

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190222126 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** THEURY HENRIQUE DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 27/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO ( FRATURA COMINUTIVA COM AFUNDAMENTO ÓSSEO )

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PAG.1.2.3 E 29  
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                                                                                                                                                                                                            | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado  | Indenização pelo dano |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 %                                        | Complemento por reanálise - 0 %                      | 0%         | R\$ 0,00              |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              | <b>Total</b>                                         | <b>0 %</b> | <b>R\$ 0,00</b>       |

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Theury Henrique dos Santos  
RG: 3.553.828 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 061.037.053-71  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro Profissão: Acervo  
Endereço: CJ Dom Quilã 14 casa 14 Vale Quem tem Nº Adm  
Bairro: Dom Quilã Cep: 64057560 Cidade/UF: Teresina - Piauí  
Telefone: (86) 98807-7870 ( ) ( )

### OUTORGADO:

Nome: Keylly Moura de Oliveira  
RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 839.502.303-00  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Corretora de Seguros  
Endereço: Rua: Vinte e quatro de Janeiro Nº 554  
Bairro: Centro Cep: 54000-902 Cidade/UF: Teresina - Piauí  
Telefone: (86) 9.9472-9591 ( ) ( )

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

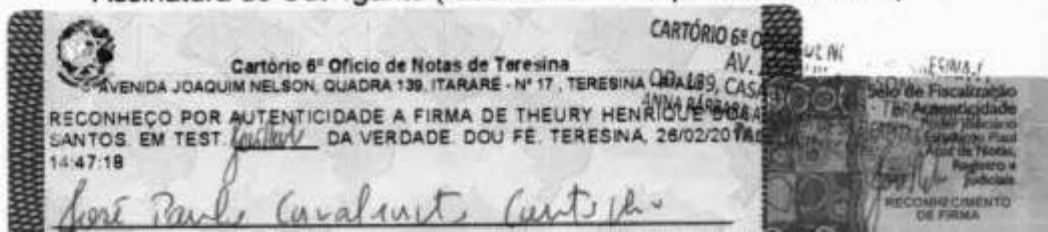
Vítima: Theury Henrique dos Santos  
CPF: 061.037.053-71 Data do Acidente: 07/05/18  
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

Teresina - Piauí 26/02/2019  
Local e data



Theury Henrique dos Santos

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



## DECLARAÇÃO

**Paciente:** Theury Henrique dos Santos, 25 anos. Data de Nascimento: 12/10/1992.  
Sexo masculino.

Paciente com sequelas cognitivas e motoras decorrentes de traumatismo crânio-encefálico (CID: T90.5). Vigil, contactuante. Cadeirante, domiciliado, parcialmente dependente para atividades básicas e instrumentais de vida diária, necessitando de cuidados de terceiros. Alimenta-se de forma mista por sonda nasoentérica e por via oral com dieta de consistência adaptada devido a disfagia. Respirando espontaneamente em ar ambiente, com orifício de traqueostomia em cicatrização. Eliminações fisiológicas em fraldas.



Brunna Beatriz Mesquita S. Pires  
Geriatria  
CRM-PI 4275

Brunna Beatriz Mesquita Santos Pires

Médica

CRM-PI 4275

Teresina-PI, 20/09/2018





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - DR. ZENON ROSHEA  
GERÊNCIA DE URGÊNCIA  
Rua - De Cidália, 1820, Bairro - Redenção, CEP: 64012-170  
Teresina - PI, CNPJ: 05.522.917/0022-02  
Fone: (86) 3229-4623 / 3229-4872 / 3229-4247



Fundação Municipal de Saúde

## LAUDO MÉDICO

**THEURY HENRIQUE DOS SANTOS, 25 anos, DN: 12/10/1992, CARTÃO SUS: 702 3021 0686 2014, RG: 3551828,** está internada no HUT (*prontuário: 475855*) desde o dia 08/05/18 até o presente momento, sem previsão de alta hospitalar. Paciente vítima de politrauma + traumatismo crânio-encefálico. Foi submetido a procedimento neurocirúrgico e encontra-se no momento, acamado, restrito ao leito, traqueostomizado, com suporte de oxigênio. Alimentando-se por sonda nasocentral. Dependente de cuidados para alimentação, higiene pessoal. Portanto, apresenta-se incapacitado de exercer suas atividades laborais e totalmente dependente de cuidados de terceiros.

CID: S 09 / T 90

Dr. Hermano Pinheiro  
Cardiologia / Clínica Médica  
CRM-PI: 4202

Dr. Hermano Pinheiro  
CRM PI 4202

Teresina-PI  
13/06/2018





## LAUDO MÉDICO

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Frontuário: 475855)  
Endereço: RUA 08 QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 12/10/1992 Idade: 25a5m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 213876  
Requisição: 836537 Solicitação: 09/05/2018 Solicitante: MARCILO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA  
Controle: 1034327 Convênio: S U S POSTO 4 ENFERMARIA 112 LEITO 048

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010078

Data Exame: 09/05/2018

### L.C. DE CRÂNIO

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

### RELATÓRIO:

- CRANIOTOMIA E FRATURAS EM REGIÃO FRONTO-TEMPORAL À ESQUERDA.
- ÁREAS DE CONTUSÃO CEREBRAL HEMORRÁGICA NOS LOBOS FRONTAL E TEMPORAL À ESQUERDA, ANTERIORMENTE.
- NOTA-SE MATERIAL ISODENSO EXTRA-AXIAL NA CONVEXIDADE FRONTAL À ESQUERDA, PODENDO CORRESPONDER A MATERIAL HEMÁTICO SUBAGUDO (COMPARAR COM EXAME ANTERIOR).
- EXISTE LEVE DESVIO DA LINHA MÉDIA PARA A DIREITA.
- FOCO HEMÁTICO CORTICAL PUNTIFORME EM TRANSIÇÃO FRONTO-TEMPORAL À DIREITA.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.

UBS: FRATURAS NA FACE.

(JORGES AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/05/2018

**CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES**

CPF: 355.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1020, Radapão - Fone: 36 3210 3445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Frontusário: 475855)  
Endereço: RUA 09 QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 12/10/1992 Idade: 25a7m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 215245  
Requisição: 844751 Solicitação: 07/06/2018 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1044690 Convênio: S U S CLÍNICA MÉDICA - PDS ENFERMARIA 205 LEITO 105

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010078

Data Exame: 07/06/2018

### L.C. DE CRÂNIO

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

### RELATÓRIO:

- CRANIECTOMIA FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA.
- FRATURAS EM OSSOS DA FACE À ESQUERDA.
- HEMATOMAS SUBDURAIS CRÔNICOS EM CONVEXIDADES FRONTO-TÊMPORO-PARIETAIS, COM EXTENSÃO PARA O TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO DA REGIÃO FRONTO-TEMPORO-PARIEIAL ESQUERDA, ATRAVÉS DA ZONA DE CRANIECTOMIA.
- ÁREAS DE GLIOSE SEQUELAR EM LOBOS FRONTAL E TEMPORAL ESQUERDOS.
- DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MÉDIA PARA A ESQUERDA.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 07/06/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 891.717.783-04 CRM 3908 PI  
Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HU

Rua Dr. Otto Tito 1470 Radanção - Fone: 36 3210 3445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Fronteirão: 475855)  
 Endereço: RUA DR OTTO P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 12/10/1992 Idade: 25a5m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 663626  
 Regulação: 835971 Solicitação: 07/05/2018 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO  
 Controle: 1033686 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. CIA: 0208010044

Data Exame: 07/05/2018

### L.C. DE FACE

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- \* PAREDES DA ÓRBITA, DOS SEIOS ETMOIDAL E MAXILAR À ESQUERDA.
- \* OSSO ESFENOIDE E PAREDES DOS SEIOS ESFENOIDAIS.
- \* ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- \* OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.

- HEMOSSÍNUS ESFENOIDAL BILATERAL E ETMOIDAL E MAXILAR À ESQUERDA.

(LÍNGUA ALONGADA)

TERESINA - PI 07/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO

CPF: 696.968.303-15 CRM-PI 30590

Profissional Responsável





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HIJT**  
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Radação - Fone: 36 3218 3445  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 475855)  
Endereço: RUA 09 QD F CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 12/10/1992 Idade: 25a6m27d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 213876  
Regulação: 836321 Solicitação: 08/05/2018 Solicitante: MARCIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA  
Controle: 1034083 Convênio: S U S POSTO 4 ENFERMARIA 112 LEITO 048

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010079

Data Exame: 08/05/2018

### T.C. DE CRÂNIO

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

### RELATÓRIO:

- CRANIOTOMIA FRONTAL ESQUERDA.
- DELGADA COLEÇÃO HEMÁTICA AGUDA EXTRA-AXIAL FRONTAL ESQUERDA, SUBJACENTE A CRANIOTOMIA SUPRACITADA.
- CONTUSÕES ENCEFÁLICAS HEMORRÁGICAS EM LOBOS FRONTAL E TEMPORAL ESQUERDO.
- REDUÇÃO VOLUMÉTRICA DO VENTRÍCULO LATERAL ESQUERDO.
- LEVE DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MEDIANA PARA DIREITA.
- DISCRETO PNEUMOENCEFALO.

