zigomáticos p. MSD e inferior

PA: **110/70** X **70** mmHg Pulso: **90** FC: **90** bpm Temp.: **36,5**

Diagnóstico Inicial:

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Soluções TC de crânio  
- Soluções pênico de punocunção

HUT DE TERESINA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME TC de crânio

DATA: 21.06.18 15:54

Belo

ALTA: <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Por Evasão <input type="checkbox"/> A Pedido		<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origin: _____ <input type="checkbox"/> Transferência: _____ DATA SAÍDA: <b>21/06/18</b> HORA: <b>15:54</b> <input type="checkbox"/> Internação na Unidade Proced. Solicitado: _____ CID Compatível: _____ Prof. Solicitante: _____ Internação: _____	
ÓBITO: <input type="checkbox"/> Até 24 hs <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> De 24 a 48 hs <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Após 48 hs <input type="checkbox"/> Anat. Patol.		DESTINO: _____ Prof. Solicitante: _____ Internação: _____	

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - DE

303040092

5068

Adoniran Moura  
Urologista Cirurgião  
CRM PI 3745

Dr. Paulo Alves 421201

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

RUA DR. OLTO TITO 1320 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**

Imp: 21/06/2018 15:03:49

(REGISTRAR)

**DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> EVANDO LOPES DA SILVA		<b>Prontuário:</b> 261557
<b>Mãe:</b> MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES	<b>Pai:</b> JOSE AIRTON LOPES	
<b>End.Resid.:</b> RUA MARCOS PARENTE SN - FICARPA - FLESBRAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000		
<b>Nascimento:</b> 09/04/1989	<b>Idade:</b> 29a2m12d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86- 9478-3763
<b>Responsável:</b> MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES	<b>CNS:</b> 898004027707801	
<b>Profissão:</b> LAVRADOR	<b>Documento:</b> RG: 2616165 - SSP	
<b>G. Instrução:</b> Médico Incompleto	<b>E.Civil:</b> Concubinato	
<b>End.Local.:</b> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 670883	<b>Data:</b> 21/06/2018 14:57:32	<b>Clas. Cor:</b> Indefinido
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> S C S

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

<b>Data/Hora Solicitação:</b> __/__/__	<b>ESPECIALISTA:</b> <i>Nei</i>
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b> <i>TCE</i> <i>Gir</i> <i>TC: HED vertex</i> <i>+ contra Múltipla</i> <i>co: Inten</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

**DADOS DO PARECER:** Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_

<i>12/201</i>
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

<b>Data/Hora Solicitação:</b> __/__/__	<b>ESPECIALISTA:</b> <i>12 JUL 2019</i>
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b> <i>DPVAT</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

**DADOS DO PARECER:** Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_

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



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HU  
Rua Dr. Otilio Tito 1820 Redenção - Fone: R6 3218 5445  
TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.927/0002-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 9211 - Em: (26/06/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
216951	261557	EVANDO LOPES DA SILVA	CLINICA NEUROLOGICA - P07	ENFERMARIA 201	LEITO 135	MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS			
Evolução:			Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:				
Hora:					TCE MED + CONTAGEM LAMINAR				
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recores:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA.								SA: RG de alta inspecionada
1	CIORETO DE SÓCIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Exsoco	EV	12/12h				SA: RG de alta inspecionada
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FALAR 2ML + B AD	50,00	mg	EV	8/8h				SA: RG de alta inspecionada
3	DIPLODIA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEVER	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		SA: RG de alta inspecionada
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FALAR 2ML + B AD EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h		AD		SA: RG de alta inspecionada
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMB 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	SN				SA: RG de alta inspecionada
6	TRAMADOL 100MG/2ML, INJETÁVEL. FALAR EM 100ML SF 0,9% EV 6/6h - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	8h		SF 0,9%		SA: RG de alta inspecionada
7	MORFINA, 10MG/ML, INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN		AD		SA: RG de alta inspecionada
8	CAPTOPRIL 25MG SE P.O. 160/110MMHG	2,00	Comprim	ORAL	8/8h				SA: RG de alta inspecionada
9	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG	1,00	Comprim	ORAL	8/8h				SA: RG de alta inspecionada
10	PROPRATIINA, 25MG/ML, INJ. IM C/2ML.	1,00	Ampola	IM	12/12h				SA: RG de alta inspecionada

Observações Gerais: CARCELISA EVANDU 36° + FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA + SINAIS VITAIS REGULARES + NEUROLOGIA 2/2 H

Dr. Ricardo Lopes  
Neurologista  
CRM 22774  
RUB 523

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 104824  
AIH: 2218100380980

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUUT

CNES

5828856

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUUT

CNES

5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

89809-02707801

NOME DO PACIENTE

EVANDO LOPES DA SILVA

NASCIMENTO

09/04/1989

SEXO

M

PRONTUÁRIO

261337

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES

RESPONSÁVEL

MARIA ADRIANA

CEP

64325000

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

S/N

BAIRRO

ZONA RURAL

COMPLEMENTO

LOCALIDADE

MUNICÍPIO

CLESBAO VELOSO

UF

PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE DE MOTO HÁ 24 H, COM PERDA DA CONSCIÊNCIA E VÔMITO. EVOLUI COM VÔMITOS PERSISTENTES, PISTAXE, HEMATÊMESE, REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA.

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO DE TCE

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TC DE CRÂNIO - EXAME FÍSICO

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S058 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0383(40)092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAU MÉDIO

LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

21/06/2018

RICARDO MARQUES LOPES DE ARAUJO

CPF: 95281934320

CRM:

DATA ADMISSÃO

21/06/2018 14:57

DATA ALTA

26/06/2018 12:51

MOTIVO ALTA

MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR

NATUREZA DA LESÃO

## AUTORIZAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA

CPF: 07479400567

CRM:

DATA ANÁLISE: 21/06/2018 16:37:52

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - DT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-710 CNPJ: 05.522.917/0022-02

