

# 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

**Valorização 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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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:**

A handwritten signature in blue ink that reads "Marcelo Fernandes Terrigno".

# 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

**Valorização 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
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180501087  
Vítima: EVANDO LOPES DA SILVA

Cidade: Elesbão Veloso  
Data do acidente: 20/06/2018

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 04/12/2018

Valorização 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 EVIDENÇIA 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 (s) ESTADO  
CIVIL: sócio PROFISSÃO: funcionário C.RGM. 02616165 CPF/MF  
Nº 054.247.853-81 RESIDENTE E DOMICILIADO (z) A  
RUA Localidade, Santa Maria S/n Zona Rural  
CIDADE DE Elesbão Veloso - Piauí  
ESTADO Piauí, CEP 64.325-000.

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOC CPF Nº 640.398.433-63 E RG 506  
Nº 1.651.371 SSP-PI COM ENDERECO CITO A RUA SETE DE SETEMBRO Nº244 BAIRRO  
CENTRO NA CIDADE DE ELESBÃO VELOSO ESTADO DO PIAUÍ-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 Lider e Seguradoras conveniadas e o Susep.

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



DPVAT

Elesbão Veloso, Piauí, 26 de Setembro de 2018



a 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>6/10/2018</u>	
João Batista Nunes de Sousa Tabelião Público	



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Evanildo Lopes da Silva BRASILEIRO (s) ESTADO  
CIVIL Casado PROFISSÃO funcionário RG N.º 261.616.5 CPF / MF  
N.º 051.247.853-81 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A  
RUA localidade Santa Maria b/n zona Rural  
CIDADE DE Elesbão Veloso - Piauí  
ESTADO Piauí CEP 64.325.000.

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOC RG N.º 649.324.433-53 E RG SOC  
N.º 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CTO A RUA SETE DE SETEMBRO N.º 244 BAIRRO  
CENTRO NA CIDADE DE ELESBÃO VELOSO ESTADO DO PIAUÍ-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 Lider e Seguradoras conveniadas e a Sesesp.

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



Elesbão Veloso PI, 26 de Setembro de 2018



Evanildo Lopes da Silva

## OUTORGANTE

Cartório 1º Ofício de Elesbão Veloso	
Reconheço a Firma <u>Evanildo Lopes da Silva</u>	
<input type="checkbox"/> Semelhança	<input checked="" type="checkbox"/> Autenticidade
Em: <u>6/09/2018</u>	
João Batista Nunes de Sousa Tabelião Público	



## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Evanildo Lopes da Silva BRASILEIRO (s) ESTADO  
CIVIL Casado PROFISSÃO funcionário RG N.º 261.616.5 CPF / MF  
N.º 051.247.853-81 RESIDENTE E DOMICILIADO (a) A  
RUA localidade Santa Maria b/n zona Rural  
CIDADE DE Elesbão Veloso - Piauí  
ESTADO Piauí CEP 64.325.000.

OUTORGADO: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA SOC RG N.º 649.324.433-53 E RG SOC  
N.º 1.651.371 SSP-PI COM ENDEREÇO CTO A RUA SETE DE SETEMBRO N.º 244 BAIRRO  
CENTRO NA CIDADE DE ELESBÃO VELOSO ESTADO DO PIAUÍ-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 à Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Sesesp.

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



Elesbão Veloso PI, 26 de Setembro de 2018



Evanildo Lopes da Silva

## OUTORGANTE

Cartório 1º Ofício de Elesbão Veloso	
Reconheço a Firma <u>Evanildo Lopes da Silva</u>	
<input type="checkbox"/> Semelhança	<input checked="" type="checkbox"/> Autenticidade
Em: <u>6/09/2018</u>	
João Batista Nunes de Sousa Tabelião Público	



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235971/19

**Vítima:** EVANDO LOPES DA SILVA

**CPF:** 051.247.853-81

**CPF de:** Próprio

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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**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 médica-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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

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

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

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

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

Rio de Janeiro, 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





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

**Rio de Janeiro, 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 POUPANCA

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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

Evandro Lopes da Silva

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Evandro Lopes da Silva	051.243.853.81	Lavrador
Endereço	Número	Complemento
Vila localidades Santa Maria	SIN	Zona Rural
Bairro	Estado	CEP
Zona Rural	Piauí	64325-000
Email	Telefone (DDD)	
Recurso 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"/> RECUZO 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

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

 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) 

AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
1607		67080	3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	Nº		
AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V

(Informar dígito se existir)

(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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Evandro Lopes da Silva

Local e Data

 PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 OUT 2018

\* Evandro Lopes da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 8101  
QUINTA-FEIRA 0800 725 7474

268-649858187-0

25/SET/2010 HORA OF 09:44:57

DT: 16.012722-0 TERM: 061963

LOCAL IDADE: ELESBADIO VELoso  
DATA VENCIMENTO: 1607 CONTROLE: 930304634

DEPOSITO EM DINHEIRO

1607 013 02067080-6

EVANDO LOPES DA SILVA

VALOR

000

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

ESTE RECEIPO E VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPOSITO

268-649858187-0

1ª VIA

000

PAGAMENTOS  
DE SEGUROS

24 OUT 2010

PPVAT

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do Sínistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	053.247.853-81	Evando Jorges da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	053.247.853-81
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Brâncio: zona Rural	Localidade Santa Maria Cidade: Taboão Veloso	Sin	zona Rural
E-mail:		CEP:	64325-006
		Tel.(DDD):	(86)999815008

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDA MENSAL:**

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

12 JUL 2018  
 CORRETORA DE SEGUROS  
 LIDER DPVAT

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data:  09.03.2019  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RG  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0181  
DÚVIDA 0800 725 7474

268-649058187-0

25/SET/2013 HORÁ OF 09:44:57

CT: 16.012722-0 TERM: 061963  
LOCAL IDADE: ELESBÃO VELOSO  
AG. VINCULADA: 1607 CONTROLE: 930304634

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1607 813 00067000-9

EVANDO LOPES DA SILVA

VALOR

600

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

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

268-649058187-0

1ª VÍA

Lotérias CAIXA

Lotérias CAIXA

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

DPVAT

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do Sínistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	053.247.853-81	Evando Jorges da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	053.247.853-81
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Brâncio: zona Rural	Localidade Santa Maria Cidade: Taboão Veloso	Sin	zona Rural
E-mail:		CEP:	64325-006
		Tel.(DDD):	(65) 999815008

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDA MENSAL:**

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

12 JUL 2018  
 CORRETORA DE SEGUROS  
 LIDER DPVAT

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data:  09.03.2019  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RG  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0181  
QUINTA DIA 0800 725 7474

268-649058187-0

25/SET/2013 HORAS DF 09:44:57

CT: 16.012722-0 TERM: 061963  
LOCAL IDADE: ELESBÃO VELOSO  
AG. VINCULADA: 1607 CONTROLE: 930304634

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1607 813 00067000-9

EVANDO LOPES DA SILVA

VALOR

600

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

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

268-649058187-0

1ª VÍA

Lotérias CAIXA

Lotérias CAIXA

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

DPVAT



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

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

Data/Hora

20/06/2018 - 11:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ELESBÃO VELOSO

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

PI 224 Povoado LAGOA DE FORA, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EVANDO LOPES DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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

A 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

OUE1980 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 N° 136588.000395/2018-16

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





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 N°: 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

Data/Hora

20/06/2018 - 11:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ELESBÃO VELOSO

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

PI 224 Povoado LAGOA DE FORA, N°:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EVANDO LOPES DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2616165 SSP PI

Mãe: MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES

Pai: JOSE AIRTON LOPES

Endereço: Povoado SANTA MARIA, N°

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: ELESBÃO VELOSO

SOCORRETORA  
DE SEGUROS

12 JUL 2019

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

OUE1980 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: RENÉ 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 SEGUITA 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 N°: 136588.000395/2018-16

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





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 N°: 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

Data/Hora

20/06/2018 - 11:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

ELESBÃO VELOSO

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

PI 224 Povoado LAGOA DE FORA, N°:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EVANDO LOPES DA SILVA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2616165 SSP PI

Mãe: MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES

Pai: JOSE AIRTON LOPES

Endereço: Povoado SANTA MARIA, N°

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: ELESBÃO VELOSO

SOCORRETORA  
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

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

Ano: Placa: Chassi:

2018 QUE1980 9C2KC1680ER435639

Renavam:

Cor:

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: RENÉ 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 SEGUITA 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 N°: 136588.000395/2018-16

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



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 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	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Evanaldo Coopers da Silva</i>	<i>051.247.853-81</i>	<i>20/06/2018</i>

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
<i>Evanaldo Coopers da Silva</i>	

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.

*Evanaldo Coopers da Silva*, 16 de Outubro de 2018

Local e Data

PA CORRETORA  
DE SEGUROS

*24/01/2018*

DPVAT

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do Sínistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	053.247.853-81	Evando Jorges da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	053.247.853-81
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Brâncio: zona Rural	Localidade Santa Maria Cidade: Taboão Veloso	Sin	zona Rural
E-mail:		CEP:	64325-006
		Tel.(DDD):	(86)999815008

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDA MENSAL:**

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

12 JUL 2018  
 CORRETORA DE SEGUROS  
 LIDER DPVAT

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data:  09.03.2019  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RGQ

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0181  
QUINTA DIA 0800 725 7474

268-649058187-0

25/SET/2013 HORAS DF 09:44:57

CT: 16.012722-0 TERM: 061963  
LOCAL IDADE: ELESBÃO VELOSO  
AG. VINCULADA: 1607 CONTROLE: 930304634

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1607 813 00067000-9

EVANDO LOPES DA SILVA

VALOR

600

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

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

268-649058187-0

1ª VÍA

Lotérias CAIXA

Lotérias CAIXA

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

DPVAT

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do Sínistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	053.247.853-81	Evando Jorges da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	053.247.853-81
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Brâncio: zona Rural	Localidade Santa Maria Cidade: Taboão Veloso	Sin	zona Rural
E-mail:		CEP:	64325-006
		Tel.(DDD):	(86)999815008

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDA MENSAL:**

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

12 JUL 2018  
 CORRETORA DE SEGUROS  
 LIDER DPVAT

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data:  09.03.2019  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RG  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0181  
DÚVIDA 0800 725 7474

268-649058187-0

25/SET/2013 HORÁ OF 09:44:57

CT: 16.012722-0 TERM: 061963  
LOCAL IDADE: ELESBÃO VELOSO  
AG. VINCULADA: 1607 CONTROLE: 930304634

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1607 813 00067000-9

EVANDO LOPES DA SILVA

VALOR

600

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

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

268-649058187-0

1ª VÍA

Lotérias CAIXA

Lotérias CAIXA

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

DPVAT

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA:

053

DATA: 20/10/18

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

PF. 224

NOME DO PACIENTE:

Evaristo Lopes de Sáto

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.
12:03	18:10	12:21	12:32	12:55	13:31

01. ACIDENTE DE TRANSPORTE	05. CHOQUE ELÉTRICO	09. MAL SÚBITO	13. URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA
02. AGRESSÃO FÍSICA	06. ENVENENAMENTO	10. Queda	14. URGÊNCIA CLÍNICA
03. APOGAMENTO	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	REGUAIS
02. RESPONDE A COMANDO	02. CONFUSA	02. DESIGUAIS
03. RESPONDE A DOR	03. NENHUMA	
04. SEM RESPOSTA		

PULSO RADIAL	SANGRAMENTO	SINAIS VITAIS
FORTE (X)	AUSENTE ( )	PRESSÃO ARTERIAL 170 X 110
FRACO ( )	MÍNIMO (X)	PULSO 119
AUSENTE ( )	MODERADO ( )	RESPIRAÇÃO 24
	INTENSO ( )	TEMPERATURA
		Sat.O <sub>2</sub> 92% FC

OBSERVAÇÕES: paciente falecido no caminho da ambulância, insuflado com oxigênio, 2 intubados e devido ao fato de ser um paciente com alto risco, foi encaminhado para o hospital Glasgow (12)

PROCEDIMENTOS REALIZADOS			J CORRETORA DE SEGUROS
01. ASPIRAÇÃO	05. PRANCHA LONGA	09. IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES	
02. OXIGÊNIO	06. PRANCHA CURTA	10. ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	
03. RCP	07. KED	11. OUTROS: Meia	
04. OPERATIVO	08. POLAR CERVICAL		24-OCT-2018

CONDICÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL	ÓBITO	HOSPITAL DE DESTINO
01. MELHORADO	01. ANTES DO SOCORRO	RENEM
02. PIORADO	02. ANTES DO TRANSPORTE	OUTROS: Dr. Osmar Silva A. Pinto
03. NALTERADO	03. NO TRANSPORTE	ASSINATURA: Médico

SOCORRISTAS:

Júnior  
CORETO - 26  
844-836

CRM-P 6457



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SAÚDE DE ELESBÃO VELOSO  
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DO SAMU 192



## **REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

AMBULÂNCIA ACIONADA: U 5 B DATA: 20/06/18  
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Pj. 224 -  
NOME DO PACIENTE: Evaristo Lages de Oliveira  
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.
19'03	19'10	19'21	19'32	19'55	19'51

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

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	RESPOSTA VERBAL	PUPILAS
01. ALERTA	01. NORMAL	01. IGUAIS
02. RESPONDE A COMANDO	02. CONFUSA	02. DESIGUAIS
03. RESPONDE A DOR	03. NENHUMA	
04. SEM RESPOSTA		

PULSO RADIAL	SANGRAMENTO	SINAIS VITAIS
FORTE (X)	AUSENTES ( )	PRESSÃO ARTERIAL 170 X 110
FRACO ( )	MÍNIMO (X)	PULSO 119 GLICEMIA 155
AUSENTES ( )	MODERADO ( )	RESPIRAÇÃO 24
	INTENSO ( )	TEMPERATURA
		Sat.O <sub>2</sub> 99% FC

OBSERVAÇÕES: *Touros*, *bovinos* e *cabras* são os animais mais comuns, *camundongos* e *coelhos* também são vistos.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		SOBREPOSSIBILIDADES	
01. ASPIRAÇÃO	05. PRANCHA LONGA	09. IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES	DESEGURAB
02. OXIGÉNIO	06. PRANCHA CURTA	10. ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	
03. RCP	07. KED	11. OUTROS:	Mesa
04. DURATIVO	08. COLAR CERVICAL		12 JUL 2019

CONDICÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL	ÓBITO	HOSPITAL DE DESENTO
01. MELHORADO	01. ANTES DO SOCORRO	<del>IPANAT</del>
02. PIORADO	02. ANTES DO TRANSPORTE	<del>IPANAT</del>
03. NALTERADO	03. NO TRANSPORTE	<del>IPANAT</del>

#### SOCORRISTAS:

COKEA - PL  
844-4313



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SAÚDE DE ELESBÃO VELOSO  
COORDENAÇÃO MUNICIPAL DO SAMU 192



## **REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

AMBULÂNCIA ACIONADA: U 5 B DATA: 20/06/18  
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Pj. 224 -  
NOME DO PACIENTE: Evaristo Lages de Oliveira  
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.
19'03	19'10	19'21	19'32	19'55	19'51

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

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	RESPOSTA VERBAL	PUPILAS
01. ALERTA	01. NORMAL	01. IGUAIS
02. RESPONDE A COMANDO	02. CONFUSA	02. DESIGUAIS
03. RESPONDE A DOR	03. NENHUMA	
04. SEM RESPOSTA		

PULSO RADIAL	SANGRAMENTO	SINAIS VITAIS
FORTE (X)	AUSENTES ( )	PRESSÃO ARTERIAL 170 X 110
FRACO ( )	MÍNIMO (X)	PULSO 119 GLICEMIA 155
AUSENTES ( )	MODERADO ( )	RESPIRAÇÃO 24
	INTENSO ( )	TEMPERATURA
		Sat.O <sub>2</sub> 99% FC

OBSERVAÇÕES: *Touros*, *bovinos* e *cabras* são os animais mais comuns, *camundongos* e *coelhos* também são vistos.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		SCORRETA DESEGURAS
01. ASPIRAÇÃO	05. PRANCHA LONGA	09. IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES
02. OXIGÉNIO	06. PRANCHA CURTA	10. ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA
03. RCP	07. KED	11. OUTROS: <i>Maca</i>
04. DURATIVO	08. COLAR CERVICAL	12 JUL 2019

CONDICÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL	ÓBITO	HOSPITAL DE DESENTO
01. MELHORADO	01. ANTES DO SOCORRO	<del>IPANAT</del>
02. PIORADO	02. ANTES DO TRANSPORTE	<del>IPANAT</del>
03. NALTERADO	03. NO TRANSPORTE	<del>IPANAT</del>

#### SOCORRISTAS:

COKEA - PL  
844-4313

# 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: 00000067080-9

---

Nr. da Autenticação ED67F5EEE466A063

**Eletrobras**  
Energia Elétrica

Poderá obter mais informações  
sobre os serviços  
e sobre o uso da energia.

1216976-5

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO S.A.  
Av. Mauá, nº 700 - Centro - CEP 50010-000 - Recife - PE  
CNPJ: 00.08-000.000-00 - CNPJ: 00.08-000-000-000-0  
Região: Sudeste - Distrito Federal - Goiás - Mato Grosso - Mato Grosso do Sul - Minas Gerais - Rio de Janeiro - São Paulo - Paraná - Santa Catarina - Rio Grande do Sul - Espírito Santo - Bahia - Alagoas - Sergipe - Pernambuco - Piauí - Ceará - Maranhão - Pará - Amazonas - Acre - Roraima - Amapá - Tocantins

Nº da Nota Fiscal 005360417

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSE é calculada  
pela Lei nº 6.000 de 25 de outubro de 1972.

CONTAMTS VENCIMENTO

CONSUMO (kWh) TOTAL A PAGAR (R\$)

MAIO/2018 23/05/2018

114

78,16

RAIANE MENDES FIXEIRA DA SILVA  
CE SANTA MARIA S/N FIMBO DA LAGOA B-RURAL  
CPF: 00005972516306  
CEP: 64.325-000 - ELESBAO VELOSO

RGT: 215.690.11.81.148500

DADOS DA FOLHA		KWH	VALORES DA FOLHA	
Área	7210		data	16/05/2018
Reserv.	7096		Exercício	17/04/2018
Consumo de Cálculo	1.000		Conselho de Conta	18/06/2018
Consumo Médio	114		Entrega	15/05/2018
Consumo Faturado	114	FCCN	Alimentação	16/05/2018

NORHAL

29

DETALHAMENTO DA UNIDADE CONSUMIDORA		Consumo	Período	Código Faz.	Média 12 meses
RESID. BXA RENDA	MOND	A1252085		1.4.1.1	125

DETALHAMENTO DA UNIDADE CONSUMIDORA					
		DESCRICAÇÃO DA CONTA			
ABR/18	94	CONSUMO	30 A R\$ 0,262903 =	7,88	
MAR/18	113	70 A R\$ 0,450704 =	31,51		
FEV/18	69	14 A R\$ 0,676056 =	9,46		
JUN/18	111	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CUSIP)	5,28		
DEZ/17	127	DIFERENCA 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	HULTA POR ATRASO (3X)	3,47		
JUL/17	128	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER	2,33		
TOTAL SOM TRIUNFO:		ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,24		
100 A 30 - 4,19261					
100 A 30 - 0,262903					
100 H 114 - 0,450704					

MESSAGENS IMPORTANTES / AVISOS DE VENCIMENTO  
Declararam quinhados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/09)  
TÍTULE 0800 086 0800 E FACA 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 ZAZF.8AFG.1800.3460.2388.89E6.BCII.E89B

COMPROVAÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Desconto	18,23	Baixa de Faz. -	87,33
Entrada	34,63	Aluguel ICMS	22,00%
Total das des	5,44	Valor da CIDE	19,21
Entradas	5,01	IRPF/CSLL	0,76
Entradas	23,52	Valor da CIDE/CSLL	3,55

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,27 14,53 29,06 3,68 7,35 34,79 4,14  
0,00 0,00 0,00

NOVO ORIENTE 03/2018 19,53

PP CORRETORA  
DE SEGUROS

24 OUT 2018

PPVAT

TIM Celular S.A.  
Av. Frei Serafim, 1989 - Sala 6  
Centro - Teresina - PI  
CNPJ: 04.206.050/0001-84 + I.E.: 19.455.632-0  
CNPJ da Matrix: 04.206.050/0001-80

R\$ 142,90

VENCIMENTO

25/07/2018

EMISSÃO: 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 - BRESBOS 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 Vídeo

TIM Music

TIM Banco Virtual

TIM Backup 30GB

TIM Vídeo Premium

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	30	07/06 a 06/07	R\$ 139,99
-	-	3/12	30	07/06 a 06/07	45,32
-	-	-	-	-	144,67
10GB de Internet	10GB	-	1	07/06 a 06/07	Incluído
Minutos locais e DDD com 41	Ilimitado	126m36s	1	07/06 a 06/07	Incluído
10GB de Internet para Vídeo	-	-	1	07/06 a 06/07	Incluído
TIM Music	-	-	1	07/06 a 06/07	Incluído
TIM Banco Virtual	-	-	1	07/06 a 06/07	Incluído
TIM Backup 30GB	-	-	1	07/06 a 06/07	Incluído
TIM Vídeo Premium	-	-	1	07/06 a 06/07	Incluído
Total de Mensalidades					R\$ 139,99

## 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. Centro de Atendimento: 1056

IMPOSTO TIM  
ICMS 30% R\$ 104,22 R\$ 31,27 FUSO: R\$ 0,69  
PIB/COFINS Serviços Telecom 3,65%  
PIB/COFINS Serviços Não Telecom 9,25%

Em débito automático à Cel 32,79/2012  
As contribuições de FUST (3%) e FUN/IMU (0,17%) não são repassadas ao cliente.

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

Incluídos na(s) Franquia(s)

Franquia(s) R\$ 139,99

SVA R\$ 52,32

Desconto(s) Franquia(s) R\$ -16,78

Desconto(s) SVA R\$ -13,82

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 OUT 2018

DR VAT

TIM

NOME DO CLIENTE

ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO	MÊS DE REFERÊNCIA	DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	VALOR
00000009121536776014	JUL/2018	07/07/2018	25/07/2018	R\$ 142,90

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



**Eletrobras**

Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ**

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

**OBSERVAÇÕES**

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

autenticação mecânica

12 JUL 2019

recorte aqui

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ****Eletrobras**

Distribuição Piauí

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

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

836600000001.99590017003.000000012161.976506190058





**Eletrobras**

Distribuição Piauí

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ**

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

**OBSERVAÇÕES**

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

autenticação mecânica

12 JUL 2019

recorte aqui

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ****Eletrobras**

Distribuição Piauí

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

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

836600000001.99590017003.000000012161.976506190058



TIM S.A.  
Rud. Usandino Logueiro, 1514  
CENTRO - TERESINA - PI  
CNPJ: 02.421.421/0924-08 - IE: 134445855  
CNPJ da Netrix: 02.421.421/0001-11



Página 1 de 2

R\$ 158,05

VENCIMENTO  
25/05/2019

EMISSÃO: 07/05/2019

POSTAGEM: 17/05/2019

FATURA: 3806497148

CLIENTE: 1.674.237.73

CPF/CNPJ: 849.939.443.53

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 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 PARA O NÚMERO: 86 99999-3007

Serviços TIM S.A.	VALOR
Oferta TIM Pós C Plus	R\$ 158,01
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)

Desl. 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 Banco Virtual

TIM Backup 30GB

TIM Video Premium

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1/6	30	07/04 a 06/05	189,99
-	-	30	30	07/04 a 06/05	49,98
10GB	418,2MB	1	30	07/04 a 06/05	150,01
Ilimitado	181m36s	2	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
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
-	-	1	30	07/04 a 06/05	Incluído
Total de Mensalidades					R\$ 150,01

### 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

IMPORTE TOTAL: R\$ 189,99  
ICMS: 30% R\$ 56,99  
PIS/COFINS - Serviços Telefônicos: 3,65% R\$ 6,95  
PIS/COFINS - Serviços Não Telefônicos: 3,25% R\$ 3,99

Entendimento à LST 1227412012  
As contribuições ao FUST (2%) e FUNTEL (0,9%) não são representativas ao consumo

Informações Complementares - Planos e Serviços de Valor Adicionado (SVA)  
Inclusive no(s) Planos(s):

Franchising	R\$ 245,09
SVA	R\$ 54,50
Descontos Franchising	R\$ -36,17
Descontos SVA	R\$ -13,85

✓ J CORRETORA  
DE SEGUROS

06 AGO 2019

DPVAT



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 o centro 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

94640000001 - 0 58050102017 - 3 00380649714 - 5 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 7271204 (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 estabelecido na Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/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, integrando a 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 seguro, previdência privada, reasseguração 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, nas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriano Carvalho de Souza Silveira, inscrito (a) no CPF/CNPJ 053.247.853-81, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Evanildo Lopes da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.247.853-81, do sinistro de DPVAT cobertura Inválida, da Vítima Evanildo Lopes da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.247.853-81, 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 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	Rua Sete de Setembro	Número	244	Complemento	Centro
Bairro	Centro	Cidade	Eliseu Reis	Estado	Piauí
Email	carladrianosousa@gmail.com	Telefone comercial (DDD)	(86)994022764	Telefone celular (DDD)	64.325.000 (86)99981.6608

E. veloso, dia 16 de Outubro de 2018  
Local e Data

Adriano Carvalho de Souza Silveira  
Assinatura do Declarante

**PJ CORRETORA  
DE SEGUROS**

24 OUT 2018

**DPVAT**

## 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: 4020-1996 / Outras regiões: (62) 3222-0404

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da preventão 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 Souza Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.2133 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

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

do sinistro de DPVAT cobertura Anuidade, da vítima Euvandro 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 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>Elestábio Veloso</u>	Estado:	<u>Piauí</u>
E-mail:	<u>carladrianasouza@gmail.com.br</u>				CEP: <u>64.325-000</u> Tel.(DDD): <u>(86)999815008</u>

Local e Data: Elestábio Veloso / 09.07.2019

Adriana Carla de Souza 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: 4020-1996 / Outras regiões: (62) 3222-0404

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da preventão 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 Souza Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 849.394.2133 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

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

do sinistro de DPVAT cobertura Anuidade, da vítima Euvandro 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 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>Elestábio Veloso</u>	Estado:	<u>Piauí</u>
E-mail:	<u>carladrianasouza@gmail.com.br</u>				CEP: <u>64.325-000</u> Tel.(DDD): <u>(86)999815008</u>

Local e Data: Elestábio Veloso / 09.07.2019

Adriana Carla de Souza 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 PI, 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) Bacalhôade Campes, nº 15/17.