(JORGES AUGUSTO)

TERESINA - PI 08/05/2018

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS**

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI  
Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Radanção - Fone: 36 3218 3443  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 475855)  
 Endereço: RUA 09 QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 12/10/1992 Idade: 25a6m25d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 663826  
 Registro: 836970 Solicitação: 07/05/2018 Solicitante: SALUSIANO NEVES DA SILVA NETO  
 Controle: 1033685 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. CIA: 0208010078

Data Exame: 07/05/2018

### T.C. DE CRÂNIO

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

#### RELATÓRIO:

- FRATURA CRANIANA COMINUTIVA COM AFUNDAMENTO ÓSSEO, NA REGIÃO FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA, ESTENDENDO-SE AO ESFENOÍDE, AO OSSO PARIETAL ESQUERDO E NOS OSSOS DA FACE.
- HEMATOMA EXTRA-AXIAL LAMINAR NA CONVEXIDADE FRONTO-TEMPORAL À ESQUERDA.
- PEQUENO PNEUMOENCEFALO NA REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NOS LOBOS FRONTAIS E TEMPORAL ESQUERDA.
- HEMORRAGIA SUBARACNOÍDE.
- LEVE DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MEDIANA PARA DIREITA (0,5 cm).
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

LIDRIF ALG (RTD)

TERESINA - PI 07/05/2018

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO**

CPF: 696.968.303-15 CRM-PI 3090  
 Profissional responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUJ**  
 Rua Dr. Otto Tito 1320 Rodaço - Fone: 36 2218 3445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 475555)  
 Endereço: RUA DR OTTO TITO 1320 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 12/10/1992 Idade: 25a6m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 663826  
 Requisição: 836973 Solicitação: 07/05/2018 Solicitante: SALUSIANO NEVES DA SILVA NETO  
 Controle: 1033688 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 07/05/2018

### T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- DISCRETO PNEUMOTÓRAX À ESQUERDA.
- ÁREAS COM ATENUAÇÃO EM VIDRO FOSCO ESPARSAS PELOS PULMÕES, INESPECÍFICAS.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(LIDRRF ALBERTO)

TERESINA - PI 07/05/2018

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090  
 Profissional Responsável



Nome: Henrique dos Santos  
 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino  
 Data de Nascimento: 12/10/1992

# LA 113 - MODELO PARA SOLICITAÇÃO DE DIETAS ENTERAIS INDUSTRIALIZADAS

## Identificação do Usuário

Nome completo: Henrique dos Santos

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 12/10/1992

Endereço: \_\_\_\_\_ Idade: 25 anos

Bairro/Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

## Diagnóstico clínico

Patologia(s):

Paciente vítima de politraumatismo, com TCE grave e múltiplas fraturas de face. Paciente apresentando deglutição lenticificada e disfagia, necessita de dieta via SNE.

Condição: ☒ Acamado ☐ Cadeirante ☐ Deambulante

Indicação de terapia nutricional enteral (TNE)

Via de alimentação:

Oral: ☒ Int: ☐ Oral + enteral

Em caso de alimentação via enteral:

Localização da sonda: ☐ SNG ☒ SNE ☐ GTT ☐ JET

Presença de náuseas e vômitos: ☒ Sim ☐ Não Local: cabeca e região sacral

Outros:

## Identificação do médico

Nome do médico responsável:

Nome do profissional:

CRM:

Telefone para contato:

Data:

Assinatura: \_\_\_\_\_

Dr. Hernando Pinheiro  
 Cardiologia / Clínica Médica  
 CRM-PB 4202

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

AGENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Celso de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 84.102-470  
 Teresina-PI

Este documento não deve ser utilizado para atestar fatos em instituições privadas



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - DR. ZENON ROCHA  
GERÊNCIA DA CLÍNICA MÉDICA  
Rua - Dr. Oso Tiba, 1820, Bairro: Redenção, CEP: 64017-770  
Teresina - PE, CNPJ: 05.522.917/0002-07  
Fones: (86) 3229-4633 / 3229-4812 / 3229-4217



Fundação Municipal de Saúde

### LAUDO MÉDICO

**THEURY HENRIQUE DOS SANTOS, 25 anos, DN: 12/10/1992, CARTÃO SUS: 702 3021 0686 2014, RG: 3551828,** está internada no HUT (*prontuário: 475855*) desde o dia 08/05/18 até o presente momento, sem previsão de alta hospitalar. Paciente vítima de politrauma + traumatismo crânio-encefálico. Foi submetido a procedimento neurocirúrgico e encontra-se no momento, acamado, restrito ao leito, traqueostomizado, com suporte de oxigênio. Alimentando-se por sonda nasointestinal. Dependente de cuidados para alimentação, higiene pessoal. Portanto, apresenta-se incapacitado de exercer suas atividades laborais e totalmente dependente de cuidados de terceiros.

CID: S 09 / T 90

Dr. Hermano Pinheiro  
Cardiologia / Clínica Médica  
CRM-PI: 4202

Dr. Hermano Pinheiro  
CRM PI 4202



Teresina-PI  
13/06/2018



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Theury Henrique dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 2475 855

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



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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



Imp: 07/05/2018 04:37:27

(User: LINDAVAL)

(Estação: RECEPCAO PA01)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

|               |                                                                     |             |          |
|---------------|---------------------------------------------------------------------|-------------|----------|
| Nome:         | IGNORADO                                                            | Prontuário: | 475855   |
| Mãe:          | IGNORADO                                                            | Pai:        | (-)      |
| End. Resid.:  | R RAUL BARCELAR - PLANALTO URUGUAI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |             |          |
| Nascimento:   | 07/04/2018                                                          | Idade:      | 0a:1m:0d |
| Sexo:         | Masculino                                                           | Fone:       |          |
| Responsável:  | IGNORADO                                                            | CNS:        |          |
| Profissão:    |                                                                     | CPF:        | * RG: -  |
| G. Instrução: | Não alfabetizado                                                    | E. Civil:   | Ignorado |
| End. Local.:  | - - -                                                               |             |          |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|                    |                                                    |            |                     |                 |                    |
|--------------------|----------------------------------------------------|------------|---------------------|-----------------|--------------------|
| Código:            | 663826                                             | Data:      | 07/05/2018 04:31:28 | Condução:       | AMBULÂNCIA DO SAMU |
| Motivo da Procura: | ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |            |                     | Convênio:       | S U S              |
| Cid. Trab.:        | Não                                                | Trajetos?: | Não                 | Típico:         | Não                |
|                    |                                                    |            |                     | CID Secundário: | V299               |

### DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de colisão da motocicleta contra veículo esportivo (carinhato) e fumaça contendo quebra em região frontal e expostas áreas e possível dano de manuseio. TO + VM, sonda bucal, sonda etária, sonda. sinais vitais: frequência cardíaca 120 bpm, pressão arterial 120/80 mmHg, saturação de oxigênio 92%, temperatura 36,5°C. AP: MV, bilib, TC: RER, BT: Ext. S. Ext. grandes. S. Ext. grandes.

PA 100 x 70 mmHg Pulso: forte FC: 92 bpm 22 MAR 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Com. de Resende 455 Loja C Centro-Norte CEP: 64017-770 Teresina-PI

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1) TC crânio/cervical/tórax/desbr + b. expostas  
2) SF39 - focal EV para o ACM  
3) Atilagem crânio/gul/bucomucosa  
HUT DR. ZENON ROCHA  
TOMOGRAFIA COMPLETORA AL  
EXAME DE TÓRAX + T. A. B.  
DATA: 07/05/18 04:55

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

Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo Assinatura - Profissional - BE



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA  
DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

|                                                                                         |                          |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b> | 2-CNES<br><b>5828856</b> | Código da<br>Internação: |
| 3-Nome do estabelecimento executante:<br><b>HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT</b>  | 4-CNES<br><b>5828856</b> | <b>215245</b>            |

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|            |                                                       |               |            |                 |           |              |           |
|------------|-------------------------------------------------------|---------------|------------|-----------------|-----------|--------------|-----------|
| 5-Nome:    | THEURY HENRIQUE DOS SANTOS                            |               |            | 6 - Prontuário: | 475855    |              |           |
| 7-CNS:     | 702302106862014                                       | 8-Nascimento: | 12/10/1992 | 9-Sexo:         | Masculino | CPF:         | . . .     |
| 11-Mãe:    | MARIA HELENA NASCIMENTO DOS SANTOS                    |               |            |                 | 12-Fone:  | 86-88072-324 |           |
| 13-Resp:   | LUZILENE                                              |               |            |                 | 14-Fone:  | 86-88072-324 |           |
| 15-Endere: | RUA 09 QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - CEP: 64000-010 |               |            |                 |           |              |           |
| 16-Munic:  | TERESINA                                              | 17-Cod.IBGE:  | 221100     | 18-UF:          | PI        | 19-CEP:      | 64000-010 |

**SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

|                                      |                                                                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 19-Cod. Procd.Anterior<br>0404010377 | 18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição<br>TRAQUEOSTOMIA                    |
| 21-Cod. Mudança Procd.<br>0303010037 | 20 - Mudança de Procedimento / Descrição<br>TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS |
| 22-CID Prim:<br>A488                 | 26-Diagnóstico:<br>Outras doenças bacterianas especificadas                          |

|                                                                     |                                                  |  |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--|
| 38-Profissional Responsável:<br><b>ADERIVALDO COELHO DE ANDRADE</b> | 40-Tp. Documento:<br><b>CPF</b>                  |  |
| 39-Data Solicitação: <b>22/05/2018</b>                              | 40-No.Doc. Méd. Solic.:<br><b>451.318.053-68</b> |  |

**JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

Paciente vítima de acidente de trânsito com trauma em região frontal E, foi submetido a neurocirurgia, realizado culturas onde observou crescimento de Pseudomonas+ Staphylococcus + Enterococcus + Acinetobacter baumannii, fez uso de tazocin, e está em uso de vancomicina + meropenem.