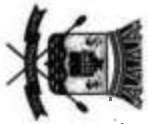
PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 9101 - Em: (22/06/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
216951	261557	EVANDO LOPES DA SILVA	CLÍNICA NEUROLOGIA - 207	ENFERMARIA 211	LEITO 432	RICARDO MARQUES LOPES DE ARAUJO				
Evolução:	HEG <i>concomitante</i> - TCE - <u>Alc</u>									
Hora:										
Seq.:	Descrição Apresentação/Observação	Yst: Nutricionista	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Rotativos:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA,	Enes M. LUSO	1000ml	Fraco	EV	12/12h				14h - Paciente acordado AUP M.S.E.
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO)	CRN: 216421	1,00	Fraco	EV	12/12h				14h - Paciente acordado AUP M.S.E.
2	BANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.		50,00	mg	EV	8/8h				
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Ampola	EV	6/6h				
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Ampola	EV	8/8h				
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML.		1,00	Ampola	IM	SN				
6	TRAPADOL 100MG/2ML INJETÁVEL		1,00	Ampola	EV	SN				
7	MORFINA, 10MG/ML, INJ. C/1ML.		1,00	Ampola	EV	SN				
8	CAPTORIL 25MG		2,00	Comprim	Oral	8/8h				
9	PARALINOL 100 MG		1,00	Comprim	Oral	8/8h				

Observações Gerais: CAPACIDADE ELIMINAD 30% / FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA / SINAIS VITAIS REGULARES / NEUROLOGIA 2/2 R

*Ricardo Lopes*  
RICARDO MARQUES LOPES DE ARAUJO  
CRM: 69327 MA



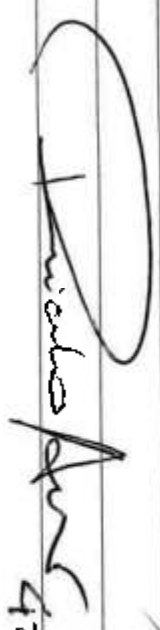


PREFEITURA DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Hoje



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
EVANDRO LOPES					P. 1	211	138
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES				MÉDICO ASSISTENTE			
Tce - Gila - 1º EP - Cordeiro final -							
ALERGIAS							
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES			
				17:00 PA. 13 x 8 P. 80. Tce Clara			
				06:00 Sumenado acentuado			
				venoso pelo 20. furo			
1. Dieta <u>3x3x3</u>							
2. SF 0,9% 500ml EV 1v 3x8L							
KCL 10% - 10ml/soro							
3. Ranitidina 1amp + AD EV lento 8/8h							
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h							
5. Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)							
6. Haldol 1amp IM (SOS) se agitação intensa							
7. Fenitoína 100mg 8x8L							
8. SSV 6/6h							
							
Ricardo Alves							
42123							

MÉDICO/CRM:



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - H.U.T

Rua Dr. Otton Tito 1370 Rodagem - Fone: 36 2113 5045

TERESINA-PI CEP: 64017-776 CNPJ: 03.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVANEO LOPES DA SILVA** (Fracturário: 281557)  
 Endereço: **RUA MARCOS PARENTE SM - PIÇARRA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000**  
 Nascimento: **09/04/1989** Idade: **29a4m24d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **576400**  
 Requisição: **058886** Solicitação: **27/07/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**  
 Controle: **1062798** Comênio: **S U S**

## RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exatn: 27/07/2018

## OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente desalinhada na diáfise da clavícula.
- Aumento de volume de partes moles.

(LIMBRE ATENDIDO)

TERESINA - PI 03/08/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.913.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



*[Handwritten signature and notes]*



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HHT**  
 Rua Dr. Ottonílio 1000 - São João - Fone: (085) 3218 3445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.327.517/0027-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVANDIO LOPES DA SILVA** (Fronteira 261557)  
 Endereço: **RUA MARCOS PARENTE SM - PIÇARRA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000**  
 Nascimento: **08/04/1989** Idade: **29a2m13d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **570853**  
 Registro: **846790** Solicitação: **21/06/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**  
 Controle: **1049912** Convênio: **SUS**

### RELATÓRIO:

Cod. CIA: 0206010079

Data Exame: 21/06/2018

### T.C. DE CRÂNIO

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

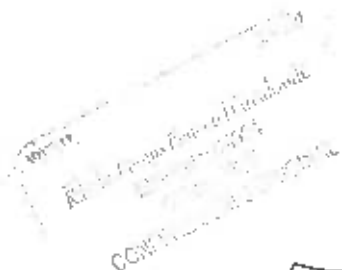
### RELATÓRIO:

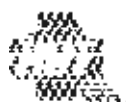
- FRATURAS CRANIANAS BIPARIETAIS NA ALTA CONVEXIDADE, COM DIÁSTASE DA SUTURA CORONAL, E ESTENDENDO-SE PARA REGIÃO TEMPORAL À DIREITA E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA DIREITA.
- HEMATOMA EXTRA-AXIAL AGUDO NA ALTA CONVEXIDADE, COM FOCO GASOSO DE PERMEIO.
- HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR AGUDO PARIETAL POSTERIOR À ESQUERDA.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS NOS LOBOS TEMPORAL E PARIETAL ESQUERDOS.
- FRATURAS EM SEIOS MAXILAR E ESFENOIDAL DIREITOS, COM HEMOSSINUS.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

LIDIA G. ANTONIO;

TERESINA - PI 22/06/2018

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**  
 CPF: 559.029.603-30 CRM 2353  
 Profissional Responsável





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1828 - Sadequão - Fone: 36 3718 3445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0001-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVANDO LOPES DA SILVA** (Prestador: 261557)  
 Endereço: **RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELESAO VELOSO - PI CEP: 64325-000**  
 Nascimento: **09/04/1989** Idade: **29a4m3d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **579733**  
 Requisição: **065117** Solicitação: **17/08/2018** Solicitante: **CLERISTON SILVA MOURA**  
 Controle: **1070535** Convênio: **S U S**

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010079

Data Exatna: 17/08/2018

### T.C. DE CRÂNIO

**TÉCNICA:** Foram realizados cortes axiais de 6 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canio-meatal.

### RELATÓRIO:

- LESÃO INTRA-AXIAL HIPODENSANÃO EXPANSIVA, CORTICO-SUBCORTICAL, NA ALTA CONVEXIDADE PARIETAL ESQUERDA, CONSIDERAR POSSIBILIDADE DA CONTUSÃO PARENQUIMATOSA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

[ROD ANTÔNIO]

TERESINA - PI 17/08/2018

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**

CPF: 452.797.253-91 CRM-PI 2591  
 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: **EVANDO LOPES DA SILVA** (Prontuário: 261557)  
 Endereço: RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 84325-000  
 Nascimento: 09/04/1989 Idade: 29a2m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 670883  
 Requisição: 848790 Solicitação: 21/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 1049912 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 21/06/2018