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Evanildo Lopes da Silva cujo o condutor era Evanildo Lopes da Silva

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda CG 150 FAN ESD-II

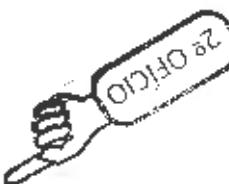
Ano: 2013 / 2013

Placa: QVE-1980

Chassi: 3CZKJ680E8R435639

Data do Acidente: 20-06-2013

Local e Data: Elesbão Veloso - PI



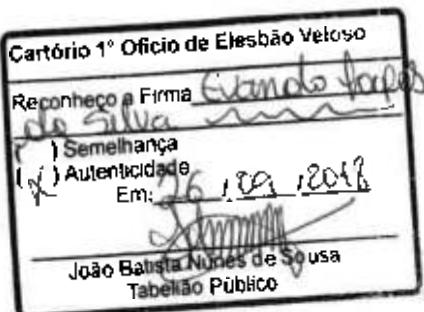
Rene Ribeiro dos Santos



Assinatura do Declarante

Evanildo Lopes da Silva

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



Reconheço verdadeira a  
firma Rene Ribeiro  
dos Santos

Em testemunho  
Elesbão Veloso-PI 15 de 06 de 13

Maria Inês do Vale Leal

Escrevente Substituta  
Cartório 2º Ofício  
Elesbão Veloso - PI

PR CORRETORA  
DE SEGUROS

24 OUT 2013

DPVAT

## 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 resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Localidade: Campesino, nº 157,

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Evando Lopes da Silva cujo o condutor era Evando Lopes da Silva.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda CG 150 FAN ESDI

Ano: 2013 / 2013

Placa: OVE - 4980

Chassi: 3CZK3680ER435639

Data do Acidente: 20.06.2018

Local e Data: Elesbão Veloso - PI 26.09.2018

2º Ofício

Rene Ribeiro dos Santos

Assinatura do Declarante

Evando 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

Em testemunho WJ de verdade.  
Elesbão Veloso - PI 15 de 10 de 18

Maria Inez do Vale Leal  
Escrevente

Escrevente Substituta  
Cartório 2º Ofício  
Elesbão Veloso - PI

12 JUL 2019  
DRVAT

## 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 068.323.743-03, com domicílio na cidade de Elesbão Veloso, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Localidade: Campesino, nº 157,

complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Evando Lopes da Silva cujo o condutor era Evando Lopes da Silva.

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda CG 150 FAN ESDI

Ano: 2013 / 2013

Placa: OVE - 4980

Chassi: 3CZK3680ER435639

Data do Acidente: 20.06.2018

Local e Data: Elesbão Veloso - PI 26.09.2018

2º Ofício

Rene Ribeiro dos Santos

Assinatura do Declarante

Evando Lopes da Silva

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



Reconheço verdadeira a  
firma Maria Inez do Vale Leal

Em testemunho WJ de verdade.  
Elesbão Veloso - PI 15 de 10 de 18

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

12 JUL 2019

DRVAT



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

Avenida Benício Alves da Silva, 5777 Centro  
Fone/Fax: (86) 3285-1133 Cep.: 64.325-000 - Elísio Veloso-PI  
CNPJ: 06.563.564/0012-90 E-MAIL: hospitalnorbertomoura@hotmail.com

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
PRONTO SOCORRO

09/04/1989

NOME DO PACIENTE:	IDADE	
<i>Eduardo Luiz de Souza</i>	29 a	
ENDERECO:	CIDADE	UF
<i>Rua Santa Maria</i>	<i>Elísio Veloso</i>	<i>P</i>
CPF:	RG:	
051.247.353-83	2616165	
NOME DO PAI:		
<i>José Hilton Luiz de Souza</i>		
NOME DA MÃE:		
<i>Maria Adriana Souza de Souza</i>		
DADOS CLÍNICOS		
<i>- Auscultado rale gáveno, escorregões gelho seco, FSP, escorregões ombro direito, edema ocular direito, classificado no que significa inabilitação, fangone 12</i>		
DIAGNÓSTICO		
<i>- Trauma moderado</i>		
PJ CORRETORA DE SEGUROS		
24 OUT 2018		
DPVAT		
DATA	<i>20/06/18</i>	
<i>Dr. Osmar Silveira</i> Médico CRM PI 6452 ASS. CARIMBO DO MÉDICO		

CONFERE CO

11-07-18  
Assinatura



SAMU 70460619566983  
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA  
ELEIRÃO VELHO - PIABU

PA-140410  
508192  
PL.119  
gl.155 29a



04/04/1989 PRONTO SOCORRO

NOME:

Wendio Lopes da Silva

ENDERECO:

Rua Santa Maria B. Vilas

DADOS CLÍNICOS:

Pra comite genitalizado pelo parente  
Examinaçao gineco recto, F.F.T, Endometrio  
recto, localizado, glauco 12 da unica.

DIAGNÓSTICO:

- Observação

Dr. Osmar Silveira Pessanha  
CRM PI 6457  
MÉDICO

20/06/18

DATA

CONFERE COM O ORIGINAL

Natalia Ma de Jesus Rocha  
22/08/2018

PR CORRETORA  
DE SEGUROS

24 OUT 2018

DPVAT



**GOV. DO ESTADO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
AL ESTADUAL NORBERTO MOURA**

3

ESTADIO NORBERTO GÓMEZ  
10 AÑOS DE FÚTBOL

卷之三

**SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
AL ESTADUAL NORBERTO MOURA**

M) con perdita  
29 a

1010

PRESCRIÇÕES MÉDICAS E CONTROLE DE A

EDO PACIENTE

relo Tegor oder Schling

MEDICAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM
EDT 1000m/dia	1: ( ) 2: ( )	Fls. 12:30h. Pct. deu catarata no hospital no dia 19/09 e faleceu 31/09. Socorro com ambulância SAMU. SAMU bastante agitado com convulsões no rosto direito, edema ocular direito, sobrecarga na ombreira PA- 170x110. GE-155 PMS 18:25h. PA- 130x90 mmHg.
EDT 1000m/dia	1: ( ) 2: ( )	Leitura enfermagem Técnica de enfermagem Assistente
EDT 1000m/dia	1: ( ) 2: ( )	As 23:10h PA: 160x120 mmHg.
EDT 1000m/dia	1: ( ) 2: ( )	Quercetina capsula 160mg/dia posse.
EDT 1000m/dia	1: ( ) 2: ( )	Vômito e vômitos provocados alterados. Comunicou ao nutrição. Paciente apresenta dor epigástrica e no abdômen, abdominal macio e indolor. Fimor abdominal normal. Pressão 130/80 mmHg.
EDT 1000m/dia	1: ( ) 2: ( )	Administrador suspeita que:



HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA  
ESTADO: PIAUÍ

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



CARIMBO DA U.S.  
SOLICITANTE

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

ME <i>Vanda Teixeira da Silva</i>					Nº DO PRONTUÁRIO	
ENDERÉSCO		BAIRRO		MUNICÍPIO	UF	
				<i>Eusébio Veloso</i>	<i>PI</i>	
FECHA	ENFERMARIA/ LEITO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MAS. <input type="checkbox"/> FEM.	DATA DA ÚLTIMA MENSTRUAÇÃO	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 moto</i>						
EXAMES SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS) <i>Rx Torax PA e perfil - oubro direito</i>						
ASSINATURA DO PACIENTE RESPONSÁVEL						
MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)						

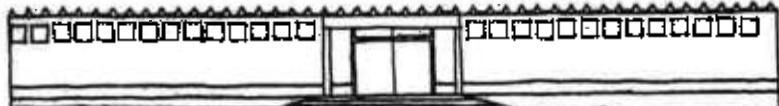
DATA 20/06/178

*Dr. Osmar Silveira Neto*  
Médico  
CRM/PI 6457

CONFIRA COM O ORIGINAL.

*Natalia Ma de Jesus Ribeiro*  
22/08/2018





**HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA**  
ELESBÃO VELOSO • PIAUÍ

**DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

DA UNIDADE <i>HEN Moura</i>	PARA A UNIDADE HUT < 10:30687 264641876 - autorização
PACIENTE <i>Eduardo Lopes da Silveira</i>	REGISTRO
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO <i>Idade: 13 FC: 100 bpm PA: 110/90 mmHg FR: 20 ipm</i>	
<p>Paciente vítima de acidente motociclistico há aproximadamente 24 horas com histórico de perda de consciência e vômitos no momento do ocorrido. Exala clorofórmica, expondo para o ar fresco, respira com dificuldade, vomita quantidades de vômito e em episódio de hematemese e呕tare.</p> <p><i>Dra. Tatiane Lopes</i> Carimbo</p>	
DATA <u>21 / 06 / 2018</u>	Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

**FICHA DE RETORNO**

DA UNIDADE	PARA A UNIDADE
<p><i>Carimbo</i></p>	
DATA _____ / _____ / _____	Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

**OBSERVAÇÃO:**

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



NOME DO PACIENTE: Evando Lopes da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 261557

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

~~RECUPERAÇÃO~~



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Cito Pinto 1820 Redenção - Nossa: 86 3218 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Data: 21/06/2018 15:01:49

User: REGISLANDI

Estado: RECEPCAO1

### 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 FARINHO SN - PIÇARRA - PLESBAC VELOSO - PI - CEP: 64325-300	
Nascimento:	09/04/1969	Idade: 29a2m12d
Sexo:	Masculino	
Responsável:	MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES	
CNPJ:	898034027707801	
Profissão:	LAVRADOR	
RG:	2616165 - SSP	
G. Instrução:	Nômio Incompleto	
E.Civil:	Comcubinato	
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: S U S	
cid. Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

#### DADOS CLÍNICOS: 15/JCL

Paciente vítima de acidente de motocicleta, suspeita pelo SAMU, desacordado, houve mal-estar 24h.