**AUTORIZAÇÃO**

|                                                                   |                                         |                                                               |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador:                            | 47-Data Autorização:<br><b>/ /</b>      | 48-CNS/CPF:                                                   |
| 51-Justificativa da 'NÃO' autorização:                            |                                         | 49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho)                                  |
| 50. Nome do Profissional/parecer, controle de avaliação/auditoria | 51-Data Autorização:<br><b>12/07/18</b> | 52-CNS/GP<br><b>12/07/18 13:11:18 475</b>                     |
|                                                                   |                                         | 53-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)<br><b>12/07/18 13:11:18 475</b> |

|                                                                                                   |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) | Nº LAUDO: 97488    |
|                                                                                                   | AIH: 2218100374655 |

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                                              |         |
|--------------------------------------------------------------|---------|
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE</b>                           | CNES    |
| HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | 5828856 |
| <b>ESTABELECIMENTO EXECUTANTE</b>                            | CNES    |
| HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT | 5828856 |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                        |                              |                                    |                    |             |
|------------------------|------------------------------|------------------------------------|--------------------|-------------|
| <b>CARTÃO SUS</b>      | <b>NOME DO PACIENTE</b>      | <b>NASCIMENTO</b>                  | <b>PRONTUÁRIO</b>  | <b>SEXO</b> |
| 702302106862014        | THEURY HENRIQUE DOS SANTOS   | 12/10/1992                         | 475855             | M           |
| <b>DOCUMENTO</b>       | <b>TELEFONE</b>              | <b>NOME DA MÃE</b>                 | <b>RESPONSÁVEL</b> |             |
| 3551828                | 86988072324                  | MARIA HELENA NASCIMENTO DOS SANTOS | LUZILENE           |             |
| <b>CEP</b>             | <b>ENDEREÇO (LOGRADOURO)</b> | <b>NUMERO / LOTE</b>               |                    |             |
| 64000010               | RUA 09 QD P CASA 20          | 20                                 |                    |             |
| <b>BAIRRO</b>          | <b>COMPLEMENTO</b>           | <b>MUNICÍPIO</b>                   |                    | <b>UF</b>   |
| RESIDENCIAL DOM AVELAR |                              | TERESINA                           |                    | PI          |

### PROCEDIMENTO PRINCIPAL

|                                            |                                    |
|--------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL</b> | <b>CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL</b> |
| TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS   | 0303010037                         |

### MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

|                                                        |                         |                          |                                 |
|--------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR</b> | <b>CÓDIGO</b>           |                          |                                 |
| TRAQUEOSTOMIA                                          | 0404010377              |                          |                                 |
| <b>DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA</b>  | <b>CÓDIGO</b>           |                          |                                 |
| TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS               | 0303010037              |                          |                                 |
| <b>DIAGNÓSTICO INICIAL</b>                             | <b>CID 10 PRINCIPAL</b> | <b>CID 10 SECUNDÁRIO</b> | <b>CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS</b> |
| OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS ESPECIFICADAS               | A488                    |                          |                                 |

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente vítima de acidente de trânsito com trauma em região frontal E, foi submetido a neurocirurgia, realizado culturas onde observou crescimento de Staphylococcus - Enterococcus + Acinetobacter baumannii, fez uso de tazocin, e está em uso de vancomicina + meropenem.

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

|                                         |                                                       |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</b> | <b>ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)</b> |
| ADERIVALDO COELHO DE ANDRADE            |                                                       |
| <b>CNS SOLICITANTE</b>                  | <b>DATA SOLICITAÇÃO</b>                               |
| 181949271160007                         | 12/07/2018                                            |

### AUTORIZAÇÃO

|                                         |                                                       |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</b> | <b>ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)</b> |
| PLINIO DOS SANTOS MACEDO                |                                                       |
| <b>CNS AUTORIZADOR</b>                  | <b>ORGÃO EMISSOR</b>                                  |
| 170416319050008                         |                                                       |
| <b>DATA AUTORIZAÇÃO</b>                 |                                                       |
| 12/07/2018 09:06:19                     |                                                       |



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 97488

AIH: 2218100374655



## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

## CARTÃO SUS

70230210682014

## NOME DO PACIENTE

THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

## NASCIMENTO

12/10/1992

## SEXO

M

## PRONTUÁRIO

475855

## DOCUMENTO CPF

3551828

## TELEFONE

86988072324

## NOME DA MÃE

MARIA HELENA NASCIMENTO DOS SANTOS

## RESPONSÁVEL

LUZILENE

## CEP

64000010

## ENDEREÇO - LOGRADOURO

## NÚMERO / LOTE

20

## BAIRRO

RESIDENCIAL DOM AVELAR

## COMPLEMENTO

## MUNICÍPIO

TERESINA

## UF

PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE EM VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA PROLONGADA SEM CONDIÇÕES A CURTO PRAZO DE EXTUBAÇÃO, NECESSITANDO DE REALIZAR TRAQUEOSTOMIA.

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

AS ACIMA

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

EXAME CLÍNICO, AVALIAÇÃO DO CIRURGIÃO GERAL

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

## CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

J99 - INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA NÃO ESPECIFICADA

## CID 10 SECUNDÁRIO

## CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0404010377 - TRAQUEOSTOMIA

## LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

## PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(N) DO CONSELHO)

## CARÁTER

URGÊNCIA

## DATA SOLICITAÇÃO

22/05/2018

ADERIVALDO COLLIHO DE ANDRADE

CPF: 45131805368

CRM:

## DATA ADMISSÃO

22/05/2018 14:00

## DATA ALTA

26/06/2018 21:00

## MOTIVO ALTA

MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

## AUTORIZAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

## PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(N) DO CONSELHO)

JONE DE RIBAMAR SANTOS FILHO

CPF: 37329643388

CRM:

DATA ANÁLISE: 28/05/2018 10:34:40

## NOME DO PROFISSIONAL PARA RECEBER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

Jone Santos Filho  
Médico - R. 047467  
SAE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL  
CRM

## ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

**FMS**  
Fundação Municipal de Saúde

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 07/05/18

|                                   |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>IGNORADO</u> | PRONTUÁRIO Nº: <u>475855</u> |
| DIAGNÓSTICO:                      | CIRURGIA:                    |
| ANESTESIA: <u>Dr. Unas</u>        | Nº DA SALA: <u>07</u>        |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Marcelino</u>   | CPF Nº:                      |
| AUXILIAR:                         | CPF Nº:                      |
| ANESTESIA: <u>Gerar</u>           | CPF Nº:                      |
| INSTRUMENTADORA: <u>Claudiana</u> | CPF Nº:                      |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO          | UNID.        | QUANT.        | PREÇO        | DISCRIMINAÇÃO               | UNID.  | QUANT.     | PREÇO |
|------------------------|--------------|---------------|--------------|-----------------------------|--------|------------|-------|
| AGULHA 25X8            | UNID.        | <u>02</u>     |              | LÂMINA DE BISTURI <u>24</u> | UNID.  | <u>02</u>  |       |
| AGULHA 30X8            | UNID.        | <u>02</u>     |              | LUVA Nº <u>7.15</u>         | PAR    | <u>02</u>  |       |
| AGULHA 40X12           | UNID.        | <u>04</u>     |              | LUVA Nº <u>7.10</u>         | PAR    | <u>02</u>  |       |
| AGULHA RAQUE           | UNID.        | <u>/</u>      |              | LUVA DE PROCEDIMENTO        | PAR    | <u>10</u>  |       |
| ALCOOL 70%             | ML           | <u>200</u>    |              | PVPI DE GERMANTE            | ML     | <u>200</u> |       |
| ALGODÃO                | BOLA         | <u>/</u>      |              | PVPI TÓPICO                 | ML     | <u>200</u> |       |
| ÁGUA OXIGENADA         | ML           | <u>200</u>    |              | PVPI TINTURA                | UNID.  | <u>02</u>  |       |
| COMPRESSA              | PAC.         | <u>04</u>     |              | SERINGA 20CC                | UNID.  | <u>02</u>  |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA      | UNID.        | <u>01</u>     |              | SERINGA 10CC                | UNID.  | <u>02</u>  |       |
| ESPARADRAPO            | CM           | <u>30</u>     |              | SERINGA 5CC                 | UNID.  | <u>01</u>  |       |
| ESCALPE Nº             | UNID.        | <u>/</u>      |              | SERINGA 3CC                 | UNID.  | <u>01</u>  |       |
| RMOL                   | ML           | <u>/</u>      |              | SORO FISIOLÓGICO            | FRASCO | <u>06</u>  |       |
| GASES                  | PAC.         | <u>05</u>     |              | SONDA URETRAL <u>14</u>     | UNID.  | <u>01</u>  |       |
| JELCO Nº <u>16</u>     | UNID.        | <u>02</u>     |              | <u>Bolha coletora</u>       |        | <u>01</u>  |       |
| <b>FIOS</b>            | <b>UNID.</b> | <b>QUANT.</b> | <b>PREÇO</b> | <b>OCORRÊNCIA</b>           |        |            |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG |              |               |              | <u>Ele todas - 05</u>       |        |            |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG |              |               |              | <u>Escars - 03</u>          |        |            |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG |              |               |              | <u>Surgicel fibiter -</u>   |        |            |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG |              |               |              | <u>Doens 3.2 3ueta - 01</u> |        |            |       |
| ALCOFIL <u>2-0</u>     |              |               |              |                             |        |            |       |
| MONONYLON <u>2-0</u>   | <u>03</u>    |               |              |                             |        |            |       |
| FITA UMBILICAL         |              |               |              | ENFERMARIA:                 |        |            |       |
| VICRYL <u>2-0 10</u>   | <u>02</u>    |               |              | CIRCULANTE:                 |        |            |       |
| PROLENE                |              |               |              |                             |        |            |       |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
22 MAR 2018  
GENTE SEGURADORA  
Rua Casimiro de Resende, 100  
Centro-Norte CEP: 64.002-100  
Teresina-PI UNID.