**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 CRANIANAS BIPARIETAIS NA ALTA CONVEXIDADE, COM DIÁSTASE DA SUTURA CORONAL, E ESTENDENDO-SE PARA REGIÃO TEMPORAL À DIREITA E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA DIREITA.
- HEMATOMA EXTRA-AXIAL AGUDO NA ALTA CONVEXIDADE, COM FOCOS GASOSOS DE PERMEIO.
- HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR AGUDO PARIETAL POSTERIOR À ESQUERDA.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS NOS LOBOS TEMPORAL E PARIETAL ESQUERDOS.
- FRATURAS EM SEIOS MAXILAR E ESFENOIDAL DIREITOS, COM HEMOSSINUS.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/06/2018

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

CORRETORA  
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Elesbão Veloso  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

RECEITUÁRIO

Paciente: EUANORO LOPES DA SILVA  
Endereço: \_\_\_\_\_

Paciente vítima de acidente  
motociclístico onde veio a  
fraturar clavícula direita após  
avaliação fisioterapêutica  
observar má formação de  
calo ósseo em comparação com  
o membro contralateral com  
quantitativa redução funcional  
em 10% no seu membro afetado

Danilo José Alves de Souza  
Fisioterapeuta  
CREFITO-192084-E 647mg/10

Data: 09/07/19

Danilo José Alves de Souza  
Assinatura



HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA  
ELESBÃO VELOSO - PIAUÍ

GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA (HENMOURA)  
Avenida Benício Alves da Silva, 577 - Centro  
Fone/Fax: (86) 3285-1133 CEP 64.325-000 - Elesbão Veloso-PI  
CNPJ: 06.553.564/001290 e-mail: hospulosestadoveloso@hotmail.com



GOVERNO  
DO PIAUÍ

## RECEITUÁRIO

PI: Elesbão Veloso do Alencar  
END.: \_\_\_\_\_

Atestado médico

Declaro para os devidos fins  
que o paciente sofreu acidente de  
trabalho, com duas lesões no  
ombro, mantendo-se afastado  
de sua atividade laboral com  
cartão em anexo.



07/07/19

Thiago Nogueira da Cruz  
MÉDICO  
CRM-PI 6808  
CRM-MA 9776



S-704606295669123

HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA  
ELISBAO VELOSO - PIAUÍGOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA (HENM)Avenida Benício Alves da Silva, 5771 Centro  
Fone/Fax: (86) 3285-1133 Cep.: 64.325-000 - Elisbão Veloso-PI  
CNPJ: 06.553.564/0012-90 E-MAIL: hospitalnorbertomoura@hotmail.com

## FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

## PRONTO SOCORRO

09/04/1989

NOME DO PACIENTE: <i>André Lopes da Silva</i>		IDADE <i>29a</i>
ENDERECO: <i>Rua Santa Maria</i>		CIDADE <i>Elisbão Veloso</i>
CPF: <i>051.247.853-81</i>	RG: <i>2616165</i>	UF <i>PI</i>
NOME DO PAI: <i>José Dionísio Lopes</i>		
NOME DA MÃE: <i>Maria Adriana Pereira da Silva Lopes</i>		
DADOS CLÍNICOS <i>- Acusado de ser portador de Exantema genito-erecto, FSD, Exantema ombro direito, Edema ocular direito, ilaco ligado no que significa avaliação, flangou 12</i>		
DIAGNÓSTICO <i>- Trauma moderado</i>		
DATA <i>20/06/18</i>	Dr. Osmar Silva A. F. Médico CEM-PI 6457 ASS. CARIMBO DO MÉDICO	



COEFERE CO. O QUINA.

11.07.18  
Assinar



SUS 704606195669-13  
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA  
ELEIRÃO VELOSO - PIAUÍ

PA-140110  
508-92  
PI. 119  
R. 155 29a



0910410289

PRONTO SOCORRO

NOME:	Guandio Lopo da Silva
ENDEREÇO:	Rua Santa Maria 18, Vilas
DADOS CLÍNICOS:	Paciente acidentado pelo parafuso Ficou com o joelho direito, FET, Edema Ombro Direito, Alcolizado, Glasgow 12 de consciência.
DIAGNÓSTICO:	- Observação
DATA	20/06/18
	Dr. Osimar Silva A. Filho CRM PI 6457 MÉDICO

CONFERE COM O ORIGINAL

Notária M<sup>a</sup> de Jesus Rêgo

22/08/2018

PI CORRETORA  
DE SEGUROS

DPVAT



Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro  
Fone: (86) 3285 1133 - Elesbão Veloso - PI  
CNPJ - 06.553.564/0012-90



REQUISIÇÃO DE EXAMES

CARIMBO DA U.S  
SOLICITANTE

NOME <i>André Lage da Silva</i>					Nº DO PRONTUÁRIO	
CIDADE <i>Elesbão Veloso</i>			BAIRRO		MUNICÍPIO <i>Elesbão Veloso</i>	UF <i>PI</i>
IDADE	ENFERMARIA/LEITO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MAS. <input type="checkbox"/> FEM.	DATA DA ÚLTIMA MENSTRUUAÇÃO	Nº GESTAÇÃO	TIPO DE PARTO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FORCEPS <input type="checkbox"/> CESÁREA <input type="checkbox"/> OUTROS
OS CLÍNICOS <i>Acidentado não</i>						
EXAMES SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS) <i>Rx Torax PA e perfil e ombro direito</i>						
ASSINATURA DO PACIENTE RESPONSÁVEL				DATA <i>20/06/18</i> <i>Dr. Osmar Silva A. Neto</i> <i>Méico</i> <i>CRM PI 6457</i>		
				MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)		

CONFERE COM O ORIGINAL.