- (A) Vias urinárias, pernas, s/ color curvadas e prementes
- (B) MUG, s/ náuseas adenome
- (C) S/ sanguinolentos ordens; abdome hipertônico a palpação
- (D) Convulsões, desorientado ECG: 12, isquémico, doloroso
- (E) Hematemese paroxístico (D); exsudativo fonte eixos zigomáticos p. HSO e inferior

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

HUT DE 27/06/2018 12:04:44

TOCO-ESTÁTICA UNILATERAL ALADA

EXAME: Teste de exame

DATA: 21/06/18 15:54

Palpação: \_\_\_\_\_

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solutu TC de crânio</li> <li>- Solutu para exame de ressonância</li> </ul>	

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

Adonilton Moreira  
Urologista Cirurgião  
CRM: 3745

Assinatura Paciente ou Responsável:

3030400912

506 8

Carimbo Assinatura - Profissional - SP

Paulo Antônio Lopes



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Rodoviário - Fone: 063 3718 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 21/06/2018 10:03:49  
(REGISTRADE)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: EVANDO LOPES DA SILVA		Prontuário: 261557
Mãe: MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES	Pai: JOSE AIRTON LOPEZ	
End. Resid.: RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELESBÃO VELOSO - PI - CEP: 64325-000		
Nascimento: 09/04/1989	Idade: 29a2m12d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9478-3163
Responsável: MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES		CNS: 89800402770780
Profissão: LAVRADOR	Documento: RG: 2616165 - 882	
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Concubinato	
End. Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

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

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: ___/___/___ : ___	ESPECIALISTA: <u>NCR</u>
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: <u>ACE</u> <u>G15</u> <u>AC: AED vertex</u> <u>+ contusão múltipla</u> <u>co: Interno</u>	Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ___/___/___ : ___	<u>R</u> <u>ACE</u>
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: ___/___/___ : ___	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	<u>CCM</u>
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: ___/___/___ : ___	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	



HOSPITAL DE HIGIÉNICA DE TERESINA - HHT

Rua Dr. Otto Tilo 1920 Redenção - Fone: RF 3218-5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-775 CNPJ: 05.322.917/0022-02

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

Internação:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Referência:	Leito:	Médico Assistente:
216951	261557	EVANDO LOPES DA SILVA	CLÍNICA NEUROLOGIA - P07	ENFERMAGRA 211	LEITO 135	MARCUS VITÓRIUS OLIVEIRA DOS SANTOS
<b>Evolução:</b>	<b>Fora:</b>	<b>GIC - Coração - Igreja - Blf Hospitalar</b>	<b>Alergias:</b>	<b>Diagnóstico/Comorbidades:</b>	<b>Horários:</b>	<b>RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:</b>
Seq.:		Descrição-apresentação/Observação:	Dose:	Unid.:	Via:	Int.:
		ORAL tipo BRANCA.				
Dieta						
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SÓRIO FISIOLOGICO) 1000ML SIST FECHADO		1,00	Frasco	EV	12/12h
2	RANTIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 8 AD		50,00	mg	EV	8/8h
3	DIFERONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML. EM CASO DE DOR OU FEBRE		1,00	Ampola	EV	6/6h
4	ERICEPTIDA 5MG/ML, INJ. 2ML. FAZER 2ML + 8 AD EM CASO DE MAUSAS 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 10ML SF 0,9% EV 6/6h - EM CASO DE DOR INTERNA		1,00	Ampola	EV	SF 0,9%
7	MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML. DILUIT PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTERNA		1,00	Ampola	EV	AD
8	CAPTOPRIL 25MG SE PA > 160/110MMHG		2,00	Comprim	Oral	8/8h
9	FENTOTXA SÓDICA 100 MG		1,00	Comprim	Oral	8/8h
10	PROSTAZINA, 25MG/ML, INJ. IM C/2ML.		1,00	Ampola	IM	12/12h

Differences: Geologic

THEORY AND PRACTICE IN THE FIELD OF COUNSELLING

Dr. Riccardo Lopez

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 114824

AIH: 2218100380980

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
996004027707801	EVANDO LOPES DA SILVA	09/04/1989	M	26187
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES	MARIA ADRIANA	
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO			NUMERO/LOTE
64320006				50N
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		UF
ZONA RURAL	LOCALIDADE	ELISBÁO VELOSO		P.

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ACIDENTE DE MOTO (JÁ 24 H. COM PERDA DA CONSCIÊNCIA E VÓMITO. EVOLUI COM VÓMITOS PERSISTENTES, EPISTAXE, HEMATÊMESE, REBAIXAMENTO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA.

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO DE TCE

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

TC DE CRANIO + EXAME FÍSICO

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
S058 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS		

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0303040092 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANOENCEFÁLICO GRAU MÍDIO

LEITO/CLÍNICA NEUROCIRURGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))		
CARATER URGÊNCIA	RICARDO MARQUES FONSECA ARANHA CRM: 45281024320 CPF: 05281024320		
DATA ADMISSÃO 21/06/2018 14:57	DATA ALTA 26/06/2018 12:31	MOTIVO ALTA MELHORADO	CRM:

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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))	NO MEIO DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVAIAÇÃO / AUDITORIA
MARCONDES MARTINS SANTOS MOGRA CPF: 07915400763	DATA ANÁLISE: 21/06/2018 16:53:00

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Lito 1820 Redenção - Pone: R6 3216 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.517/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA N°.: 9101 - Em: (22/06/2018)

Internação:	Pontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
216951	261557	EVANDO LOPEZ DA SILVA	CLÍNICA NEUROLOGIA - EVI	ENFERMAGIA 211	LATO 65	RICARDO MARCUS LOPEZ DE ARAUJO
Evolução:	Fórmula:	<u>Hexo amar - TCE - G44.</u>	Alergias:			
Horas:						
Seq.:	Descrição-Apresentação/Observação:	Vitro, Nutrição Intravenosa Entra na Lutosa CRN: 21642/Piúma/CE/10537	Unid.:	Via:	Int.:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:
Dietas	ORAL Tipo BRANDA,		1,00 Frasco	EV	12/12h	<u>14/14 - Parauanato AUP MS E.</u>
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SÓRIO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO					<u>Celco W: 22 e instante H. V. Igua</u>
2	HANITIDINA 25MG/ML INJ. C/2ML. FAZER 2ML + 6 AD	50,00 mg	EV	8/8h		
3	DIPTIRONA SÓDICA 500MG/ML INJ. 2ML. <u>EM CASO DE DOR OU SECRE</u>	1,00 Ampola	EV	6/6h		
4	BROMOPRIDA 5MG/ML INJ. 2ML. FAZER 2ML + 6AD EM CASO DE NAUSÉAS E/OU VÓMITOS	1,00 Ampola	EV	8/8h	AD	
5	HALOPERIDOL 5MG/ML INJ. AMP 1ML. <u>EM CASO DE AGITAÇÃO PSICODÉLICA</u>	1,00 Ampola	IM	SN		
6	TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6H - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00 Ampola	EV	SN		<u>9x 0,94</u>
7	MORFINA 10MG/ML INJ. C/1ML. DELIVER PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4E BS DOR INTENSA	1,00 Ampola	EV	SN	AD	
8	CAPTOPRIL 25MG SE PA > 160/110MMHG	2,00 Comprim	Oral	8/8h		
9	FRONTOFOLINA 100 MG	1,00 Comprim	Oral	8/8h		

Observações Gerais: CONCELENO FICADA 30º / FLST/INTERFET MOTORA E RESPIRATORIA / S. RAIS VITais RECENTARES / NEUROCHECK 2/2 B



PRÉSCRICÃO MEDICAMENTOSA

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

A small, rectangular seal impression featuring stylized characters, likely a library or collection mark.

**HUT**

PACIENTE: GRANDE

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES

EFELAS

MEDICO/CRM:



**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Este 1829 - Redenção - Piauí - 62116-5045  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.817/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVANDO LOPES DA SILVA** (Frontário: 281557)

Endereço: **RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELEZÉAO VELOSO - PI CEP: 64225-000**

Nascimento: **09/04/1989** Idade: **29a4m24d** Sexo: Masculino Ongam: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **676400**

Requisição: **888666** Solotagão: **27/07/2016** Solicitante: **FÁBIO MARCOS DE SOUSA**

Centro: **1052798** Convenio: **SUS**

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0204040805**

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.

ANNEKE ALBERTO

TERESINA - PI 03/08/2016

**CARLOS AUGUSTO MOLINA PE**

CPF: 133.903.173-68 CRM-PI 1341

Profissional Responsável

CARLOS AUGUSTO MOLINA PE

CRM-PI 1341

Anneke Alberto

27/07/2016

K



HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT  
Av. Dr. Silveira Martins 1929 - Edifício - Fone: (86) 3214-3445  
TERESINA-PI CEP: 64017-330 CNPJ: 65.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: EVANDO LOPEZ DA SILVA (Prontuário 284557)

Endereço: RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELESSAO VELoso - PI CEP: 64325-030

Nascimento: 09/04/1988 Idade: 29 Anos Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 670663

Requisição: 848790 Solitário: 21/06/2018 Solitário: FABIO MARCUS DE SOUSA

Controle: 1049912 Convenio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. GIA: 0208016078

Data Exame: 21/06/2018

### LC: DE CRANIO

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

### RELATÓRIO:

- FRATURAS CRANIANAS BIPARIETALIS NA ALTA CONVEXIDADE, COM DIÁSTASE DA SUTURA CORONAL, E ESTENDENDO-SE PARA REGIÃO TEMPORAL À DIREITA E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA DIREITA.
- HEMATOMA EXTRAXIAL AGUDO NA ALTA CONVEXIDADE, COM FOCUS GASOSOS DE HERMBIO.
- HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR AGUDO PARIETAL POSTERIOR À ESQUERDA.
- CONTUSÕES PARENQUIMATOSAS HEMORRÁGICAS NOS LOBOS TEMPORAL E PARIETAL ESQUERDOS.
- FRAFURAS EM SEIOS MAXILAR E ESPIENOIDAL DIREITOS, COM HEMOSINUS.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E BULOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATHOLÓGICAS.

(JOAQUIM ANTONIO)

TERESINA - PI 22/06/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CRM: 0000000000 CRM: 2853

Profissional Responsável

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA  
CRM: 0000000000 CRM: 2853  
Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Cito Tito 1820 - Edifício - Fone: 85 3218 5115  
 TERESINA-PI CEP: 64017-370 CNPJ: 05.522.817/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVANDO LOPES DA SILVA** (Frontário: 281557)

Endereço: RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELEONOR VELUDO - PI CEP: 64525-000

Nascimento: 09/04/1989 Idade: 29a4m8d Sexo: Masculino Origem: URGENCIA/EMERG Atendimento: 579733

Requisição: 865117 Solitário: 17/08/2016 Solitante: CLERISTON SILVA MOURA

Controle: 1070636 Gênero: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205010078

Data Exame: 17/08/2016

### TC DE CRÂNIO

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

### RELATÓRIO:

- LESÃO INTRAXIAL HIPODENSA, 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 SULCUS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATHOLÓGICAS.

(Assinatura)

TERESINA - PI 17/08/2016

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**

CPF: 462.797.289-91 CRM-PI 2891

Profissional Responsável

Unidade de Pronto Atendimento  
 Centro de Saúde  
 COE - Centro de Operações

LVB



**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 - ELESBÃO 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: 1049912 Convênio: SUS

### 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. Olío Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3213 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 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: SUS

### 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 HIPODENSA, 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:

Endereço:

Eusébio Lopes da Silva

Paciente vítima de acidente e  
motociclistico onde veio a  
fraturar clavícula direita após  
avaliação fisioterapêutica  
observou má formação de  
calo onde em comparação com  
o membro contralateral consta-  
groumente redução funcional  
em 10% no seu membro afetado.

Data: 09/07/19

Danilo José Alves de Souza  
Fisioterapeuta  
CREFITO-192084-F 61400-0000

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, 377 - Centro  
Fone/Fax: (86) 3285-1133 CEP 64.325-000 - Elesbão Veloso-PI  
CNPJ: 06.553.564/001299 e-mail: hospitalelesboveloso@hotmail.com



## RECEITUÁRIO

PI: Franco Lipp do Nascimento

END.: Avenida Pedro II, 1234 - Centro

Agradecido

Pedimos para os devidos trâmites, que o paciente Nefem acidente de trânsito, no dia 05/07/2013, na Rua Presidente Getúlio Vargas, no bairro São José, em Teresina.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

12 JUL 2013

DPVAT

0.710712  
Thiago Almeida da Cruz  
MÉDICO  
CRM-PI 16808  
CRM-MG 9776

GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA (HENM)Avenida Benedito Alves da Silva, 577/ Centro  
Fone/Fax: (86) 3285-1133 Cep.: 64.325-000 - Elestácio 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>Eduardo Lopes da Silva</i>		IDADE: <i>29a</i>
ENDERECO: <i>Rua Santa Maria</i>		CIDADE: <i>Elestácio Veloso</i>
CPF: <i>051.347.353-81</i>	RG: <i>2616165</i>	UF: <i>PI</i>
NOME DO PAI: <i>José Antônio Lopes</i>		
NOME DA MÃE: <i>Maria Adriana Lopes da Silva Lopes</i>		
DADOS CLÍNICOS <i>- Andamento geral apresenta febre aguda persistente, FIP, escoriações sobre todo o corpo, edema ocular direito, desligado no que diz respeito à mictinação, flogos 12</i>		
DIAGNÓSTICO <i>- Trauma moderado</i>		
		 Dr. Osmar Silveira Médico CEM-PI6457 ASS. CARIMBO DO MÉDICO
DATA <i>20/06/18</i>		

CONFERE CO/ C. P. D. M. I. N. A.

11.07.18  
Assistir



SUS 704606195669103  
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA  
ELETRO VELOSO - PI

PA-170110  
508192  
Pl. 119  
gl. 155 29a



04/04/18 289

### PRONTO SOCORRO

NOME:

Guilherme Lopes da Silva

ENDERECO:

Rua Santa Maria B. Vilares

DADOS CLÍNICOS:

Paciente acidentado pelo trânsito.  
Ficou caindo no chão, FTT, Edema de pulmão  
direito, encalhado, clipes T2 do urinário.