JOSE SANTIAGO DOS SANTOS  
MAYORAL  
CONFERE COM ORIGINAL

[illegible]

## REQUISIÇÃO DE PARECER

|            |                           |            |
|------------|---------------------------|------------|
| NOME       | Thierry Henrique da Silva | PRONTUÁRIO |
| DA CLÍNICA | UFS                       | LEITO      |
| À CLÍNICA  | Oftalmologia              |            |

### MOTIVO DA CONSULTA

Paciente com TCE grave, em SO de correção de fratura crâniana, segue sob VM, estável hemodinamicamente, com DVA, com quadro de hipoxemia sangüínea, em nível regular e Vigoroso. Solicito nova avaliação da oftalmologia.

*Clínica*

DATA: 20/05/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

### PARECER

Paciente com TCE grave, apresentando ~~vermelhidão~~ em olhos esquerdos.

Do exame:

SO OD: sem alterações

SO OE: fechamento palpebral parcial, conjuntival 2+/4+, icterícia de exposição em base de fundo palpebral, melting corneano em fôixa, nos níveis visibilizar estruturas posteriores.

CO Orientado melhor vedamento/oclusão palpebral

Vigamox OD: 6/6h 1 gota

OE: 2/2h 1 gota

Rigencol pomada: aplicar fina camada em ambos os olhos de 6/6h.



DATA: 20, 05, 18

*Dr. J. Neves*  
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

## REQUISIÇÃO DE PARECER

|            |                           |            |        |
|------------|---------------------------|------------|--------|
| NOME       | Chung Henrique dos Santos | PRONTUÁRIO | 475855 |
| DA CLÍNICA | Unidade Clínica / S2PA    | LEITO      | 02     |
| À CLÍNICA  | Unidade Clínica           |            |        |

### MOTIVO DA CONSULTA

Relatório / prontuário (E)

2

DATA: 07 / 05 / 18

Dr. Chung Henrique dos Santos  
Médico Intensivo  
CRM-PA 3753

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

### PARECER

Paciente vítima de politrauma, realizou TC de tórax com relato de pneumotórax à (E) no lado. Ex tórax (07/05/18) ausência de pneumotórax detectável pelo método.

CD: - Não indica intervenção no momento (paciente mantendo boa SpO2 e parâmetros ventilatórios controlados)

- Sugiro manter acompanhamento clínico e radiológico rigoroso



DATA: 07, 05, 18

Dr. Nelson de Almeida Jr.  
Cr. Geral e Especialista  
CRM

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE TERESINA  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA – PROFº ZENON ROCHA  
POSTO 06/CLÍNICA MÉDICA – 1º ANDAR  
Rua Dr. Otto Tito, 1820 Redenção – fone: 86 32294872  
Teresina-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

Paciente **Theury Henrique dos Santos**, 25 anos, DN: 12/10/1992, admitido no HUT no dia 07/05/18 vítima de acidente automobilístico com trauma frontal esquerda, com exposição óssea e perda de massa encefálica. Realizada drenagem de hematoma. Admitido na enfermaria traqueostomizado, em sondagem vesical de demora, hemodinamicamente estável sem uso de drogas vasoativas. Em uso de SNE. Evoluiu com ptose palpebral esquerda e dificuldade de fechamento completo da pálpebra, realizado avaliação oftálmica, conduta: lubrificante colírio e Regencil pomada. Fez uso de Meropenem e Vancomicina por 14 dias, guiado por culturas. Submetido a decanulação dia 25/06. Paciente ainda apresentando disfagia importante, com impossibilidade de progressão de dieta por via oral. Avaliado pela equipe de cirurgia buco-maxilo-facial por fratura de face, porém mantida conduta conservadora, com posterior avaliação ambulatorial.

**Evolução (14/06/18):** Paciente estável, sem intercorrências. Glasgow 9NT (AO: 4, RV: NT, RM: 4) . pupilas isocóricas e fotorreagentes. Alimentando-se por SNE, aceitando bem dieta. Respiração espontânea, sem aporte de O2. Diurese e evacuações espontâneas e fisiológicos.

### Culturas:

- (11/05/2018) Secreção traqueal: *Acinetobacter baumannii*
- (28/05/2018) Secreção traqueal: *Pseudomonas aeruginosa*
- (05/06/2018) Urocultura: *Enterococcus spp.*
- (05/06/2018) *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas Aeruginosa*

### TC de CRÂNIO

(07/05/18):

- FRATURA CRANIANA COMINUTIVA COM AFUNDAMENTO ÓSSEO, NA REGIÃO FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA, ESTENDENDO-SE AO ESFENOIDE, AO OSSO PARIETAL ESQUERDO E NOS OSSOS DA FACE
- HEMATOMA EXTRA-AXIAL LAMINAR NA CONVEXIDADE FRONTO-TEMPORAL À ESQUERDA
- PEQUENO PNEUMOENCÉFALO NA REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NOS LOBOS FRONTAIS E TEMPORAL ESQUERDA
- HEMORRAGIA SUBARACNOIDE
- LEVE DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MEDIANA PARA DIREITA (0,5 cm)
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS

### TC de TÓRAX

(07/05/2018):

- DISCRETO PNEUMOTÓRAX À ESQUERDA
- ÁREAS COM ATENUAÇÃO EM VIDRO FOSCO ESPARSAS PELOS PULMÕES, INESPECÍFICAS
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES



## RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: Theury Henrique Dos Santos, 25 anos

Prontuário: 475855

### #TCE GRAVE/ PO DE CORREÇÃO DE FRATURA DE CRÂNIO FE/CONTUSÃO PULMONAR/PNEUMOTÓRAX E MÚLTIPLAS FRATURAS FACIAS

HDA: Paciente vítima de acidente automobilístico( Moto-Caminhão) com trauma em região frontal esquerda, com exposição óssea e possível perda de massa encefálica.

Após PO de Craniectomia, deu entrada na UTI (Posto 04) em 08/05, em Estado Geral Ruim, RASS -5, sedado, pupilas anisocóricas (E<D) e fotorreagentes à direita e abolido à esquerda. Sob VM por TQT(PCV). Hemodinamicamente estável, sem drogas vasoativas, normoperfundido.

No momento segue estável hemodinamicamente, sem DVA. Sem sedoanalgesia contínua. ECG: AO 1 RV: NT RM: 4. Pupilas Isocóricas, medianas e Fotorreagentes. Respirando espontaneamente por TQT, pouco secretivo, confortável, com boa saturação. Sem febre, em curso de Meropenem D4 + Vancomicina D3.

#### ##Culturas:

(11/05) ST: *Acinetobacter baumannii*

(28/05) ST: *Pseudomonas aeruginosa*

(05/06) URO: *Enterococos spp.*

(05/06) ST: *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas Aeruginosa*.

#### #Antibióticos:

Fez uso: Tazocin (D11)

Está em uso: Vancomicina (D4) e Meropenem (D3).

#### #Exames:

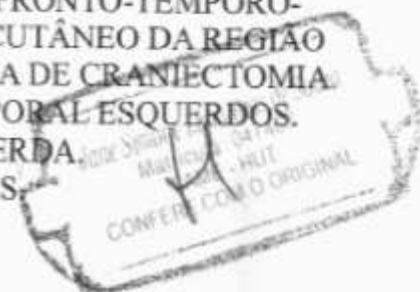
##### TC Crânio (07/05):

- FRATURA CRANIANA COMINUTIVA COM AFUNDAMENTO ÓSSEO, NA REGIÃO FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA, ESTENDENDO-SE AO ESFENOÍDE, AO OSSO PARIETAL ESQUERDO E NOS OSSOS DA FACE.
- HEMATOMA EXTRA-AXIAL LAMINAR NA CONVEXIDADE FRONTO-TEMPORAL À ESQUERDA.
- PEQUENO PNEUMOENCÉFALO NA REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NOS LOBOS FRONTAIS E TEMPORAL ESQUERDA.
- HEMORRAGIA SUBARACNOÍDE.
- LEVE DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MEDIANA PARA DIREITA (0,5 cm).
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.

##### TC Crânio (07/06)

CRANIECTOMIA FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA.