*Natália Mª de Jesus Rocha*  
*22/08/2018*

*Nativo*  
201006118

# PRESCRIÇÕES MÉDICAS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

ED DO PACIENTE

Ido *João da Silva*

Nº DO REGISTRO

DATA DA ADMISSÃO

ENFILETO

20106118

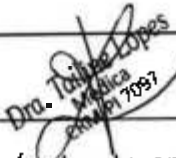
045

## PACIENTE EM OBSERVAÇÃO

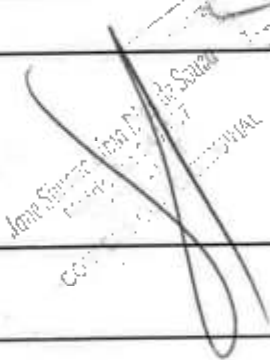
MEDICAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM
ESZ 1000mg/dia (50)	1. 12:30h (10) 2. ( )	As 12:30h. Pac. deu entrada no hospital em observação por 12a Obra de Silveira. Sinais de queda de motricidade. Trazendo 5AMU bastante agitado com reações no joelho direito, edema ocular direito. medicações em anexo. PA-170x110. GC-155. org 12.54. 974. FC-119.
PA + vit c no Soro	3. 14:00h (40) 4. 16:00h (40)	As 18:30h. PA-130x90 mmHg. AS 25x10h. PA-160x120 mmHg.
Asm Comp 4mg + 20 (50) 1ml 2.50	5. 18:00h (50)	Quemais capilar 160mg/ml. 60340. AS 2320h. Paciente apresenta dor epigástrica, vômitos e refluxo gastroesofágico. Comuns do médico. Paciente encontra-se consciente, lúcido, respirando em ambiente, abdome flácido e indolente. Sem sinais de desidratação. 13. 14:00h (40).
Asm Comp 4mg + 20 (50) 1ml 2.50	6. 19:00h (50)	
Asm Comp 4mg + 20 (50) 1ml 2.50	8. 21:00h (50)	
Asm Comp 4mg + 20 (50) 1ml 2.50	9. 22:00h (50)	
Asm Comp 4mg + 20 (50) 1ml 2.50	10. 23:00h (50)	
Asm Comp 4mg + 20 (50) 1ml 2.50	11. 00:00h (50)	
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 416457		
Dr. Osimar Silva A. Filho		
CRP 41		

**DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

DA UNIDADE <i>HEN Moura</i>	PARA A UNIDADE AUT <i>ID: 30687</i> <i>264641876 - autorização</i>
PACIENTE <i>Elvando Lopes da Silva</i>	REGISTRO
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO <i>Idade: 13      TC: 100 bpm</i> <i>PA: 150/90 mmHg      FR: 20 rpm</i> <i>Paciente vítima de acidente motociclístico há aproximadamente 24 horas.</i> <i>com histórico de perda de consciência e vômitos no momento do ocorrido. Evolui</i> <i>cl. desorientação, equimose periorbitária direita, vários episódios de vômito e</i> <i>um episódio de hematemese e epistaxe.</i>	
DATA <i>21 / 06 / 2018</i>	 Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

**FICHA DE RETORNO**

DA UNIDADE	PARA A UNIDADE	12 JUL 2018
		DPVAT
		 Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo
DATA ____ / ____ / ____		

**OBSERVAÇÃO:**

1. Este formulário deverá ser preenchido em duas vias.
2. Retornar uma via caso o paciente retorne à unidade de origem.

MEDICAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM
Furosemida 40mg + 100ml	23:00	ds 6304 Paciente após agitação, desorientado, repulso do abdome por ser equívoco, muita sede, abdome moderado, sem mais. ad. com urina e
Dr. Osmar Silva A. Filho CRM 116457		Unidade, apresentou medicação
Furosemida 40mg + 100ml 5/8h 5/12	06:00	admitido, 17A: 180/130 de m. de
Captopril 25mg 100ml 5/12		088: Paciente por após tufos com
Dr. Osmar Silva A. Filho CRM 116457		HV e nutria em repulso. com
Salicilo Pericardiose Paciente		As 8:25 p.m. 120 x 70 mm Hg. Edema A
apresentou episódio vômitos,		At 14:00 hr - Pte. vítima de acidente motorcel
Pericardiose, Pericardiose Equívoco		aproximadamente 24 horas com história de pe
colúrio Encarnado Torção,		ênfise e vômito no momento do acidente. Encl
Pericardiose abdominal para		novotocação, vômito apócrico de vômito e um a
medic. analgésico		de hematóxime e epistaxe. TRANSFERIDO para
Dr. Osmar Silva A. Filho CRM 116457		30684, Autópsia 264641876. Vênula, fútil



HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

COOPERADORA  
DE SEGUROS  
12 JUL 2019  
DPVAT

NOME DO PACIENTE: Evandro Lopes da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 961557

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



ACURACIA



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otilio Tito 1820 Rodenão - Fone: 86 3215 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 21/06/2018 15:03:49

(Unid: HUG-TERESINA)

(Estudo: B22EFC7002)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: <b>EVANDO LOPES DA SILVA</b>		Prontuário: <b>261557</b>
Mãe: <b>MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES</b>	Pai: <b>JOSE AIRTON LOPES</b>	
End. Resid.: <b>RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELSDAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000</b>		
Nascimento: <b>09/04/1989</b>	Idade: <b>29a2m12d</b>	Sexo: <b>Masculino</b> Fone: <b>86- 9478 3763</b>
Responsável: <b>MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES</b>	CNS: <b>898004027707801</b>	
Profissão: <b>LAVADOR</b>	CPF: <b>* RG: 2616165 - SSP</b>	
G. Instrução: <b>Médico Incompleto</b>	E. Civil: <b>Combinato</b>	
End. Local.: <b>- - -</b>		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: <b>670883</b>	Data: <b>21/06/2018 14:57:32</b>	Condução: <b>AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTER OR</b>
Motivo da Procura: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)</b>		Convênio: <b>S U S</b>
Cid. Trab.: <b>Não</b>	Trajetos?: <b>Não</b>	Tipico: <b>Não</b>
CID Secundário: <b>V299</b>		

DADOS CLÍNICOS: **15:10h.**

Paciente vítima de acidente de motocicleta, trazida pelo SAMU, disorientado, mais de 24h.

- (A) Vias aéreas patentes, s/ color cervical e premaxilar  
(B) MVE, s/ sinais adventícios  
(C) S/ sangramentos evidentes, abdome hipotímico a palmar  
(D) Consciente, desorientado, ECG 12, isocômico, focos difusos  
(E) hemidemia parietal (D); fratura de fonte e olhos zigomáticos p. MSD e inferior

PA: **110/70** mmHg Pulso: **90** bpm Temp.: **36,5** °C

Diagnóstico Inicial:

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Soluções TC de crânio  
- Soluções pênico de punocunipio

HUT DE TERESINA  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA  
EXAME TC de crânio  
DATA: 21.06.18 15:54  
B. Lago

ALTA: <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Por Evasão <input type="checkbox"/> A Pedido	DESTINO: <input type="checkbox"/> Até 24 hs <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> De 24 a 48 hs <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Após 48 hs <input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origin: _____ <input type="checkbox"/> Transferência: _____ DATA SAÍDA: <b>21/06/18</b> HORA: <b>15:54</b> <input type="checkbox"/> Internação na Unidade Proced. Solicitado: _____ CID Compatível: _____ Prof. Solicitante: _____ Internação: _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo - Assinatura - Profissional - DE

303040092

5068

Adoniran Moura  
Urologista Cirurgião  
CRM PI 3745

Dr. Paulo Alves 421201



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

RUA DR. OLTO TITO 1320 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

**FICHA DE PARECER PROFISSIONAL**

Imp: 21/06/2018 15:03:49

(REGISTRAR)