DIAGNÓSTICO:

- Abnegação

Dr. Osmar Silveira Filho

Médico  
CRM PI 6457

MÉDICO

20 / 04 / 18

DATA

CONFERE COM O ORIGINAL

Natalia M. de Jesus Rocha  
22/08/2018

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

DPVAT



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



CARIMBO DA U.S.  
SOLICITANTE

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

ME <i>Wandres Lages da Silva</i>				Nº DO PRONTUÁRIO	
ENDERÉSCO		BAIRRO		MUNICÍPIO <i>Elesbão Veloso</i>	UF <i>PI</i>
DATA CLÍNICA	ENFERMARIA/LEITO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MAS. <input type="checkbox"/> FEM.	DATA DA ÚLTIMA MENSTRUAÇÃO	
				Nº GESTAÇÃO	TIPO DE PARTO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FORCEPS <input type="checkbox"/> CESÁREA <input type="checkbox"/> OUTROS
OS CLÍNICOS <i>Acometendo mola</i>					
MÉS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS) <i>Rx Tarax ps - prof - ondas direitas</i>					
ASSINATURA DO PACIENTE RESPONSÁVEL					
MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)					

DATA 20/06/178 Dr. Osmar Siqueira Neto  
Medico  
CAMP B457

CONFERE COM O ORIGINAL

Notácia Ma de Jesus Ribeiro  
22/08/2018



GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
L ESTADUAL NORBERTO MORAES

26

3

**Fone/Fax:** (091) 3285-1133 **Cep:** 56.325-400 - **E-mail:** [foneweb@uol.com.br](mailto:foneweb@uol.com.br)

10 VERSO

PRESCRIÇÕES MÉDICAS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

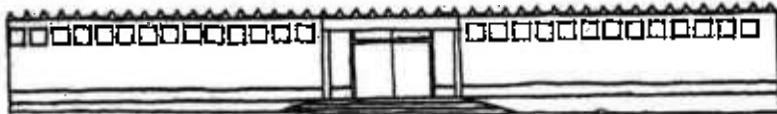
EDO PACIENTE

Volo Tropico da Sibio

Nº DO REGISTRO ] DATA DA ADMISSÃO  
[ 20106118

ENFILEIRO —

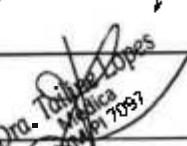
MEDICAMENTO	HORÁRIO	EVOLUÇÃO MÉDICA E DE ENFERMAGEM
EST 1000m / dia	1 ( ) 2 ( )	SA. 12.30h. Pct dura entidade mais longa em observação por Dr. Osmar Silveira fim da queda de motocicleta Transito com sangramento (3) 40g. se minima sangramento constante.
oxitocina 1000 U.E. 10ml	2 ( ) 3 ( )	(4) 100g. 50g. 6) 50g. 7) 50g. 8) 50g.
lidocaína 1000 U.E. 10ml	2 ( ) 3 ( )	no rosto direito, edema cutâneo difuso e sudorese na ombro PA- 170x110. CO 155 ang 105° 0 97% FC 119
glucosa 500 ml 10%	2 ( ) 3 ( )	AS 18.25h. PA- 130x90 mmHg AS 23.10h PA- 160x120 mmHg, Glucose capilar 16.2 mg/dl Popel. 03 Ls 23.20 h. Paciente apresenta dor epigástrica intensa e doloros movimento estreñido. Comunica do medo. Portava encontrada convicte, 10%. Respira- do em ambientes abertos fala e indutor humor ambulatório suspeita mente.
colesterolemia 1000 U.E. 10ml	2 ( ) 3 ( )	Dr. Osmar Silveira CRF-PI-6457
colesterol 1000 U.E. 10ml	2 ( ) 3 ( )	Dr. Osmar Silveira CRF-PI-6457



**HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA**  
ELESBÃO VELOSO • PIAUÍ

## **DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

## **FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

DA UNIDADE HEN/oura	PARA A UNIDADE HUT ID: 30687 264641876 - autorização
PACIENTE Eduardo Lopes de Souza	REGISTRO
Idade: 13 PA: 90/60 mmHg FC: 100 bpm FR: 20 rpm	MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO  Paciente vítima de acidente motociclistico há aproximadamente 24 horas. com história de perda de consciência e vômito no momento do ocorrido. Evolução com desorientação, equimose periorbitária direita, vários episódios de vômito e um episódio de hematemese e gártase.
DATA 21 / 06 / 2018	 Dr. Taíse Lopes Carimbo 7597
Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo	

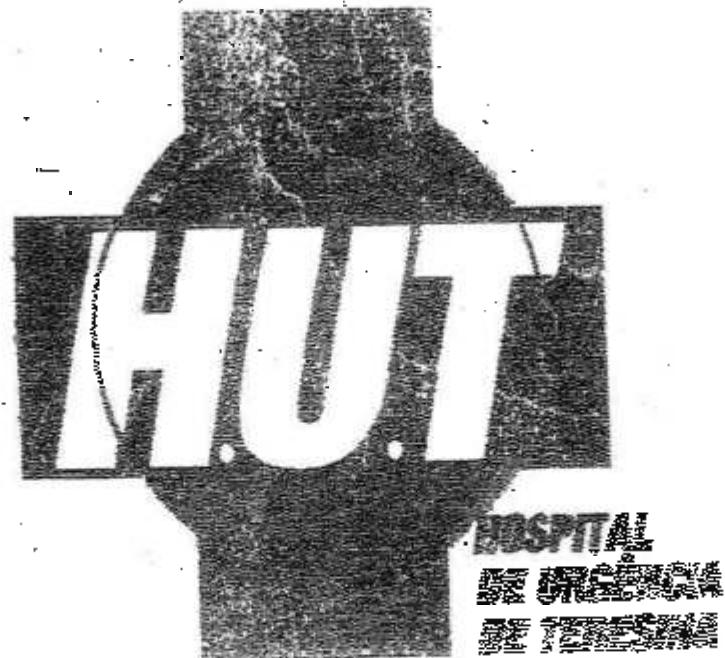
## **FICHA DE RETORNO**

A UNIDADE	PARA A UNIDADE
	12 JUL 2010 DPVAT
	<del>Agência de Saúde Pública do RJ</del>
DATA ____ / ____ / ____	Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

**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 + TPB	23:20	08:00h Paciente segue agitado, desorientado, apresentando dor abdominal perdo equilíbrio, muita sede, abstinente a sustâncias, sons macios. Ad comunitária hidroide, acrescentou medicação administrada. TPA: 180g e 30ml de líquido sanguíneo. Peso: 67kg
Cefotaxima 250mg + TPB	07:00h	08:30h Paciente apresenta dor abdominal intensa, HU e retinhas em seguida. Compte 67kg
Sulfato de Rámonio 500mg	08:25h	Ar 14:00h - Pela retomada de história de paciente, aproximadamente 24 horas com história de perdas e vômitos no momento do acidente. Evolução com vômitos torácicos, dor abdominal, dor retroesternal, maior episódio de vômito e dor de fundo de peito e epigástrico. TRANSFERIDO para UPA de Aracaju.
Dr. Osmar Siqueira Filho CRM-016457	Dr. Osmar Siqueira Filho CRM-016457	Dr. Osmar Siqueira Filho CRM-016457



NOME DO PACIENTE: Evanaldo Lopes da Silva

J CORRETORA  
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 261557

SERVÍCIO 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 - Rodovia - Fone: 86 3215 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

~~NEUROLOGIA~~

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

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

(Nome: REGULADOR:

(Estação: EBCEFCH002)

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 PARENTE SN - PIÇARRA - ELIAS DA VELOSO - PI - CEP: 64325-000		
Nascimento: 09/04/1980	Idade: 29a2m12d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9678 3763
Responsável: MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES	CNS: 290004027707801	
Profissão: LAVRADOR	CPF: * RG: 2616165 - SSP	
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Combinado	
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: S U S	
cid.Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS: 15/06/2018

Paciente vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, desacordado há mais de 24h.

(A) Vias aéreas: patas, s/ colar cervical e punhos

(B) HVG, s/ ruidos adventícios

(C) S/ sangramento endovenoso, abdome hiperêmico a palpação

(D) Coração, desequilíbrio, ECG 12, isquémico, doloroso

(E) hematoma perineal (D), enurese forte e exsudado gengivofacial p/ MSO e inferior

12 JUL 2018 DPVAT

PA: mmHg Peso: \_\_\_\_\_ FGT: \_\_\_\_\_ bpm Temp.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Inicial:

HUT DA TROMBOEMBOLIA

CONVOCAÇÃO: UNIDADES-ALADA

DATA: 21/06/2018 15:54

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

DATA SAÍDA: / / HORA: / : /

( ) Internação na Unidade

Proced. Solicitado: \_\_\_\_\_

CID Compatível: \_\_\_\_\_

Prof. Solicitante: \_\_\_\_\_

Internação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Olito Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3216 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-370 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 21/06/2018 15:03:49  
(REGISTRAÇÃO)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: EVANDO LOPES DA SILVA		Prontuário: 261557
Mãe: MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES	Pai: JOSE AERTON LOPES	
End. Resid.: RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELESBÃO VELHO - PI - CEP: 64325-000		
Nascimento: 09/04/1989	Idade: 29a2m12d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9478-3763
Responsável: MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES		CNS: 898004027707801
Profissão: LAVRADOR	Documento: RG: 2616165 - SEP	
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Comunhamento	
End. Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

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

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : \_\_\_ ESPECIALISTA: Nel

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:  
TCG  
GIC  
TC: ATED Vertex  
+ contusão múltipla  
co: Interno

Carimbo/Assinatura Solicitante

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

R  
12/06/18

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : \_\_\_ ESPECIALISTA: \_\_\_ 12 JUL 2019

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:  
COMPL  
DPVAT

Carimbo/Assinatura Solicitante

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Olho Tito 1820 Redenção - Fone: R6 3218 5445  
TERESINA - PI - CEP: 64177-070 CNP: 05.522.971/0022-02

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

<b>Internação:</b> 216951	<b>Pronunciário:</b> 261557	<b>Paciente:</b> EVANCO LOPES DA SILVA	<b>Clínica:</b> CLÍNICA NEUROLOGIA - P07	<b>Enfermaria:</b> ENFERMAGIA 201	<b>Leito:</b> LEITO 135	<b>Médico Responsável:</b> MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS
<b>Evolução:</b> Horas:  <i>C15 - Coração fraco. Alt. Hospitalar</i>						
<b>Sac. :</b>	<b>Descrição-Apresentação/Observação:</b>	<b>Dose:</b>	<b>Unid.:</b>	<b>Via:</b>	<b>Int.:</b>	<b>Recoms:</b>
<b>Dieta</b>	ORAL TIPO BRANDA.					
<b>1</b>	<b>GLÓBICO DE SÓDIO 0,9% (SÓDIO FISIOLÓGICO)</b> 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h	
<b>2</b>	<b>RANTITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.</b> TAZIR 2ML + B AD	50,00	mg	EV	8/8h	
<b>3</b>	<b>DIPROTETRA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.</b> EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD
<b>4</b>	<b>BROMOPERIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.</b> FAZER 2ML + BAI EM CASO DE NÁUSEAS OU VÓMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h	AD
<b>5</b>	<b>HALOOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML.</b> EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	SN	
<b>6</b>	<b>TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL</b> FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6h - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	8h	SE 0,9%
<b>7</b>	<b>MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML.</b> DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN	AD
<b>8</b>	<b>CAPTOPRIL 25MG</b> SE PR 160/110MG/KG	2,00	Comprim	ORAL	8/8h	
<b>9</b>	<b>FENITOÍNA SÓDICA 100 MG</b>	1,00	Comprim	ORAL	8/8h	
<b>10</b>	<b>PROMETAZINA, 25MG/ML, INJ. IM C/2ML,</b>	1,00	Ampola	IM	12/12h	

<b>Seq. :</b>	<b>Descrição-Apresentação/Observação:</b>	<b>Dose:</b>	<b>Unid.:</b>	<b>Via:</b>	<b>Int.:</b>	<b>Recoms:</b>	<b>Dil. Vol.:</b>	<b>Horários:</b>	<b>RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:</b>
<b>Dieta</b>	ORAL TIPO BRANDA.								<i>SL. RT de alto suspeito</i>
<b>1</b>	<b>CLORÉTICO DE SÓDIO 0,9% (SÓDIO FISIOLÓGICO)</b> 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h				<i>Salto C. Bebera Guttmann Guttmann Guttmann</i>
<b>2</b>	<b>RANTITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.</b> TAZIR 2ML + B AD	50,00	mg	EV	8/8h				<i>Jano Caren 2130</i>
<b>3</b>	<b>DIPROTETRA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.</b> EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD			
<b>4</b>	<b>BROMOPERIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.</b> FAZER 2ML + BAI EM CASO DE NÁUSEAS OU VÓMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h	AD			
<b>5</b>	<b>HALOOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML.</b> EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	SN				
<b>6</b>	<b>TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL</b> FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6h - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	8h	SE 0,9%			
<b>7</b>	<b>MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML.</b> DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN	AD			
<b>8</b>	<b>CAPTOPRIL 25MG</b> SE PR 160/110MG/KG	2,00	Comprim	ORAL	8/8h				
<b>9</b>	<b>FENITOÍNA SÓDICA 100 MG</b>	1,00	Comprim	ORAL	8/8h				
<b>10</b>	<b>PROMETAZINA, 25MG/ML, INJ. IM C/2ML,</b>	1,00	Ampola	IM	12/12h				