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE À ESQUERDA.
- HEMATOMAS SUBDURAIS CRÔNICOS EM CONVEXIDADES FRONTO-TÊMPORO-PARIETAIS, COM EXTENSÃO PARA O TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO DA REGIÃO FRONTO-TÊMPORO-PARIETAL ESQUERDA, ATRAVÉS DA ZONA DE CRANIECTOMIA.
- ÁREAS DE GLIOSE SEQUELAR EM LOBOS FRONTAL E TEMPORAL ESQUERDOS.
- DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MÉDIA PARA A ESQUERDA.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.



## RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: Theury Henrique Dos Santos, 25 anos

Prontuário: 475855

### #TCE GRAVE/ PO DE CORREÇÃO DE FRATURA DE CRÂNIO FE/CONTUSÃO PULMONAR/PNEUMOTÓRAX E MÚLTIPLAS FRATURAS FACIAS

HDA: Paciente vítima de acidente automobilístico( Moto-Caminhão) com trauma em região frontal esquerda, com exposição óssea e possível perda de massa encefálica.

Após PO de Craniectomia, deu entrada na UTI (Posto 04) em 08/05, em Estado Geral Ruim, RASS -5, sedado, pupilas anisocóricas (E<D) e fotorreagentes à direita e abolido à esquerda. Sob VM por TQT(PCV). Hemodinamicamente estável, sem drogas vasoativas, normoperfundido.

No momento segue estável hemodinamicamente, sem DVA. Sem sedoanalgesia contínua. ECG: AO I RV: NT RM: 4. Pupilas Isocóricas, medianas e Fotorreagentes. Respirando espontaneamente por TQT, pouco secretivo, confortável, com boa saturação. Sem febre, em curso de Meropenem D4 + Vancomicina D3.

#### ##Culturas:

(11/05) ST: *Acinetobacter baumannii*

(28/05) ST: *Pseudomonas aeruginosa*

(05/06) URO: *Enterococos spp.*

(05/06) ST: *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas Aeruginosa*.

#### #Antibióticos:

Fez uso: Tazocin (D11)

Está em uso: Vancomicina (D4) e Meropenem (D3).

#### #Exames:

##### TC Crânio (07/05):

- FRATURA CRANIANA COMINUTIVA COM AFUNDAMENTO ÓSSEO, NA REGIÃO FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA, ESTENDENDO-SE AO ESFENÓIDE, AO OSSO PARIETAL ESQUERDO E NOS OSSOS DA FACE.
- HEMATOMA EXTRA-AXIAL LAMINAR NA CONVEXIDADE FRONTO-TEMPORAL À ESQUERDA.
- PEQUENO PNEUMOENCÉFALO NA REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA.
- CONTUSÕES HEMORRÁGICAS NOS LOBOS FRONTAIS E TEMPORAL ESQUERDA.
- HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE.
- LEVE DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MEDIANA PARA DIREITA (0,5 cm).
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.

##### TC Crânio (07/06)

CRANIECTOMIA FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA.

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE À ESQUERDA.
- HEMATOMAS SUBDURAIS CRÔNICOS EM CONVEXIDADES FRONTO-TÊMPORO-PARIETAIS, COM EXTENSÃO PARA O TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO DA REGIÃO FRONTO-TÊMPORO-PARIETAL ESQUERDA, ATRAVÉS DA ZONA DE CRANIECTOMIA.
- ÁREAS DE GLIOSE SEQUELAR EM LOBOS FRONTAL E TEMPORAL ESQUERDOS.
- DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MÉDIA PARA A ESQUERDA.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.



## REQUISIÇÃO DE PARECER

|            |                            |            |
|------------|----------------------------|------------|
| NOME       | Thermy Henrique dos Santos | PRONTUÁRIO |
| DA CLÍNICA |                            | LEITO      |
| À CLÍNICA  |                            |            |

MOTIVO DA CONSULTA

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



PARECER

# Oftalmologia #

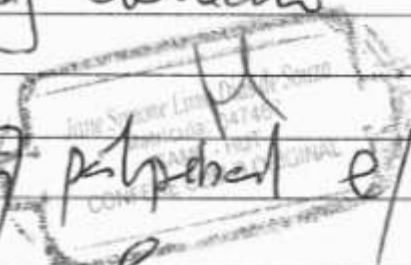
Paciente encaminhado devido emporão (certific de emporão) em O.E.

# IO(OD) = olho calmo; córnea transparente, v/c corado de fluoresceína.

# IO(OE) = hiperemia conjuntival 2+/4+, discreta queratite; córnea e área de emporão (fenda palpebral), corado de fluoresceína + nothing corado.

# Condut:

- 1) Regencial, 4x (dia + fechamento palpebral e/ou suprapalpebral)
- 2) Reabertura em 24h
- 3) Restante mantido



ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

CFM = 6706

- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

**TC de Face (07/05)**

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- \* PAREDES DA ÓRBITA, DOS SEIOS ETMOIDAL E MAXILAR À ESQUERDA.
- \* OSSO ESFENOÍDE E PAREDES DOS SEIOS ESFENOIDAIIS.
- \* ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- \* OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
  - HEMOSSÍNUS ESFENOIDAL BILATERAL E ETMOIDAL E MAXILAR À ESQUERDA.

**TC de Face (05/06)**

MÚLTIPLAS FRATURAS NA FACE, ASSIM LOCALIZADAS E DESCRITAS:

- \* ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- \* PAREDES DO SEIO MAXILAR ESQUERDO.
- \* NAS PAREDES DA ÓRBITA ESQUERDA, DESTACANDO-SE FRAGMENTO ÓSSEO QUE APRESENTA ÍNTIMO CONTATO COM O MÚSCULO RETO SUPERIOR.
- \* SEPTO NASAL.
- \* OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ.
- \* PROCESSO PTERIGOIDEO ESQUERDO.
- \* SEIO ESFENOIDAL.
- \* OSSO FRONTAL ESQUERDO.
- \* OSSO TEMPORAL ESQUERDO.
- VELAMENTO DAS MASTÓIDES BILATERALMENTE.
- ESPESSEAMENTO MUCOSO DOS SEIOS ESFENOIDAIIS E DAS CÉLULAS ETMOIDAIIS.

**TC Cervical (07/05)**

-Exame sem alterações.

**TC Tórax (07/05)**

- DISCRETO PNEUMOTÓRAX À ESQUERDA.
- ÁREAS COM ATENUAÇÃO EM VIDRO FOSCO ESPARSAS PELOS PULMÕES, INESPECÍFICAS.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

**TC Abdômen (07/05)**

-Sem alterações.

**#Exames laboratoriais (10/06/18):**

Ur: 29/ Cr: 0.5/ Na: 143.2/ k: 4,26/ Ca:1.20 / Mg:2.17 / Hb: 10.2 / Ht: 32.8% / Leuco: 8000/  
Plaquetas: 375.000

Cd: Alta do Posto 4 para seguimento na clínica médica.

Teresina, 10 de Junho de 2018

Dra. Carla V. S. Sena  
Oncologia Clínica Médica  
Médico Plantonista



- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

## TC de Face (07/05)

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:

- \* PAREDES DA ÓRBITA, DOS SEIOS ETMOIDAL E MAXILAR À ESQUERDA.
- \* OSSO ESFENÓIDE E PAREDES DOS SEIOS ESFENOIDAIIS.
- \* ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- \* OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
  - HEMOSSÍNUS ESFENOIDAL BILATERAL E ETMOIDAL E MAXILAR À ESQUERDA.

## TC de Face (05/06)

MÚLTIPLAS FRATURAS NA FACE, ASSIM LOCALIZADAS E DESCRITAS:

- \* ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- \* PAREDES DO SEIO MAXILAR ESQUERDO.
- \* NAS PAREDES DA ÓRBITA ESQUERDA, DESTACANDO-SE FRAGMENTO ÓSSEO QUE APRESENTA ÍNTIMO CONTATO COM O MÚSCULO RETO SUPERIOR.
- \* SEPTO NASAL.
- \* OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ.
- \* PROCESSO PTERIGOIDEO ESQUERDO.
- \* SEIO ESFENOIDAL.
- \* OSSO FRONTAL ESQUERDO.
- \* OSSO TEMPORAL ESQUERDO.
- VELAMENTO DAS MASTÓIDES BILATERALMENTE.
- ESPESSEAMENTO MUCOSO DOS SEIOS ESFENOIDAIIS E DAS CÉLULAS ETMOIDAIIS.

## TC Cervical (07/05)

-Exame sem alterações.

## TC Tórax (07/05)

- DISCRETO PNEUMOTÓRAX À ESQUERDA.
- ÁREAS COM ATENUAÇÃO EM VIDRO FOSCO ESPARSAS PELOS PULMÕES INESPECÍFICAS.
- TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

## TC Abdômen (07/05)

-Sem alterações.

**#Exames laboratoriais (10/06/18):**

Ur: 29/ Cr: 0.5/ Na: 143.2/ k: 4.26/ Ca:1.20 / Mg:2.17 / Hb: 10.2 / Ht: 32.8% / Leuco: 8000/  
Plaquetas: 375.000

**Cd:** Alta do Posto 4 para seguimento na clínica médica.

Teresina, 10 de Junho de 2018

Dra. Carla V. S. Sato  
Oncologia/Clinica Médica  
CRP 3987  
Médico Plantonista



- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

#### TC de FACE

(05/06/2018):

- MÚLTIPLAS FRATURAS NA FACE, ASSIM LOCALIZADAS E DESCRITAS:
  - \* ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
  - \* PAREDES DO SEIO MAXILAR ESQUERDO.
  - \* NAS PAREDES DA ÓRBITA ESQUERDA, DESTACANDO-SE FRAGMENTO ÓSSEO QUE APRESENTA ÍNTIMO CONTATO COM O MÚSCULO RETO SUPERIOR.
  - \* SEPTO NASAL.
  - \* OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ.
  - \* PROCESSO PTERIGOIDEO ESQUERDO.
  - \* SEIO ESFENOIDAL.
  - \* OSSO FRONTAL ESQUERDO.
  - \* OSSO TEMPORAL ESQUERDO.
- VELAMENTO DAS MASTÓIDES BILATERALMENTE.
- ESPESSEAMENTO MUCOSO DOS SEIOS ESFENOIDAIS E DAS CÉLULAS ETMOIDAIS.