**DADOS DO PACIENTE:**

<b>Nome:</b> EVANDO LOPES DA SILVA		<b>Prontuário:</b> 261557
<b>Mãe:</b> MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES	<b>Pai:</b> JOSE AIRTON LOPES	
<b>End.Resid.:</b> RUA MARCOS PARENTE SN - FICARPA - FLESBRAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000		
<b>Nascimento:</b> 09/04/1989	<b>Idade:</b> 29a2m12d	<b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> 86- 9478-3763
<b>Responsável:</b> MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES	<b>CNS:</b> 898004027707801	
<b>Profissão:</b> LAVRADOR	<b>Documento:</b> RG: 2616165 - SSP	
<b>G. Instrução:</b> Médico Incompleto	<b>E.Civil:</b> Concubinato	
<b>End.Local.:</b> - - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

<b>Código:</b> 670883	<b>Data:</b> 21/06/2018 14:57:32	<b>Clas. Cor:</b> Indefinido
<b>Motivo da Procura:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		<b>Convênio:</b> S C S

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):**

<b>Data/Hora Solicitação:</b> __/__/__	<b>ESPECIALISTA:</b> <i>Nei</i>
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b> <i>TCE</i> <i>Gir</i> <i>TC: HED vertex</i> <i>+ contra Múltipla</i> <i>co: Inten</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

**DADOS DO PARECER:** Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_

<i>12/201</i>
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

**DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):**

<b>Data/Hora Solicitação:</b> __/__/__	<b>ESPECIALISTA:</b> <i>12 JUL 2019</i>
<b>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</b> <i>DPVAT</i>	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

**DADOS DO PARECER:** Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_

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



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HU  
Rua Dr. Otilio Tito 1820 Redenção - Fone: R6 3218 5445  
TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.927/0002-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 9211 - Em: (26/06/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:			
216951	261557	EVANDRO LOPES DA SILVA	CLINICA NEUROLOGICA - P07	ENFERMARIA 201	LEITO 135	MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS			
Evolução:		Alergias:		Diagnóstico/Comorbidades:					
Hora:				TCE MED + CONTUSÃO LANTERNA					
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Horarios:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA.								SR. RG de alta inspecionada
1	CIORETO DE SÓDIO 0,9% (SORO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Exsoco	EV	12/12h				SR. RG de alta inspecionada
2	RANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FALAR 2ML + B AD	50,00	mg	EV	8/8h				SR. RG de alta inspecionada
3	DIPLODIA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEVER	1,00	Ampola	EV	6/6h		AD		SR. RG de alta inspecionada
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FALAR 2ML + B AD EM CASO DE NAUSEAS OU VÔMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h		AD		SR. RG de alta inspecionada
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMB 1ML. EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	SN				SR. RG de alta inspecionada
6	TRAMADOL 100MG/2ML, INJETÁVEL. FALAR EM 100ML SF 0,9% EV 6/6h - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	8h		SF 0,9%		SR. RG de alta inspecionada
7	MORFINA, 10MG/ML, INJ. C/1ML. DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN		AD		SR. RG de alta inspecionada
8	CAPTOPRIL 25MG SE P.O. 160/110MMHG	2,00	Comprim	ORAL	8/8h				SR. RG de alta inspecionada
9	FENITOÍNA SÓDICA 100 MG	1,00	Comprim	ORAL	8/8h				SR. RG de alta inspecionada
10	PROPRATIINA, 25MG/ML, INJ. IM C/2ML.	1,00	Ampola	IM	12/12h				SR. RG de alta inspecionada

Observações Gerais: CARCELISA EVANDRO 36° + FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA + SINAIS VITAIS REGULARES + NEUROCHECK 2/2 H

Dr. Ricardo Lopes  
Neurologista  
CRM 22774  
RUB 5523

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALARNº LAUDO: 104824  
AIH: 2218100380980

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUUT

CNES

5828856

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUUT

CNES

5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

89809-02707801

NOME DO PACIENTE

EVANDO LOPES DA SILVA

NASCIMENTO

09/04/1989

SEXO

M

PRONTUÁRIO

261337

DOCUMENTO CPF

TELEFONE

NOME DA MÃE

MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES

RESPONSÁVEL

MARIA ADRIANA

CEP

64325000

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NÚMERO / LOTE

S/N

BAIRRO

ZONA RURAL

COMPLEMENTO

LOCALIDADE

MUNICÍPIO

CLESBAO VELOSO

UF

PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE DE MOTO HÁ 24 H, COM PERDA DA CONSCIÊNCIA E VÔMITO. EVOLUI COM VÔMITOS PERSISTENTES, PISTAXE, HEMATÊMESE, REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA.

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO DE TCE

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TC DE CRÂNIO - EXAME FÍSICO

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S08 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0383(40)02 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAU MÉDIO

LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

21/06/2018

RICARDO MARQUES LOPES DE ARAUJO

CPF: 95281934320

CRM

DATA ADMISSÃO

21/06/2018 14:57

DATA ALTA

26/06/2018 12:51

MOTIVO ALTA

MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE

CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CBOR

NATUREZA DA LESÃO

## AUTORIZAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

MARCONDES MARTINS SANTOS MOURA

CPF: 07479400567

CRM:

DATA ANÁLISE: 21/06/2018 16:37:52

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

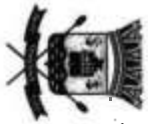
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-710 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA No.: 9101 - Em: (22/06/2018)

Interação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:				
216951	261557	EVANDO LOPES DA SILVA	CLÍNICA NEUROLOGIA - 207	ENFERMARIA 211	LEITO 432	RICARDO MARQUES LOPES DE ARAUJO				
Evolução:	HED Contus frontal - TCE - <u>Alc</u>			Diagnóstico/Comorbidades: TCE - HED + CONTUSÃO LAMINAR						
Hora:										
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação	Yst: Nutricionista	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:	Recons:	Dil. Vol.:	Rotativos:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dieta	ORAL Tipo BRANDA,	Enes M. LUSO	1000ml	Fraco	EV	12/12h				14h - Paciente acordado AUP M.S.E.
1	CLOROZO DE SÓCIO 0,9% (SOMO FISIOLÓGICO)	CRN: 216421	1,00	Fraco	EV	12/12h				Plano
2	BANITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.		50,00	mg	EV	8/8h				Plano
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Ampola	EV	6/6h				Plano
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.		1,00	Ampola	EV	8/8h				AD
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML.		1,00	Ampola	IM	SN				
6	TRAPADOL 100MG/2ML INJETÁVEL		1,00	Ampola	EV	SN				EF 0,9%
7	MORFINA, 10MG/ML, INJ. C/1ML.		1,00	Ampola	EV	SN				AD
8	CAPTORIL 25MG		2,00	Comprim	Oral	8/8h				Plano
9	PARACETOL 100 MG		1,00	Comprim	Oral	6/6h				Plano