Observações Gerais:

CABOCLOSA ESTAVADA 3G + FISIOTERAPIA MOTORA 2 RESPIRATORIA + SINAIS V-TM-3 RESSALVADORES + NEURODROCK 2/2 H

*Dr. Ricardo Lopes*  
Delegado de Policia Civil

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 104824

AIH: 2218100380980

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES  
5828856ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES  
5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898001-027207801	EVANDO LOPES DA SILVA	09/04/1989	M	261557
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES	MARIA ADRIANA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
64325000				S/
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO		UF
ZONA RURAL	LOCALIDADE	ELISBAU VELOSO		PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

## CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

TRATAMENTO DE TCE

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

TC DE CRANIO -EXAME FÍSICO

## INFORMAÇOES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL  
S08 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

U303(4008) - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAU MÉDIO

## LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

RICARDO MARQUES COPPS DE ARAGAO  
CRM: 95281930120

CRM:

CARÁTER	DATA SOLICITAÇÃO	
URGÊNCIA	21/06/2018	
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
21/06/2018 14:57	26/06/2018 12:51	MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGUROADORA 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)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
MARCOS MARTINS SANTOS MOURA CRM: 01030400561	DATA ANÁLISE: 21/06/2018 10:37:03 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: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA N°: 9101 - Pm: (22/06/2018)

Intervenção:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
216951	261557	EVANDO LOFES DA SILVA	CLÍNICA NEUROLOGIA - 201	ENFERMARIA 211	LEITO 65	RICARDO MARQUES LOFES DE ARAÚJO
Evolução:	Horas:	Prescrição				
		<i>Heo comum - tce - gic.</i>				
Seq.:	Descrição Apresentação/Observação	Visto:	Nutrição:	Dose:	Unid.:	Via:
	ORAL TIPO BRANCA,					
	CRN: 21642/Pluclipta					
Data						
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SÓRIO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h	
2	RANTIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML, FAZER 2ML + 8 AD	50,00	mg	EV	B/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML, EM CASO DE DOR DE CABEÇA	1,00	Ampola	EV	5/6h	
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML, FAZER 2ML+ 8AD EM CASO DE NAUSEAS-ESTÔMACHOS	1,00	Ampola	EV	B/8h	
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML, EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTOR	1,00	Ampola	IM	SN	
6	TRAMADOL 10MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6H - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN	
7	MORFINA 10MG/ML INJ. C/1ML, DIMINIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN	AD
8	CAPTOPRIL 25MG SE PM > 150/110MMHG	2,00	Comprim	Oral	8/8h	
9	PENTOXÍFIMA SÓDICA 100 MG	1,00	Comprim	Oral	8/8h	

Observações Gerais: *Capaceten 325mg 300 / FISTOTRÀFIA MOTORA E RESPIRATÓRIA / SÍNAPSE VITÂS REGULARES / NEUROPAQUE 2/2 R*



**PREFEITURA DE TERESINA**  
**FUNDACÃO MUNICIPAL DE SAÚDE**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

2421





**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otávio Tito 1320 - Edson Queiroz - Fone: 86 3228 5645  
 TERESINA-PI CEP: 64017-730 CNPJ: 05.522.817/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVANBO LOPES DA SILVA (Frontário 28-1557)**

Endereço: **RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELESBADIO VELOSO - PI CEP: 64025-000**

Nascimento: **09/04/1989** Idade: **29a4m24d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **576400**

Requisição: **866896** Solicitação: **27/07/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**

Contrato: **1052793** Convenio: **SUS**

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0204040005**

Data Exame: **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 desalinizada na diáfise da clavícula.
- Aumento de volume de partes moles.

(Assinatura do Radiólogo)

TERESINA - PI 03/09/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA RE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



*[Handwritten signature]*

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT  
 Rua Dr. José Teixeira - Centro - Teresina - PI 3210-2440  
 TERESINA-PI CEP: 64017-370 CNPJ: 05.322.517/0022-62

## LAUDO MÉDICO

Paciente: EVANDO LOPEZ DA SILVA (Fronteiro 281557)

Endereço: RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELESBÁD VELOSO - PI CEP: 64525-000

Nascimento: 09/04/1989 Idade: 29 anos Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 570863

Requisição: 846790 Sollicitação: 21/06/2013 Solicitante: FÁBIO MARCUS DE SOUSA

Controle: 1049912 Convenio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 21/06/2013

### I.C. DE CRÂNIO

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

#### RELATÓRIO:

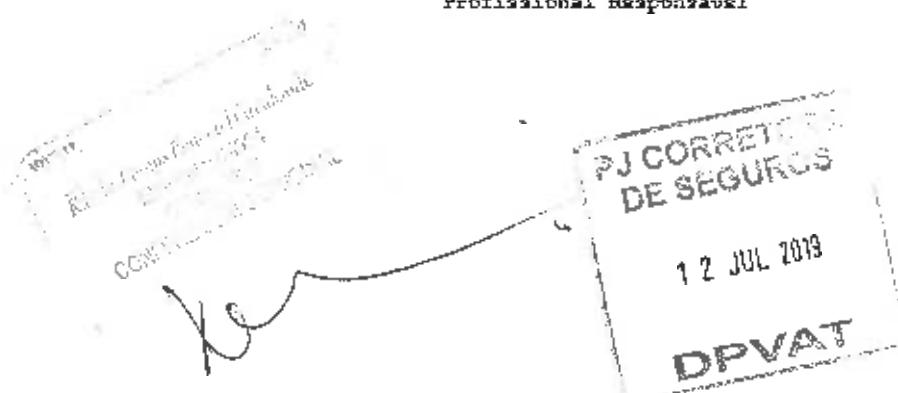
- FRATURAS CRANIANAS BIPARIETAIS NA ALTA CONVEXIDADE, COM DIÂSTASE DA SUTURA CORONAL, E ESTENDENDO-SE PARA REGIÃO TEMPORAL À DIREITA E PAREDE LATERAL DA ÓRBITA DIREITA.
- HEMATOMA EXTRA-AXIAL AGUDO NA ALTA CONVEXIDADE, COM FOCUS GASOSOS DE PERMEIO.
- HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR AGUDO PARIETAL POSTERIOR 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.
- ABSÉNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATHOLÓGICAS.

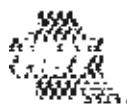
LIGÃO ANTONIO

TERESINA - PI 22/06/2013

JUELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 355.024.808-80 CRM: 2053  
 Profissional Responsável





**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Getúlio Vargas 1820 - Edson Queiroz - Pecém - CE 6418-5642  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 65.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVANDO LOPES DA SILVA** (Fronteira 261557)

Endereço: RUA MARCOS PARENTE SR - PIÇARRA - ELESBÃO VELHO - PI CEP: 64325-000

Nascimento: 09/04/1989 Idade: 29a4m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 579732

Requisição: 869117 Solicitação: 17/06/2018 Releitante: CLÉRISTON SILVA MOURA

Controle: 1070635 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205010079

Data Exame: 17/06/2018

#### TC: CT- CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

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

DADOS ANTERIORS:

TERESINA - PI 17/06/2018

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**

CRM: 462797/263-91 CRM-PI 2891

Profissional Responsável

Assinatura: L. Viana Borges  
 Profissional Responsável  
 CRM-PI 2891

LVB



**HOSPITAL DE URGÉNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1620 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: 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: 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

COBERTURA  
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:

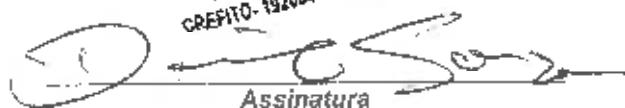
Eusébio Lopes da Silva

Endereço:

Paciente vítima de acidente e  
motociclistico onde veio a  
fraturar clavícula direita após  
avaliação fisioterapêutica  
observou má formação de  
calo onde em comparação com  
o membro contralateral consta-  
groumente redução funcional  
em 10% no seu membro afetado.

Data: 09/07/19

Danilo José Alves de Souza  
Fisioterapeuta  
CREFITO-192084-F 61400-0000

  
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, 377 - Centro  
Fone/Fax: (86) 3285-1133 CEP 64.325-000 - Elesbão Veloso-PI  
CNPJ: 06.553.564/001299 e-mail: hospitalelesboveloso@hotmail.com



## RECEITUÁRIO

PI: Franco Lipp do Nascimento

END.: Avenida Pedro II, 1234 - Centro

Agradecido

Pedimos para os devidos trâmites, que o paciente Nefem acidente de trânsito, no dia 05/07/2013, na Rua Presidente Getúlio Vargas, no bairro São José, em Teresina, Piauí.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

12 JUL 2013

DPVAT

0.710712  
Thiago Almeida da Cruz  
MÉDICO  
CRM-PI 16808  
CRM-MG 9776

GOVERNO DO ESTADO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA (HENM)Avenida Benedito Alves da Silva, 577/ Centro  
Fone/Fax: (86) 3285-1133 Cep.: 64.325-000 - Elestácio 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:		IDADE
<i>Eduardo Lages da Silva</i>		29a
ENDERECO:		CIDADE
<i>Rua Santa Maria</i>		<i>Elestácio Veloso</i>
CPF:	RG:	UF
<i>051.347.353-81</i>	<i>2616165</i>	<i>PI</i>
NOME DO PAI:		
<i>José Antônio Lages</i>		
NOME DA MÃE:		
<i>Maria Adriana Lages da Silva Lages</i>		
DADOS CLÍNICOS		
<p>- Andamento geral apresenta fisionomia geralmente FSP, fisionomia com ombro direito, edema ocular direito, desligado no que diz respeito à malação, glagow 12</p>		
DIAGNÓSTICO		
<p>- Trauma moderado</p>		
<p style="text-align: right;">PROBLEMA IDENTIFICADO DESSENCAPSULADO</p> <p style="text-align: right;">12 JUL 2013</p> <p style="text-align: right;"><b>IDPVAT</b></p>		
DATA		<p><i>20/06/18</i></p> <p>Dr. Osmar Silveira A. F.</p> <p>Médico</p> <p>CRM-PI 6457</p> <p>ASS. CARIMBO DO MÉDICO</p>

CONFERE CO/ C/ PROVIMENTO

11.07.18  
Assistir



SUS 704606195669103  
HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA  
ELETRO VELOSO - PI

PA-170110  
508192  
Pl. 119  
gl. 155 29a



04/04/18 289

### PRONTO SOCORRO

NOME:

Guilherme Lopes da Silva

ENDERECO:

Rua Santa Maria B. Vilares

DADOS CLÍNICOS:

Paciente acidentado pelo trânsito.  
Ficou caindo no chão, FTT, Edema de pulmão  
direito, encalhado, clipes T2 do urinário.