#### TC de CRÂNIO

(07/06/2018):

- CRANIECTOMIA FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA.
- FRATURAS EM OSSOS DA FACE À ESQUERDA.
- HEMATOMAS SUBDURAIS CRÔNICOS EM CONVEXIDADES FRONTO-TÊMPORO-PARIETAIS, COM EXTENSÃO PARA O TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO DA REGIÃO FRONTO-TÊMPORO-PARIETAL ESQUERDA, ATRAVÉS DA ZONA DE CRANIECTOMIA.
- ÁREAS DE GLIOSE SEQUELAR EM LOBOS FRONTAL E TEMPORAL ESQUERDOS.
- DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MÉDIA PARA A ESQUERDA.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

Recebe alta dia 26/06/2018 em boas condições clínicas. Fornecido receituário de medicações de uso domiciliar. Encaminhamento ambulatorial para neurocirurgia, cirurgia buco-maxilo-facial e oftalmologia. Acompanhamento com EMAD. Orientada dieta por sonda nasoenteral e repassado laudo para acesso a dieta industrializada.

Dr. Hermano Pinheiro  
Cardiologia / Clínica Médica  
CRM-PI: 4202

Dr. Hermano Pinheiro  
CRM PI 4202

Teresina, 26 de junho de 2018



## FICHA DE ADMISSÃO - U.T.I.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                           |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------|--------------|
| Nome: <u>Thierry Henrique dos Santos</u>                                                                                                                                                                                                                                                                            |            | Prontuário: <u>475855</u> |              |
| Idade: <u>25</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Profissão: | Naturalidade:             | Procedência: |
| H.D.A.:<br><u>1.º PO contusão de fratura frontal esquerda, fundamento craniano, contusão pulmonar, pneumotórax esquerdo, múltiplas fraturas faciais. Paciente vítima de acidente automobilístico (moto-combinão), c/ trauma em região frontal esquerda c/ exposição óssea e possível perda de massa encefálica.</u> |            |                           |              |

### EXAME FÍSICO

|                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Geral: <u>Estado geral ruim; FR 16; FC 56; PAM 98; Tax 37,1; MUCOSAS HIPOCORADAS; EDEMA CONJUNTIVAL ESQUERDO;</u> |
| Neurológico: <u>Rass: - 5; Pupila fotomotora: ESQUERDA; DIREITA ANISOCORIA: (E &lt; D) FOTOREAGENTE</u>           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ap. Respiratório:<br><u>MURMÚRIO VESICULAR ⊕ BILATERALMENTE SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS</u><br><u>Vm/To5, A/C, <u>PEEP 7</u>, FiO2 21%, <u>Confortável</u></u><br><u>Boa SatO2</u><br><u>TC torax = pequena pneumotórax ⊕.</u><br><u>Conduta Ctx. torácica = conservadora</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

EXTREMIDADES PERFUNDAS - SINAIS DE IVH.  
ESTÁVEL HEMODINÂMICA. - E, SI USO DE DROGAS  
VASOATIVAS  
BHF; 2T; RR; SEM SOPROS AUDÍVEIS  
PAM: 64  
FC: 98

Ap. Digestivo:

ABDOMEN DEPRESSÍVEL, INDOLOR; SEM MASSAS  
OU VISCEROMEGALIAS.  
RHA PRESENTES  
Dita. intestinal.

Sist. Músculo-Esquelético: PCT SI RESPOSTA MOTORA

Então, simétricas

Exames já realizados:

TC de crânio

TC tórax

TC de face

TC abdome

TC cervical

Bioquímica

Hipótese(s) diagnosticada(s):

Hematoma intracranial  
FRATURA FRONTAL ESQUERDA  
PNEUMOTÓRAX ESQUERDO  
CONTUSÃO PULMONAR

Exames solicitados:

- Rotina de UTI



Conduta:

- Paciente da Neurocirurgia  
- Refaturado Sedado  
- Btl equilibrado

Vigilância Neurológica

Teresina, 08/05/2018

Médico

Igo Oliveira  
CRM 19397



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Relatório Imediato do Patologista

### Acidente Durante a Operação

mse

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
22 MAR 2010  
GENTE SEGUROADORA S.A.  
Rua Cosmo de Resende, 405 Lapa C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Terestina-PI

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

- 1) Nutrição celular
- 2) absorção / síntese essenciais;
- 3) exocitose;
- 4) homeostase;
- 5) resposta por estímulos;
- 6) crescimento e adaptação.





| NOME DO PACIENTE                     |                                                                                              |              |                |                  |                   | Nº DE REGISTRO                     |  |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------|------------------|-------------------|------------------------------------|--|
| DATA<br>06/05/8                      | P. ARTERIAL                                                                                  | PULSO        | RESPIRAÇÃO     | TEMPERATURA      | PESO              | ALTURA                             |  |
| EXAMES DE SANGUE                     | GR. SANGÜÍNEO                                                                                | HEMATIMETRIA | HEMOGLOBINEMIA | HEMATOCRITOS     | GLICEMIA          | DOS. URÉIA                         |  |
| EXAMES DE URINA                      |                                                                                              |              |                |                  |                   |                                    |  |
| FUNÇÃO RESPIRATÓRIA                  |                                                                                              |              |                |                  |                   |                                    |  |
| SISTEMA CIRCULATORIO                 |                                                                                              |              |                |                  | ELETROCARDIOGRAMA |                                    |  |
| SISTEMA RESPIRATORIO                 |                                                                                              |              |                |                  | ASMA              | BRONQUITE                          |  |
| SISTEMA DIGESTIVO                    |                                                                                              |              |                | SISTEMA URINARIO |                   |                                    |  |
| ESTADO MENTAL COMATOSE               |                                                                                              |              |                | CORTICOIDES      | ATARAXICOS        | OUTROS                             |  |
| DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO           |                                                                                              |              |                |                  | FISICOS           |                                    |  |
| PRE-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)        |                                                                                              |              |                | APLICADO AS      | EFEITOS           |                                    |  |
|                                      |                                                                                              |              |                |                  |                   | TOTAL DE DOSES                     |  |
| AGENTES ANESTESICOS                  | OXIGENIO 1 2 3                                                                               |              |                |                  |                   | Dose de 9.5 mg                     |  |
| LÍQUIDOS                             | SO-LUTO 500<br>SANGUE 300<br>OUTROS 100                                                      |              |                |                  |                   | Frut 500 g                         |  |
| TEMPERATURA T                        | 38                                                                                           |              |                |                  |                   | Pravil 3 mg                        |  |
| P. ARTERIAL V O PULSO                | 260<br>240<br>2<br>200<br>180<br>160<br>1<br>140<br>120<br>100<br>80<br>60<br>40<br>20<br>10 |              |                |                  |                   | sero                               |  |
| INÍCIO E FIM ANESTESIA X             |                                                                                              |              |                |                  |                   | SEQUÊNCIA                          |  |
| INÍCIO E FIM OPERAÇÃO                |                                                                                              |              |                |                  |                   | 1 Dente                            |  |
| RESPIRAÇÃO O                         |                                                                                              |              |                |                  |                   | 2 1 g                              |  |
|                                      |                                                                                              |              |                |                  |                   | 3 Cephal                           |  |
|                                      |                                                                                              |              |                |                  |                   | 4 Hidral                           |  |
|                                      |                                                                                              |              |                |                  |                   | 5 750                              |  |
|                                      |                                                                                              |              |                |                  |                   | 6 Ralid                            |  |
|                                      |                                                                                              |              |                |                  |                   | 7 500                              |  |
|                                      |                                                                                              |              |                |                  |                   | 8                                  |  |
|                                      |                                                                                              |              |                |                  |                   | 9                                  |  |
|                                      |                                                                                              |              |                |                  |                   | 10                                 |  |
|                                      |                                                                                              |              |                |                  |                   | 11                                 |  |
|                                      |                                                                                              |              |                |                  |                   | 12                                 |  |
|                                      |                                                                                              |              |                |                  |                   | 13                                 |  |
|                                      |                                                                                              |              |                |                  |                   | 14                                 |  |
|                                      |                                                                                              |              |                |                  |                   | 15                                 |  |
| SÍMBOLOS                             |                                                                                              | 05:40        |                |                  |                   | DURAÇÃO                            |  |
| TÉCNICAS                             | guf                                                                                          |              |                |                  |                   | INCIDENTE - ACIDENTE               |  |
| OPERAÇÕES                            |                                                                                              |              |                |                  |                   |                                    |  |
| CIRURGIÕES                           |                                                                                              |              |                |                  |                   |                                    |  |
| ANESTESISTAS                         | Antonio Uirio 1582                                                                           |              |                |                  |                   |                                    |  |
| Necroto de UTI.                      |                                                                                              |              |                |                  |                   | CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS |  |
| de duas TCC comatosas sem dor ventr. |                                                                                              |              |                |                  |                   |                                    |  |

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 93323

AIH: 2218100303595

## 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

## CARTAO SUS

782302106862014

## NOME DO PACIENTE

THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

## NASCIMENTO

12/10/1992

## SEXO

M

## PRONTUÁRIO

475855

## DOCUMENTO CPF

3551828

## TELEFONE

86989072324

## NOME DA MÃE

MARIA HELENA NASCIMENTO DOS SANTOS

## RESPONSÁVEL

LUZILENE

## CEP

64000010

## ENDEREÇO - LOGRADOURO

## NUMERO / LOTE

30

## BAIRRO

RESIDENCIAL DOM AVELAR

## COMPLEMENTO

## MUNICÍPIO

TERESINA

## UF

PI

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO ENTRE MOTOCICLETA E AUTOMÓVEL, APRESENTANDO POLITRAUMA COM FRATURA CRANIANA COMINUTIVA COM AFUNDAMENTO ÓSSEO NA REGIÃO FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA, ESTENDENDO-SE AO ESFENOIDE, AO OSSO PARIETAL ESQUERDO E NOS OSSOS DA FACE, NECESSITANDO DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA DE URGÊNCIA.