Observações Gerais: CAPACIDADE ELIMINAD 30% / FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA / SINAIS VITAIS REGULARES / NEUROLOGIA 2/2 R

Ricardo Lopes  
Enfermeiro  
05/06/2018



PREFEITURA DE TERESINA  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Hoje



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
EVANDRO LOPES					P. 1	211	138
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES				MÉDICO ASSISTENTE			
Tce - G14 - 1º EP - Cordeiro final -							
ALERGIAS							
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO		OBSERVAÇÕES			
				17:00 PA. 13 x 8 P. 80. Tce Clara			
				06:00 Sumenado acentuado			
1. Dieta <u>3x3x3</u>				venoso pelo 20. furo			
2. SF 0,9% 500ml EV 1v 3x8L							
KCL 10% - 10ml/soro							
3. Ranitidina 1amp + AD EV lento 8/8h							
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h							
5. Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)							
6. Haldol 1amp IM (SOS) se agitação intensa							
7. Fenitoína 100mg 8x8L							
8. SSV 6/6h							
42120							

MÉDICO/CRM:



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - H.U.T

Rua Dr. Otton Tito 1370 Rodagem - Fone: 36 222 5045

TERESINA-PI CEP: 64017-776 CNPJ: 03.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVANIL LOPES DA SILVA** (Fracturas: 281557)  
 Endereço: **RUA MARCOS PARENTE SM - PIÇARRA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64225-000**  
 Nascimento: **09/04/1989** Idade: **29a4m24d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **576400**  
 Requisição: **058886** Solicitação: **27/07/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**  
 Controle: **1062798** Comênio: **S U S**

## RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exatn: 27/07/2018

## OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.

Os seguintes aspectos observados:

- Fratura completa recente desalinhada na diáfise da clavícula.
- Aumento de volume de partes moles.

(LIMBRE ATENDIDO)

TERESINA - PI 03/08/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.913.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



*[Handwritten signature and notes]*



**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HHT**  
 Rua Dr. Ottonio Leite 1000 - Residencial - Fone: (66) 3218 3445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.327.517/0027-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVANDRO LOPES DA SILVA** (Fronteira 261557)  
 Endereço: **RUA MARCOS PARENTE SM - PIÇARRA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000**  
 Nascimento: **08/04/1989** Idade: **29a2m13d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **570853**  
 Registro: **846790** Solicitação: **21/06/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**  
 Controle: **1049912** Convênio: **SUS**

### RELATÓRIO:

Cod. CIA: 0206010079

Data Exame: 21/06/2018

### T.C. DE CRÂNIO

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

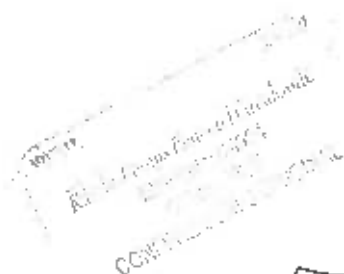
### RELATÓRIO:

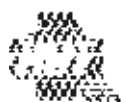
- FRATURAS CRANIANAS BIPARIETAIS NA ALTA CONVEXIDADE, COM DIÁSTASE DA SUTURA CORONAL, E ESTENDENDO-SE PARA REGIÃO TEMPORAL À DIREITA E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA DIREITA.
- HEMATOMA EXTRA-AXIAL AGUDO NA ALTA CONVEXIDADE, COM FOCOS GASOSOS DE PERMEIO.
- HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR AGUDO PARIETAL POSTERIOR À ESQUERDA.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS NOS LOBOS TEMPORAL E PARIETAL ESQUERDOS.
- FRATURAS EM SEIOS MAXILAR E ESFENOIDAL DIREITOS, COM HEMOSSINUS.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

LICAO ANTONIO;

TERESINA - PI 22/06/2018

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**  
 CPF: 556.029.603-30 CRM 2353  
 Profissional Responsável





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1828 - Sadeação - Fone: 36 3218 3445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0001-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVANDO LOPES DA SILVA** (Frmbrasil 261557)  
 Endereço: **RUA MARCOS PARENTE 58 - PIÇARRA - ELESAO VELHO - PI CEP: 64325-000**  
 Nascimento: **09/04/1989** Idade: **29a4m3d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **579733**  
 Requisição: **065117** Solicitação: **17/08/2018** Solicitante: **CLERISTON SILVA MOURA**  
 Controle: **1070535** Convênio: **S U S**

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010079

Data Exame: 17/08/2018

### T.C. DE CRÂNIO

**TÉCNICA:** Foram realizados cortes axiais de 6 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano corno-metal.

### RELATÓRIO:

- LESÃO INTRA-AXIAL HIPODENSE, NÃO EXPANSIVA, CORTICO-SUBCORTICAL, NA ALTA CONVEXIDADE PARIETAL ESQUERDA, CONSIDERAR POSSIBILIDADE DA CONTUSÃO PARENQUIMATOSA NO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

[ROD ANTENSO]

TERESINA - PI 17/08/2018

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**

CPF: 452.797.253-91 CRM-PI 2591

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: **EVANDO LOPES DA SILVA** (Prontuário: 261557)  
 Endereço: RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 84325-000  
 Nascimento: 09/04/1989 Idade: 29a2m13d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 670883  
 Requisição: 848790 Solicitação: 21/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 1049912 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 21/06/2018

**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 CRANIANAS BIPARIETAIS NA ALTA CONVEXIDADE, COM DIÁSTASE DA SUTURA CORONAL, E ESTENDENDO-SE PARA REGIÃO TEMPORAL À DIREITA E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA DIREITA.
- HEMATOMA EXTRA-AXIAL AGUDO NA ALTA CONVEXIDADE, COM FOCOS GASOSOS DE PERMEIO.
- HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR AGUDO PARIETAL POSTERIOR À ESQUERDA.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS NOS LOBOS TEMPORAL E PARIETAL ESQUERDOS.
- FRATURAS EM SEIOS MAXILAR E ESFENOIDAL DIREITOS, COM HEMOSSINUS.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/06/2018

**JOELSON OLIVEIRA MOREIRA**

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

CORRETORA  
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2616165 EXAT: 07/03

NOME EVANDO LOPES DA SILVA

RELACION  
JOSE AIRTON LOPES  
MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES

NAT. NAT. BRASILE  
ELESBAC VELOSO - PI

DATA DE NASCIMEN  
09/04/89

CERT. NASC. Nº 20366 L A38 F15 49 UNICO ELESBAC VELOSO  
05/05/22

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

TEI Nº 115 DE 25/08/11

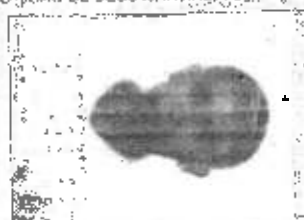
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS



DO LADO DIREITO



EVANDO LOPES da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Componente de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 661.247.853-81

Nome da Pessoa Física: EVANDO LOPES DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 60

Comprovante emitido em: 08:07:00 de dia 12/07/2013 (hora e data de Brasília)

Código de controle no comprovante: 100E.D471.65F6.278A

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil

CO CORRETORA  
DE SEGUROS

24 OUT 2018

DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS  
 SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

CNH: 1451971-000-PI  
 CPF: 849.394.433-93  
 DATA DE NASCIMENTO: 20/07/1977

PRONOME: JORGE ALBERTO DA SILVA  
 NOME COMPLETO: MARIA CARMELO DE SOUSA

PERMISSÃO: **PERMISSÃO**  
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL: **1554703040**

Nº de Registro: 08983294635  
 VÁLIDA: 03/01/2019  
 EXPIRAÇÃO: 04/01/2019

OBSERVAÇÕES:

Assinatura de Adriana Carla de Sousa Silva

LOCAL: TERESINA, PI  
 DATA DE EMISSÃO: 04/01/2019  
 54064088122  
 72318287030

PIAUI

PJ CORRETORA  
 DE SEGUROS  
 24 OUT 2018  
 DPVAT

TE MOTOGR  
SERIAL 2616165 DATA DE EMISSÃO 00/07/03

NOME EVANDO LOPES DA SILVA

FILIAÇÃO  
JOSE AIRTON LOPES

MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES

NATURALIDADE  
ELESBAO VELOSO - PI

DATA DE NASCIMENTO  
09/04/84

DOC. ORIGINAL  
CERT. NASC. Nº 20365 L A38 F18 48 UNICO ELESBAO VELOSO  
05/06/82

OP:

ASSINATURA DO TITULAR

TE Nº 1187129-0016

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS



DO FAS CÍRCULO



EVANDO LOPES DA SILVA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 051.247.852-61

Nome da Pessoa Física: EVANDO LOPES DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido em: 08.07.2013, às 12:07:2013 horas e data no Brasil.

Código de controle do comprovante: 1D0E.D471.65FE.276A

A autenticação deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil.

PJ COBRANÇA  
DEBEBBBS

212 JUL 2019

DEPMAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 GOVERNAMENTO DO ESTADO DO PIAUÍ  
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

**PI**

**NOME**  
 ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

**END. RESIDENCIAL - CPM (OBRIGATORIO)**  
 1551371 889 81

**CPF**  
 049.384.433-53

**DATA DE NASCIMENTO**  
 30/07/1977

**FILIAÇÃO**  
 JOSE MIRIAM DA SILVA  
 MARIA CAPORELLA DE SOUSA

**PERMISSÃO**  
 PERMISSÃO

**ACE**  
 8

**CEI/PM**  
 8

**INSCRIÇÃO**  
 05583294635

**VALIDADE**  
 03/01/2019

**EXPIRAÇÃO**  
 04/01/2019

**VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
 1554703040

**PRESENCIA PLÁSTICA**  
 1554703040

**ASSINATURAS**

*Adriana Carla de Sousa Silva*  
 ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

**LOCAL**  
 TERESINA, PI

**DATA DE EMISSÃO**  
 04/01/2019

**NUMERO DE EMISSÃO**  
 34064088122  
 92918387630

**PIAUI**

PI CORRETORA  
 DE SEGUROS  
 12 JUL 2019  
**DPVAT**

TE MOTO  
SERIAL

2616165

DATA DE EMISSÃO 00/07/03

NOME EVANDO LOPES DA SILVA

FILIAÇÃO

JOSE AIRTON LOPES

MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES

NATURALIDADE

ELESBAO VELOSO - PI

DATA DE NASCIMENTO

09/04/84

DOC. ORIGINAL

CERT. NASC. Nº 20365 L A38 F18 48 UNICO ELESBAO VELOSO

05/06/02

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

TECN Nº 1187129-0016

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS



DO FAS CEMERO



Evando Lopes da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



**Ministério da Fazenda**  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comunicação de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 051.247.852-61

Nome da Pessoa Física: EVANDO LOPES DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido em: 08.07.2013 às 12:07:2013 horas e data no Brasil.

Código de controle do comprovante: 1D0E.D471.65FE.276A

A autenticação deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil.

PJ COBRANÇA  
DEBEBBBS

212 JUL 2019

DEPMAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CADERNÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

**Nome:** ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

**DOC. IDENTIFICADOR (RG)**  
 1021371 002 02

**CPF:** 040.354.423-23 **DATA DO NASCIMENTO:** 30/07/1977

**Plano:**  
 JOSE NESTOR DA SILVA  
 MARIA CAROLINA DE SOUSA

**PERMISSÃO:** PERMISSÃO **ACE:** **CATEGORIA:** A

**Nº DE IDENTIFICAÇÃO:** 05083294635 **VIGÊNCIA:** 03/01/2019 **PROROGAÇÃO:** 04/01/2019

**EXPERIÊNCIAS:**

*Adriana Carla de Sousa Silva*  
 INSTITUIÇÃO DE ENSINO

**SIGNA:** TERESINA, PI **DATA DE EMISSÃO:** 04/01/2019

**NUMERO DE IDENTIFICAÇÃO:** 58064088322  
 71310207030

**PIAUI**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1554703040**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1554703040**