DIAGNÓSTICO:

- Abnegação

Dr. Osmar Silveira Filho

Médico  
CRM PI 6457

MÉDICO

20 / 04 / 18

DATA

CONFERE COM O ORIGINAL

Natalia M. de Jesus Rocha  
22/08/2018

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

DPVAT



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



CARIMBO DA U.S.  
SOLICITANTE

## REQUISIÇÃO DE EXAMES

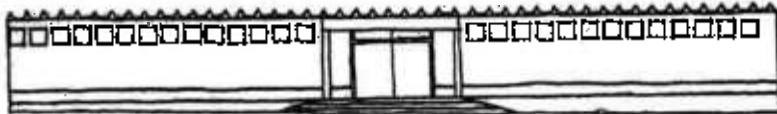
ME <i>Wandres Lages da Silva</i>					Nº DO PRONTUÁRIO
ENDERÉSCO			BAIRRO		MUNICÍPIO <i>Elesbão Veloso</i> PI
DATA CLÍNICA	ENFERMÁRIA/LEITO	IDADE	SEXO <input type="checkbox"/> MAS. <input type="checkbox"/> FEM.	DATA DA ÚLTIMA MENSTRUAÇÃO	Nº GESTAÇÃO
<p>TIPO DE PARTO</p> <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FORCEPS <input type="checkbox"/> CESÁREA <input type="checkbox"/> OUTROS					
OS CLÍNICOS <i>Acometendo mola</i>					
MÉS SOLICITADOS (NO MÁXIMO TRÊS) <i>Rx Tarax ps - prof - ondas direitas</i>					
ASSINATURA DO PACIENTE RESPONSÁVEL					
MÉDICO SOLICITANTE (CARIMBO E ASSINATURA)					

DATA 20/06/178  
Dr. Osmar Siqueira Neto  
Médico  
CAMPINA GRANDE

CONFERE COM O ORIGINAL

Notácia Ma de Jesus Ribeiro  
22/08/2018

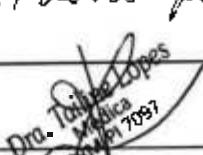




**HOSPITAL ESTADUAL NORBERTO MOURA**  
ELESBÃO VELOSO • PIAUÍ

## **DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

## **FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

DA UNIDADE HEN howar	PARA A UNIDADE HUT ID: 30687 264641876 - autorização
PACIENTE Ezando Lopes de Silveira	REGISTRO
Idade: 13 PA: 150/90 mmHg FC: 100 bpm FR: 20 rpm	MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO  Paciente vítima de acidente motociclistico há aproximadamente 24 horas com historico de perda de consciência e vômitos no momento do ocorrido. Evolução com desorientação, equimose periorbitária direita, vários episódios de vômito e um episódio de hematemese e gártase.
DATA 21 / 06 / 2018	 Dr. Ezando Lopes Carimbo 7593
Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo	

## FICHA DE RETORNO

A UNIDADE	PARA A UNIDADE
	12 JUL 2010 <b>DPVAT</b> <del>Agência de Saúde Pública do RJ</del>
DATA _____ / _____ / _____	Médico responsável pelo encaminhamento/Carimbo

**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: Evanaldo Lopes da Silva

J CORRETORA  
DE SEGUROS

12 JUL 2019

DPVAT

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 261557

SERVÍCIO 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 - Rodovia - Fone: 86 3215 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

~~NEUROLOGIA~~

SUS SUS

BOLETIM DE ENTRADA - BE

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

(Nome: ROQUELOPEZ)

(Estação: EBCEFCH002)

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 PARENTE SN - PIÇARRA - ELIASAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000		
Nascimento: 09/04/1980	Idade: 29a2m12d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9678 3763
Responsável: MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES	CNS: 290004027707801	
Profissão: LAVRADOR	CPF: * RG: 2616165 - SSP	
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Combinado	
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: S U S	
cid.Trab.: Não	Trajeto?: Não	Tipico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS: 15/06/2018

Paciente vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, desacordado há mais de 24h.

(A) Vias aéreas: patas, s/ colar cervical e pranchas

(B) HVG, s/ ruidos adventícios

(C) S/ sangramento endovenoso, abdome hiperêmico a palpação

(D) Coração, desequilíbrio, ECG 12, isquémico, doloroso

(E) hematoma perineal (D), enurese forte e exatos zigomáticos p/ MSO e inferior

12 JUL 2018 DPVAT

PA: mmHg Peso: \_\_\_\_\_ FGT: \_\_\_\_\_ bpm Temp.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Inicial:

HUT DA TROMBOEMBOLIA

CONVOCAÇÃO UNIFICADA

DATA: 21/06/2018 15:54

PROFISSÃO: URGOGA

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- Soluto TC de urinário
- Soluto proveniente do mucoamijo

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transfetência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> DATA SAÍDA: / /
	<input type="checkbox"/> A Pediada		HORA: / : /

ÓBITO:	DESTINO:		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade
	<input type="checkbox"/> Até 24 hs	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Proced. Solicitado: _____
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 hs	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> CID Compatível: _____
	<input type="checkbox"/> Após 48 hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	Prof. Solicitante: _____ Internação: _____

303040092

5068

Adoniran Moreira  
Urologista Cirurgião  
CRM 13745

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

Assinatura Paciente ou Responsável

*Paulo Antônio Lezão*



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Olito Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3216 5445  
TERESINA-PI CEP: 64017-370 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 21/06/2018 15:03:49  
(REGISTRAÇÃO)

## DADOS DO PACIENTE:

Nome: EVANDO LOPES DA SILVA		Prontuário: 261557
Mãe: MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES	Pai: JOSE AERTON LOPES	
End. Resid.: RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELESBÃO VELHO - PI - CEP: 64325-000		
Nascimento: 09/04/1989	Idade: 29a2m12d	Sexo: Masculino Fone: 86- 9478-3763
Responsável: MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES		CNS: 898004027707801
Profissão: LAVRADOR	Documento: RG: 2616165 - SEP	
G. Instrução: Médio Incompleto	E.Civil: Comunhamento	
End. Local.: - - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

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

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : \_\_\_ ESPECIALISTA: Nel

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:  
ACE  
G15  
AC: ATED Vertex  
+ contusão múltipla  
co: Interno

Carimbo/Assinatura Solicitante

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

R  
12/06/18

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : \_\_\_ ESPECIALISTA: \_\_\_ 12 JUL 2019

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:  
COMPL  
DPVAT

Carimbo/Assinatura Solicitante

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Olho Tito 1820 Redenção - Fone: R6 3218 5445  
TERESINA - PI - CEP: 64177-070 CNP: 05.522.977/0022-02

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

<b>Internação:</b> 216951	<b>Pronunciário:</b> 261557	<b>Paciente:</b> EVANCO LOPES DA SILVA	<b>Clínica:</b> CLÍNICA NEUROLOGIA - P07	<b>Enfermaria:</b> ENFERMAGIA 201	<b>Leito:</b> LEITO 135	<b>Médico Responsável:</b> MARCOS VINICIUS OLIVEIRA DOS SANTOS
<b>Evolução:</b> Horas:  <i>C15 - Coração fraco. Alt. Hospitalar</i>						
<b>Sac. :</b>	<b>Descrição-Apresentação/Observação:</b>	<b>Dose:</b>	<b>Unid.:</b>	<b>Via:</b>	<b>Int.:</b>	<b>Recoms:</b>
<b>Dieta</b>	ORAL TIPO BRANDA.					
<b>1</b>	<b>GLÓBICO DE SÓDIO 0,9% (SÓDIO FISIOLÓGICO)</b> 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h	
<b>2</b>	<b>RANTITIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML.</b> TAZIR 2ML + B AD	50,00	mg	EV	8/8h	
<b>3</b>	<b>DIPROTETRA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML.</b> EM CASO DE DOR OU FEBRE	1,00	Ampola	EV	6/6h	AD
<b>4</b>	<b>BROMOPERIDA 5MG/ML, INJ. 2ML.</b> FAZER 2ML + BAI EM CASO DE NÁUSEAS OU VÓMITOS	1,00	Ampola	EV	8/8h	AD
<b>5</b>	<b>HALOOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML.</b> EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA	1,00	Ampola	IM	SN	
<b>6</b>	<b>TRAMADOL 100MG/2ML INJETÁVEL</b> FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6h - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	8h	SE 0,9%
<b>7</b>	<b>MORFINA, 10MG/ML INJ. C/1ML.</b> DILUIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN	AD
<b>8</b>	<b>CAPTOPRIL 25MG</b> SE EV 160/110MG/HG	2,00	Comprim	ORAL	8/8h	
<b>9</b>	<b>FENITOÍNA SÓDICA 100 MG</b>	1,00	Comprim	ORAL	8/8h	
<b>10</b>	<b>PROMETAZINA, 25MG/ML, INJ. IM C/2ML,</b>	1,00	Ampola	IM	12/12h	

Observações Gerais:

CABOCLOSA ESTAVADA 5G + FISIOTERAPIA MOTORA 2 RESPIRATÓRIA + SINAIS V-TM-3 RESSALVADORES + NEURODCHROCK 2/2 H

*Dr. Ricardo Lopes*

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 104824

AIH: 2218100380980

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES  
5828856ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUTCNES  
5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
898001-027207801	EVANDO LOPES DA SILVA	09/04/1989	M	261597
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
		MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES	MARIA ADRIANA	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE
64325000				S/
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICIPIO		UF
ZONA RURAL	LOCALIDADE	ELISBAU VELOSO		PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

## CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

TRATAMENTO DE TCE

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

TC DE CRANIO - EXAME FÍSICO

## INFORMAÇOES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL  
S08 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

U303(4008) - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAU MÉDIO

## LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

RICARDO MARQUES COPPS DE ARAGAO  
CRM: 95281930120

CRM:

CARÁTER	DATA SOLICITAÇÃO	
URGÊNCIA	21/06/2018	
DATA ADMISSÃO	DATA ALTA	MOTIVO ALTA
21/06/2018 14:57	26/06/2018 12:51	MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGUROADORA 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)	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
MARCOS MARTINS SANTOS MOURA CRM: 01030400561	DATA ANÁLISE: 21/06/2018 10:37:03 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: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

PRESCRIÇÃO MÉDICA N°: 9101 - Pm: (22/06/2018)

Intervenção:	Prontuário:	Paciente:	Clinica:	Enfermaria:	Leito:	Médico Assistente:
216951	261557	EVANDO LOPES DA SILVA	CLÍNICA NEUROLOGIA - 201	ENFERMARIA 211	LEITO 65	RICARDO MARQUES LOPES DE ARAÚJO
Evolução:	Horas:	Prescrição				
		<i>Heo comum - tce - gic.</i>				
Seq.:	Descrição Apresentação/Observação	Visto:	Nutrição:	Dose:	Unid.:	Via:
	ORAL TIPO BRANCA,					
	CRN: 21642/Pluclipta					
Data						
1	CLORETO DE SÓDIO 0,9% (SÓRIO FISIOLÓGICO) 1000ML SIST FECHADO	1,00	Frasco	EV	12/12h	
2	RANTIDINA 25MG/ML, INJ. C/2ML, FAZER 2ML + 8 AD	50,00	mg	EV	B/8h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML, INJ. 2ML, EM CASO DE DOR DE CABEÇA	1,00	Ampola	EV	5/6h	
4	BROMOPRIDA 5MG/ML, INJ. 2ML, FAZER 2ML+ 8AD EM CASO DE NAUSEAS-ESTÔMACHOS	1,00	Ampola	EV	B/8h	
5	HALOPERIDOL 5MG/ML, INJ. AMP 1ML, EM CASO DE AGITAÇÃO PSICOMOTOR	1,00	Ampola	IM	SN	
6	TRAMADOL 10MG/2ML INJETÁVEL FAZER EM 100ML SF 0,9% EV 6/6H - EM CASO DE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN	
7	MORFINA 10MG/ML INJ. C/1ML, DIMINIR PARA 10 ML AD E ADMINISTRAR 3 ML DE 4/4H SE DOR INTENSA	1,00	Ampola	EV	SN	AD
8	CAPTOPRIL 25MG SE PM > 150/110MMHG	2,00	Comprim	Oral	8/8h	
9	PENTOXÍFIMA SÓDICA 100 MG	1,00	Comprim	Oral	8/8h	

Observações Gerais: *Capaceten 325mg 300 / FISTOTRÀFIA MOTORA E RESPIRATÓRIA / SÍNAPSE VITÂS REGULARES / NEUROPAQUE 2/2 R*



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	INF. ou APT.	LEITO
EVARDO LOPES				P.	26/	138
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES <i>HCC - G1A - ITP com concre tame -</i>					MÉDICO ASSISTENTE	
ALÉRGIAS						
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
1. Dieta <i>3x ao dia</i>			17:00 PA. 13x8 P. 80 . tec Cho			
2. SF 0,9% 500ml EV <i>IV 218L</i>			06:00 Sumeado aeni verno feio 20. fono			
KCL 10% - 10ml/soro			<i>desco</i> <i>desco</i>			
3. Ranitidina 1amp + AD EV lento 8/8h			<i>desco</i> <i>desco</i> <i>desco</i>			
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h			<i>desco</i> <i>desco</i> <i>desco</i>			
5. Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)						
6. Haldol 1amp IM (SOS) se agitação intensa						
7. Fenitoína <i>100</i> VO 218L						
8. SSW 6/6h						
<i>Ricardo Andrade</i> <u>42120</u>						



**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otávio Tito 1320 - Edson Queiroz - Fone: 86 3228 5645  
 TERESINA-PI CEP: 64017-730 CNPJ: 05.522.817/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVANBO LOPES DA SILVA (Frontário 28-1557)**

Endereço: **RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELESBADIO VELOSO - PI CEP: 64025-000**

Nascimento: **09/04/1989** Idade: **29a4m24d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **576400**

Requisição: **866896** Solicitação: **27/07/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**

Contrato: **1062793** Convenio: **SUS**

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: **0204040005**

Data Exame: **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 desalinizada na diáfise da clavícula.
- Aumento de volume de partes moles.