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE MORTE

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

TC DE CRÂNIO

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

## CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S027 - FRATURAS MÚLTIPLAS ENVOLVENDO OS OSSOS DO CRÂNIO E DA FACE

## CID 10 SECUNDÁRIO

## CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0403010268 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CRÂNIO COM AFUNDAMENTO

## LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

## PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA

CPF: 08553770325

CRM:

## CARÁTER

URGENCIA

## DATA SOLICITAÇÃO

07/05/2018

## DATA ADMISSÃO

07/05/2018 04:31

## DATA ALTA

22/05/2018 14:00

## MOTIVO ALTA

PERMANENCIA POR REOPERACAO

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

## AUTORIZAÇÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

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

LUCIA DE Fátima DA COSTA F. SILVA FARIAS  
CPF: 09021442300 CRM:

DATA ANALISE: 14/05/2018 08:49:20

## NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF:

DATA ANALISE:

## ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE DIETAS ENTERAIS INDUSTRIALIZADAS

| Identificação do Usuário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                       |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| Nome Completo: THEURY HENRIQUE DOS SANTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |                |
| Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                                                                                                                                                                                                                                       | Data Nasc:                            | Idade: 25 anos |
| Informações sobre a doença                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |                |
| <b>Doença (s): TCE</b><br>Assinalar os agravos que justificam a terapia nutricional:<br><input checked="" type="checkbox"/> Afagia/disfagia <input type="checkbox"/> Transtorno de mobilidade intestinal <input type="checkbox"/> Síndrome de má absorção<br><input checked="" type="checkbox"/> Desnutrição <input type="checkbox"/> Outro: |                                       |                |
| Avaliação e diagnóstico nutricional                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                       |                |
| Peso (kg): 38 Atual <input type="checkbox"/> Estimado <input checked="" type="checkbox"/> <b>Peso ajustado: 44,5 kg</b>                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                |
| Altura (m): 1,71 Atual <input type="checkbox"/> Estimada <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                 |                                       |                |
| IMC (kg/m <sup>2</sup> ): 12,9 Kg/m <sup>2</sup> Circunferência do braço (cm): 20,5                                                                                                                                                                                                                                                          |                                       |                |
| Prega cutânea tricipital (mm): Circunferência da panturrilha (cm): 24                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                |
| Possui úlceras por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: Grau:                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |                |
| Para crianças – curvas de crescimento (especificar percentis):<br>P/I: E/I: P/E:                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                |
| Diagnóstico nutricional:<br><b>DESNUTRIÇÃO GRAVE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                       |                |
| Prescrição da terapia nutricional                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                       |                |
| Tipo de alimentação: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> TNE + VO <input checked="" type="checkbox"/> TNE exclusiva <input type="checkbox"/> TNE + NP                                                                                                                                                                       |                                       |                |
| Em caso de nutrição enteral:<br>Via de acesso: <input type="checkbox"/> SNG <input checked="" type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gastrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia                                                                                                                                              |                                       |                |
| VET (kcal/dia): 1950                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | % das necessidades por VO: -          |                |
| Kcal/Kg peso/dia: 40                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | g PTN/Kg peso/dia: 2                  |                |
| Quantitativo/refeição (volume): 215 ml                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Quantitativo diário (volume): 1300 ml |                |
| Características da(s) dieta (s): Dieta enteral 1,5 kcal/ml, com no mínimo 75 g de proteína/litro                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                |
| Identificação do profissional solicitante                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |                |
| Nome do estabelecimento: Hospital de Urgências de Teresina Dr. Zenon Rocha                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |                |
| Nome do profissional: TATIANA DIAS DE PAULA                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                |
| CRN: 4434                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Telefone para contato: 3218- 5199     |                |
| Local/Data: Teresina, 12 de JUNHO de 2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |                |
| Assinatura/carimbo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                       |                |

Tatiana Dias CRN/PI 4434



## LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA

PACIENTE: Thaury Henrique dos Santos Nº PRONT.: 425855 Nº LAUDO: 215245

## JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO  
SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU DE-  
MORADA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERECIDO.DATA: 1/1

ASSINATURA DO MÉDICO

## AUDITOR

DATA: 18/07/18

ASSINATURA DO AUDITOR


**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: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 475855)  
 Endereço: RUA 09 QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 12/10/1992 Idade: 25a7m24d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 215245  
 Requisição: 843914 Solicitação: 04/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
 Controle: 1043624 Convênio: S U S CLINICA MEDICA - P06 ENFERMARIA 205 LEITO 105

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 04/06/2018

**T.C. DE FACE**

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 3MM DE ESPESSURA E 3MM DE INCREMENTO, EVIDENCIOU:

- MÚLTIPLAS FRATURAS NA FACE, ASSIM LOCALIZADAS E DESCRITAS:
- \* ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- \* PAREDES DO SEIO MAXILAR ESQUERDO.
- \* NAS PAREDES DA ÓRBITA ESQUERDA, DESTACANDO-SE FRAGMENTO ÓSSEO QUE APRESENTA ÍNTIMO CONTATO COM O MÚSCULO RETO SUPERIOR.
- \* SEPTO NASAL.
- \* OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ.
- \* PROCESSO PTERIGOIDEO ESQUERDO.
- \* SEIO ESFENOIDAL.
- \* OSSO FRONTAL ESQUERDO.
- \* OSSO TEMPORAL ESQUERDO.
- VELAMENTO DAS MASTÓIDES BILATERALMENTE.
- ESPESSAMENTO MUCOSO DOS SEIOS ESFENOIDAIIS E DAS CÉLULAS ETMOIDAIIS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 05/06/2018

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CPF: 854.812.033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 475855)  
Endereço: RUA 09 QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 12/10/1992 Idade: 25a10m19d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 215245  
Requisição: 844244 Solicitação: 05/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1044056 Convênio: S U S CLINICA MEDICA - P06 ENFERMARIA 205 LEITO 105

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 05/06/2018

**TORAX PA**

O estudo radiológico do tórax foi realizado na incidência PA.

Os seguintes aspectos foram observados:

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- TUBO TRAQUEAL.
- CATETER VENOSO CENTRAL À ESQUERDA.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 31/08/2018

**CARLOS AUGUSTO MOURA FE**

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável





## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 475855)  
 Endereço: RUA 09 QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 12/10/1992 Idade: 25a7m27d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 215245  
 Requisição: 844485 Solicitação: 06/06/2018 Solicitante: ADERIVALDO COELHO DE ANDRADE  
 Controle: 1044386 Convênio: S U S CLINICA MEDICA - P06 ENFERMARIA 205 LEITO 105

## RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 06/06/2018

TORAX PA

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

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/06/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 475855)  
Endereço: RUA 09 QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 12/10/1992 Idade: 25a7m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 213876  
Requisição: 844616 Solicitação: 07/06/2018 Solicitante: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA  
Controle: 1044543 Convênio: S U S POSTO 4 ENFERMARIA 112 LEITO 048

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 07/06/2018

**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:**

- CRANIECTOMIA FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA.
- FRATURAS EM OSSOS DA FACE À ESQUERDA.
- HEMATOMAS SUBDURAIS CRÔNICOS EM CONVEXIDADES FRONTO-TÊMPORO-PARIETAIS, COM EXTENSÃO PARA O TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO DA REGIÃO FRONTO-TÊMPORO-PARIETAL ESQUERDA, ATRAVÉS DA ZONA DE CRANIECTOMIA.
- ÁREAS DE GLIOSE SEQUELAR EM LOBOS FRONTAL E TEMPORAL ESQUERDOS.
- DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MÉDIA PARA A ESQUERDA.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 07/06/2018



**WILSONNEY HOLANDA LEAL**  
CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062  
Profissional Responsável



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 475855)  
Endereço: RUA 09 QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 12/10/1992 Idade: 25a7m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 215245  
Requisição: 844751 Solicitação: 07/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1044590 Convênio: S U S CLINICA MEDICA - P06 ENFERMARIA 205 LEITO 105