J CORRETORA  
 DE SEGUROS

06 AGO 2019

DPVAT



Serviços

Dúvidas e Respostas Atendimento

DETRAN - PI		Nº 012825125719	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO		LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
1119	VIA	000 RENAVAM	EXERCÍCIO
0020	1	00587252782	2017
5823			
5824			
5825			
5826			
5827			
5828			
5829			
5830			
5831			
5832			
5833			
5834			
5835			
5836			
5837			
5838			
5839			
5840			
5841			
5842			
5843			
5844			
5845			
5846			
5847			
5848			
5849			
5850			
5851			
5852			
5853			
5854			
5855			
5856			
5857			
5858			
5859			
5860			
5861			
5862			
5863			
5864			
5865			
5866			
5867			
5868			
5869			
5870			
5871			
5872			
5873			
5874			
5875			
5876			
5877			
5878			
5879			
5880			
5881			
5882			
5883			
5884			
5885			
5886			
5887			
5888			
5889			
5890			
5891			
5892			
5893			
5894			
5895			
5896			
5897			
5898			
5899			
5900			
5901			
5902			
5903			
5904			
5905			
5906			
5907			
5908			
5909			
5910			
5911			
5912			
5913			
5914			
5915			
5916			
5917			
5918			
5919			
5920			
5921			
5922			
5923			
5924			
5925			
5926			
5927			
5928			
5929			
5930			
5931			
5932			
5933			
5934			
5935			
5936			
5937			
5938			
5939			
5940			
5941			
5942			
5943			
5944			
5945			
5946			
5947			
5948			
5949			
5950			
5951			
5952			
5953			
5954			
5955			
5956			
5957			
5958			
5959			
5960			
5961			
5962			
5963			
5964			
5965			
5966			
5967			
5968			
5969			
5970			
5971			
5972			
5973			
5974			
5975			
5976			
5977			
5978			
5979			
5980			
5981			
5982			
5983			
5984			
5985			
5986			
5987			
5988			
5989			
5990			
5991			
5992			
5993			
5994			
5995			
5996			
5997			
5998			
5999			
6000			
6001			
6002			
6003			
6004			
6005			
6006			
6007			
6008			
6009			
6010			
6011			
6012			
6013			
6014			
6015			
6016			
6017			
6018			
6019			
6020			
6021			
6022			
6023			
6024			
6025			
6026			
6027			
6028			
6029			
6030			
6031			
6032			
6033			
6034			
6035			
6036			
6037			
6038			
6039			
6040			
6041			
6042			
6043			
6044			
6045			
6046			
6047			
6048			
6049			
6050			
6051			
6052			
6053			
6054			
6055			
6056			
6057			
6058			
6059			
6060			
6061			
6062			
6063			
6064			
6065			
6066			
6067			
6068			
6069			
6070			
6071			
6072			
6073			
6074			
6075			
6076			
6077			
6078			
6079			
6080			
6081			
6082			
6083			
6084			
6085			
6086			
6087			
6088			
6089			
6090			
6091			
6092			
6093			
6094			
6095			
6096			
6097			
6098			
6099			
6100			
6101			
6102			
6103			
6104			
6105			
6106			
6107			
6108			
6109			
6110			
6111			
6112			
6113			
6114			
6115			
6116			
6117			
6118			
6119			
6120			
6121			
6122			
6123			
6124			
6125			
6126			
6127			
6128			
6129			
6130			
6131			
6132			
6133			
6134			
6135			
6136			
6137			
6138			
6139			
6140			
6141			
6142			
6143			
6144			
6145			
6146			
6147			
6148			
6149			
6150			
6151			
6152			
6153			
6154			
6155			
6156			
6157			
6158			
6159			
6160			
6161			
6162			
6163			
6164			
6165			
6166			
6167			
6168			
6169			
6170			
6171			
6172			
6173			
6174			
6175			
6176			
6177			
6178			
6179			
6180			
6181			
6182			
6183			
6184			
6185			
6186			
6187			
6188			
6189			
6190			
6191			
6192			
6193			
6194			
6195			
6196			
6197			
6198			
6199			
6200			
6201			
6202			
6203			
6204			
6205			
6206			
6207			
6208			
6209			
6210			
6211			
6212			
6213			
6214			
6215			
6216			
6217			
6218			
6219			
6220			
6221			
6222			
6223			
6224			
6225			
6226			
6227			
6228			
6229			
6230			
6231			
6232			
6233			
6234			
6235			
6236			
6237			
6238			
6239			
6240			
6241			
6242			
6243			
6244			
6245			
6246			
6247			
6248			
6249			
6250			
6251			
6252			
6253			
6254			
6255			
6256			
6257			
6258			
6259			
6260			
6261			
6262			
6263			
6264			
6265			
6266			
6267			
6268			
6269			
6270			
6271			
6272			
6273			
6274			
6275			
6276			
6277			
6278			
6279			
6280			
6281			
6282			
6283			
6284			
6285			
6286			
6287			
6288			
6289			
6290			
6291			
6292			
6293			
6294			
6295			
6296			
6297			
6298			
6299			
6300			
6301			
6302			
6303			
6304			
6305			
630			

Serviços

Dúvidas e Respostas Atendimento

**DETRAN - PI** Nº 012825125719  
**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO** LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
 1119 0040 5623 583a 56a7 3c5f a7bd a324 6906 6018

1 00587252782 EXERCÍCIO 2017

RENE RIBEIRO DOS SANTOS

06832774303 PLACA CUE-1980

9C2KC1680ER435639

PAIS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

HONDA/CG150 FAN ESDI ANO FAB 2013 ANO MOD 2014

02P/0149CC CATEGORIA PARTICIP COR PREDOMINANTE AZUL

1ª IPVA 2ª 3ª PAGO

00000000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 000,00 PAGO (R\$) 000,00

SEGURO SEM RESTRICOES

PBT: 001,15

ELESEAO VELOSO

11/06/2018

12 JUL 2018

DETRAN - PI

**PI Nº 012825125719 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

06832774303 CUE-1980 2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodetranspi.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 11/06/2018

1 06832774303 PLACA CUE-1980

00587252782 HONDA/CG150 FAN ESDI

2013 9C2KC1680ER435639

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$) 081,28 CUSTO DO SEGURO (R\$) 090,31

CUSTO DO BILHETE (R\$) 004,15 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,70

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 185,50

X COTA UNICA PAGAMENTO PARCELADO DATA DE CUITABAO 09/10/2017

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 08.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

11/06/2018

12 JUL 2018

DETRAN - PI

Dúvidas e Respostas Atendimento

PIN° 012825125719		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
06832774303		OUE-1980 2017	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
<a href="http://www.dpvatsegurodotransito.com.br">www.dpvatsegurodotransito.com.br</a> SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO		
2017	11/06/2018		
VIA	QF / CBU	PLACA	OUE-1980
1	06832774303		
RENAVAM	MARCA / MODELO		
00587252782	HONDA / CG150 FAN ESDI		
ANO FAB.	Nº CHASSI		
2013	9C2KCL680ER435639		
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	CONDIÇÃO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
081,28	009,63	096,31	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IR (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGUNDO IPI	
004,15	000,70	185,50	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	PACOTAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO	
		09/10/2017	

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.808/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)