(Assinatura do Radiólogo)

TERESINA - PI 03/09/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA RE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável



*[Handwritten signature over stamp]*

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT  
RUA DIO. VASCONCELOS - FONE: 083 3218 2445  
TERESINA-PI CEP: 64017-370 CNPJ: 05.322.517/0022-62

## LAUDO MÉDICO

Paciente: EVANDO LOPEZ DA SILVA (Fronteira 281557)

Endereço: RUA MARCOS PARENTE SN - PIÇARRA - ELESBÁD VELOSO - PI CEP: 64525-000

Nascimento: 09/04/1989 Idade: 29 anos Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 570863

Requisição: 846790 Sollicitação: 21/06/2013 Solicitante: FÁBIO MARCUS DE SOUSA

Controle: 1049912 Convenio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 21/06/2013

### I.C. DE CRÂNIO

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

### RELATÓRIO:

- FRATURAS CRANIANAS BIPARIETAIS NA ALTA CONVEXIDADE, COM DIÂSTASE 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 FOCUS 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.
- ABSÉNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATHOLÓGICAS.

LIGÃO ANTONIO

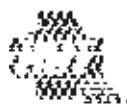
TERESINA - PI 22/06/2013

JUELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 355.024.808-80 CRM: 2053  
Profissional Responsável

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS  
12 JUL 2013

DPVAT



**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Getúlio Vargas 1820 - Edson Queiroz - Pecém - CE 6418-5642  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **EVANDO LOPES DA SILVA** (Fronteira 261557)

Endereço: RUA MARCOS PARENTE SR - PIÇARRA - ELESBÃO VELHO - PI CEP: 64325-000

Nascimento: 09/04/1989 Idade: 29a4m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 579732

Requisição: 869117 Solicitação: 17/06/2018 Releitante: CLÉRISTON SILVA MOURA

Controle: 1070635 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205010079

Data Exame: 17/06/2018

#### TC: CT- CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

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

DADOS ANTERIORS:

TERESINA - PI 17/06/2018

**LUCIANA MARINHO VIANA BORGES**

CRM: 462797/263-91 CRM-PI 2891

Profissional Responsável

Assinatura: L. Viana Borges  
 Profissional Responsável  
 CRM-PI 2891

LVB



**HOSPITAL DE URGÉNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1620 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: 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: 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

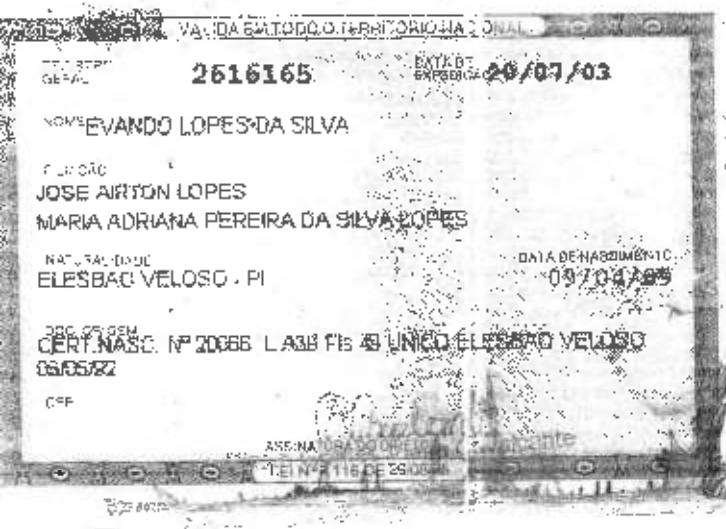
Profissional Responsável

COBERTURA  
DE SEGUROS

12 JUL 2019

**DPVAT**





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

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 041.247.853-81

Nome da Pessoa Física: EVANDO LOPES DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 60

Comprovante emitido às 08:07:00h (h da 12/07/2013 hora e data de Brasília)  
Código de controle no comprovante: 100E.D471.B5FE.278A  
A autoridade que emitiu este comprovante deve ser consultada na sede da Secretaria da Receita Federal do Brasil.

PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 OUT 2010

DPVAT



PJ CORRETORA  
DE SEGUROS

24 JUL 2019

DPVAT

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2616165

09/07/03

NOME: EVANDO LOPES DA SILVA

PALETA  
JOSE AIRTON LOPES  
MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES

NATURAL: 04/05/1986  
ELESBÃO VELOSO - PI

DATA DE NASCIMENTO:  
09/07/03

DOC. OFICIAL  
CERT. NASC. Nº 200661L A38 F18 UNICO EVANEDO VELOSO  
06/05/02

CPF:

ASSINATURA DO TÍTULAR

TELEFONE: 1167-290000

RÉPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE Deus MARTINS



SOFIA CIRILO



EVANEDO LOPES da Silva

ASSINATURA DO TÍTULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



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

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 051.247.853-61

Nome da Pessoa Física: EVANDO LOPES DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às 08:07:00 do dia 12/07/2013 (hora e data no Brasil).

Código de controle do comprovante: 1DDE.D471.65FE.2T6A

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil ou no site:

6

RECIBO  
DESEMBORRAS

12 JUL 2013

CEPRAF



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2616165

09/07/03

NOME: EVANDO LOPES DA SILVA

PALETA  
JOSE AIRTON LOPES  
MARIA ADRIANA PEREIRA DA SILVA LOPES

NATURAL DA E  
ELESBAO VELOSO - PI

DATA DE NASCIMENTO:  
09/07/03

CERT. NASC. Nº 200661L A38 F18 UNICO EVANEDO VELOSO  
06/05/02

CPF:

ASSINATURA DO TITULAR

TELEFONE: 1167-290000

RÉPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE Deus MARTINS



SOFIA CIRILO



EVANEDO 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: 051.247.853-61

Nome da Pessoa Física: EVANDO LOPES DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Este comprovante é emitido às 08:07:00 do dia 12/07/2013 (hora e data no Brasil).

Código de controle do documento: 1DDEB47165FE2T6A

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil ou no site:

6

RECIBO  
DESEMBORRAS

12 JUL 2013

CEPRAF



J CORRETORA I  
DE SEGUROS  
06 AGO 2019  
DPVAT

SERVICIOS

Dúvidas e Respostas Atendimento

DETRAN - PI		Nº 012825125719	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	ODO. INICIAL	EXERCÍCIO	DATA
0089	000 REINAVAN	2017	
3023	1	00587252782	
ZONA			
5087			
1032			
6704			
4924			
6306			
6018			
RENE RIBEIRO DOS SANTOS		PLACA QUE-1980	
- 06832774303		- 9C2HRC1680ER435639	
- PLANO ANUAL		- CONSUMITEL	
- -		- AND FAB.	
- EMECE 1100		- ANO MODELO	
- -		- 2013 2014	
PAS / MOTOCICLO / NEON HUECA		ALCO / GÁSOL	
MARCA / MODELO		COM PRÉCOMODATE -	
HONDA / CG 150 SPAN ESDI		AZUL	
CAP / PESO / CIL.		CATEGORIA	
02P/014900		PARTIC	
COTA ÚNICA		VLR. COTA ÚNICA	
P		1º IPVA	VLR. / QUITAS
V	SARIA IPVA	2º	
A		3º	PAGO
PRAZO TAREFÁRIO (86)		PRAZO TOTAL (86) → DATA DE PAGAMENTO	
SEGURO		PAGO	
SEM RESTRIÇÕES		PAGAMENTO	
PBT: 001.15		DATA DE PAGAMENTO	
ELESEBÃO VELOSO		11/06/2018	

PI N° 012825125719		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
06832774303	CUE-1980	2017	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p><a href="http://www.dpvatsegurodetransito.com.br">www.dpvatsegurodetransito.com.br</a></p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
EXERCÍCIO		DATA DE EMISSÃO	
2017		11/06/2018	
DPF (CPF)		PLACA	
1 06832774303		01B-1980	
REINAVAN		MARCA / MODELO	
00507252782		HONDA/CG150 FAN E9DI	
ANO/FAB.		Nº CHASSI	
2013		9C2KC1680ER435639	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)		GASTO DO SEGURO (R\$)	
081,28		009,03	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		PAGAMENTO	
004,15		000,70	
X COTA LIGADA		<input type="checkbox"/> PAGO/ANCELADO	
		DATA DE QUITAÇÃO	
		09/10/2017	
<p><b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b>          CNPJ 09.248.500/0001-04  <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a></p> <p>PJ COR DE SE</p>			

Services

Atendimento Dúvidas e Respostas

DETRAN - PI		Nº 012825125719	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		EXERCICIO:	
1119 0060 5622	000 REVAU 1	2017	
TAQUA 1805m			
5087 3-55 8.704			
6321 6906 6018			
		PLACA	
		CUE-1980	
		9C3AC1680ER435619	
		COMBUSTIVEL	
		ALCO/GASOL	
		ANO FAB.	ANO MOD.
		2013	2014
		CATEGORIA	COR/FREQUIMINANTE
		PARTIC	AZUL
		VENC. COTA UNICA	VENC/COTAS
		1º IPVA	
		2º	
		3º PAGO	
		PAGTO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
		PAGO	
		OBSTACULOS	
		PBT: 001.15	
		SEM RESTRICOES	
		ELESBIA VELOSO	
		DATA	
		11/06/2018	

<b>PI N° 012825125719</b>		<b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>	
<b>06832774303</b>	<b>CUE-1980</b>	<b>2017</b>	<b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.dpvatsegurodetransito.com.br">www.dpvatsegurodetransito.com.br</a> SAC DPVAT 0800 022 1204</b>
		<b>EXERCÍCIO</b>	<b>DATA EMISSÃO</b>
		<b>2017</b>	<b>11/06/2018</b>
<b>VIA</b>	<b>CPF / CEP</b>	<b>PLACA</b>	<b>OUE-1980</b>
<b>1</b>	<b>06832774303</b>	<b>MARCA / MODELO</b>	<b>HONDA / CG150 FAN ESDI</b>
<b>RENAVAM</b>	<b>ANO FAB.</b>	<b>Nº CHASSI</b>	<b>9C2KCJ1680ER435639</b>
<b>00597252782</b>	<b>2013</b>		
<b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>			
<b>R\$ 081,28</b>	<b>R\$ 09,03</b>	<b>R\$ 090,31</b>	<b>TOTAL DA COBERTURA SEGURO R\$ 185,50</b>
<b>VALOR DO SEGURO (R\$)</b>	<b>VALOR DO SEGURO (R\$)</b>	<b>VALOR DO SEGURO (R\$)</b>	
<b>VALOR DO SEGURO (R\$)</b>	<b>VALOR DO SEGURO (R\$)</b>	<b>VALOR DO SEGURO (R\$)</b>	
<b>COM A UNICA</b>	<b>PAGAMENTO</b>	<b>PAGAMENTO</b>	<b>PAGAMENTO</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>DATA DE OUTRAÇÃO</b>	<b>09/10/2017</b>
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b>			
CNPJ 09.248.608/0001-04			
<a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a>			

Serviços

Dúvidas e Respostas Atendimento

DETAN - PI		Nº 012825125719		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		PI N° 012825125719		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
1115	VH	0060	VH	5423	COD. REGISTRO	5423	INSCRIÇÃO	06032774303	CUE-1980
0060		5423		1	EXERCÍCIO	2017			2017
ZDD		180m							
5067	RENE RIBEIRO DOS SANTOS	3058		6724		6924			
6906		6018		6906		6018			
6018				06032774303	PLACA	06032774303	PLACA	06032774303	PLACA
					CUE-1980		CUE-1980		CUE-1980
					CHASSI	9C2KC1680ER435639	CHASSI	9C2KC1680ER435639	CHASSI
					COMBUSTÍVEL	ALCO/GÁSOL	COMBUSTÍVEL	ALCO/GÁSOL	COMBUSTÍVEL
					MARCA/MODELO	HONDA/CG150 FAN ESDI	MARCA/MODELO	00587252782	MARCA/MODELO
					ANO/FAB.	2013	ANO/FAB.	2013	ANO/FAB.
					COR/FREQUÊNCIA	COR FRIEDMANNTE	COR/FREQUÊNCIA	COR FRIEDMANNTE	COR/FREQUÊNCIA
					CATEGORIA	PARTIC	CATEGORIA	PARTIC	CATEGORIA
					VEÍCULOS	VEÍCULOS	VEÍCULOS	VEÍCULOS	VEÍCULOS
					VEN/COTA UNICA	1 <sup>a</sup> IPVA	VEN/COTA UNICA	1 <sup>a</sup> IPVA	VEN/COTA UNICA
					P	081,28	P	009,03	P
					V		V		V
					A		A		A
					P	004,15	P	000,70	P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		A
					P		P		P
					V		V		V
					A		A		