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 07/06/2018

**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:**

- CRANIECTOMIA FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA.
- FRATURAS EM OSSOS DA FACE À ESQUERDA.
- HEMATOMAS SUBDURAIS CRÔNICOS EM CONVEXIDADES FRONTO-TÊMPORO-PARIETAIS, COM EXTENSÃO PARA O TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO DA REGIÃO FRONTO-TÊMPORO-PARIETAL ESQUERDA, ATRAVÉS DA ZONA DE CRANIECTOMIA.
- ÁREAS DE GLIOSE SEQUELAR EM LOBOS FRONTAL E TEMPORAL ESQUERDOS.
- DESVIO DAS ESTRUTURAS DA LINHA MÉDIA PARA A ESQUERDA.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 07/06/2018

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS**

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável




**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 475855)  
 Endereço: RUA 09 QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
 Nascimento: 12/10/1992 Idade: 25a8m14d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 215245  
 Requisição: 845032 Solicitação: 08/06/2018 Solicitante: IGO MARCELLO SIMEÃO DE OLIVEIRA  
 Controle: 1045060 Convênio: S U S CLINICA MEDICA - P06 ENFERMARIA 205 LEITO 105

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 08/06/2018

**TORAX PA**

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

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

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 26/06/2018

**ELIANE RODRIGUES MENDES**

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190222126

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

**Data do acidente:** 07/05/2018

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE COM AFUNDAMENTO CRANIANO, CONTUSÃO CEREBRAL E HEMATOMA EXTRADURAL LAMINAR

**Descrição do exame físico:** PACIENTE COMPARECE EM REGULAR ESTADO GERAL. AO EXAME: PACIENTE COM DISCRETA HEMIPARESIA ESQUERDA E BRADIPSQUIZISMO. QUEIXAS: ESQUECIMENTOS/DISCURSO INCOERENTE/ TONTURAS / DOR NA GARGANTA.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE ADMITIDO COM TC DE CRÂNIO DEMONSTRANDO FRATURA DE AFUNDAMENTO CRANIANO EM REGIÃO FRONTO-TEMPORAL À ESQUERDA + CONTUSÃO CEREBRAL SUBJACENTE, HEMATOMA EXTRADURAL LAMINAR, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE E DESVIO DE LINHA MÉDIA MENOR QUE 0,5 CM. SUBMETIDO À CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA PARA TRATAMENTO NEUROCIRÚRGICO. EVOLUIU POSTERIORMENTE COM NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO EM UTI POR LONGO PRAZO.

**Sequelas permanentes:** Dano neurológico em grau leve.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 02/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** MÉDICO EXAMINADOR ESCLARECEU QUE PACIENTE COMPARECEU EM CADEIRAS DE RODAS E QUANDO SOLICITADO MOVIMENTAR A PERNA, APRESENTA FORÇA GRAU 0. APÓS INFORMADO QUE ISSO GERARIA A NECESSIDADE DE UM EXAME RADIOLÓGICO DE COLUMA E O ADIAMENTO DA AVALIAÇÃO FINAL, APRESENTOU FORÇA, NO MÍNIMO, GRAU IV.  
Indenização em grau leve da função neurológica devido a hemiparesia à esquerda e bradipsiquismo. - Quadro estabelecido.  
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                                      | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica | 100 %                                        | Em grau leve - 25 %                                  | 25%       | R\$ 3.375,00          |
| Total                                                                            |                                              |                                                      | 25 %      | R\$ 3.375,00          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190222126 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** THEURY HENRIQUE DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 27/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO ( FRATURA COMINUTIVA COM AFUNDAMENTO ÓSSEO )

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PAG.1.2.3 E 29  
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                                                                                                                                                                                                            | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 %                                        | Complemento por reanálise - 0 %                      | 0%        | R\$ 0,00              |
| Total                                                                                                                                                                                                                                                  |                                              |                                                      | 0 %       | R\$ 0,00              |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

*Keylly Moura de Oliveira*  
0501001 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME  
KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FILIAÇÃO  
EVA MOURA DA SILVA  
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE  
BARÃO DE GRAJAU-MA DATA DE NASCIMENTO 18/12/1979

DOC. ORIGEM  
CERT. NASC. 39751 V 53A F 097  
EXP TERESINA-PI 27/08/99

TERESINA - PI  
839.502.303-00 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
22 MAR 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende 455 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470  
Teresina - PI

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190222126

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

**Data do acidente:** 07/05/2018

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE COM AFUNDAMENTO CRANIANO, CONTUSÃO CEREBRAL E HEMATOMA EXTRADURAL LAMINAR

**Descrição do exame físico:** PACIENTE COMPARECE EM REGULAR ESTADO GERAL. AO EXAME: PACIENTE COM DISCRETA HEMIPARESIA ESQUERDA E BRADIPSQUIZISMO. QUEIXAS: ESQUECIMENTOS/DISCURSO INCOERENTE/ TONTURAS / DOR NA GARGANTA.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE ADMITIDO COM TC DE CRÂNIO DEMONSTRANDO FRATURA DE AFUNDAMENTO CRANIANO EM REGIÃO FRONTO-TEMPORAL À ESQUERDA + CONTUSÃO CEREBRAL SUBJACENTE, HEMATOMA EXTRADURAL LAMINAR, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE E DESVIO DE LINHA MÉDIA MENOR QUE 0,5 CM. SUBMETIDO À CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA PARA TRATAMENTO NEUROCIRÚRGICO. EVOLUIU POSTERIORMENTE COM NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO EM UTI POR LONGO PRAZO.

**Sequelas permanentes:** Dano neurológico em grau leve.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 02/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** MÉDICO EXAMINADOR ESCLARECEU QUE PACIENTE COMPARECEU EM CADEIRAS DE RODAS E QUANDO SOLICITADO MOVIMENTAR A PERNA, APRESENTA FORÇA GRAU 0. APÓS INFORMADO QUE ISSO GERARIA A NECESSIDADE DE UM EXAME RADIOLÓGICO DE COLUMA E O ADIAMENTO DA AVALIAÇÃO FINAL, APRESENTOU FORÇA, NO MÍNIMO, GRAU IV.  
Indenização em grau leve da função neurológica devido a hemiparesia à esquerda e bradipsiquismo. - Quadro estabelecido.  
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                                      | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica | 100 %                                        | Em grau leve - 25 %                                  | 25%       | R\$ 3.375,00          |
| Total                                                                            |                                              |                                                      | 25 %      | R\$ 3.375,00          |

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.551.828 13/12/10

THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

MARIA HELENA NASCIMENTO DOS SANTOS

TERESINA-PI 12/10/1992

CERT. NASC. 223752 L A272 F 191

EXP TERESINA-PI 01/09/94

LEI Nº 7.115 DE 28.08.03 - CECRILITO Nº 04.510/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THEURY HENRIQUE DOS SANTOS



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 061.037.053-71

Nome THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

Nascimento 12/10/1992

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 405 Loja C

Centro-Norte CEP: 64.002-470

Teresina-PI

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 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 prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 239502303 / 00  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Henry Henrique dos Santos inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 061034053/71 do sinistro de DPVAT cobertura incubida da Vítima  
Henry Henrique dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 061034053/71, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

|                                                   |                           |                        |                                                 |
|---------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------------------------------|
| Endereço<br><u>Rua York e Augusto de Oliveira</u> |                           | Número<br><u>554</u>   | Complemento                                     |
| Bairro<br><u>Centro</u>                           | Cidade<br><u>Teresina</u> | Estado<br><u>Piauí</u> | CEP<br><u>64000902</u>                          |
| Email                                             | Telefone comercial (DDD)  |                        | Telefone celular (DDD)<br><u>(86) 994729591</u> |

Teresina-Pi, 21 de 03 de 19  
Local e Data

Kelly Moura de Oliveira  
Assinatura do Declarante

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 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 prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 239502303 / 00  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Henry Henrique dos Santos inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 061034053/71 do sinistro de DPVAT cobertura incubida da Vítima  
Henry Henrique dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 061034053/71, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

|                                                   |                           |                          |                                                 |
|---------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|
| Endereço<br><u>Rua York e Augusto de Oliveira</u> |                           | Número<br><u>554</u>     | Complemento                                     |
| Bairro<br><u>Centro</u>                           | Cidade<br><u>Teresina</u> | Estado<br><u>Piauí</u>   | CEP<br><u>64000902</u>                          |
| Email                                             |                           | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD)<br><u>(86) 994729591</u> |

Teresina-Pi, 21 de 03 de 19  
Local e Data

Kelly Moura de Oliveira  
Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Laercio Jonas de Freitas

RG nº 223.9820, data de expedição 12/08/16

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 986.239.143-87

com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de

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

Rua: Wom Martins Vieira Brito, nº 5444

complemento B. Vale Aum Tan, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

Theury Henrique dos Santos, cujo o condutor era

Theury Henrique dos Santos

Veículo: Moto Modelo: Honda/CG 325 Funk Ano: 2010/2010

Placa: NTE-1032 Chassi: 9C2JC4110AR585505

Data do Acidente: 07/05/2018

Local e Data: Teresina - Piauí

Laercio Jonas de Freitas

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.710/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Co. de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: 018211784

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| MÊS               | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|-------------------|------------|---------------|---------------------|
| FEVEREIRO 20/2019 | 01/03/2019 | 204           | 218,03              |

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL  
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO  
CPF: 00059007125320  
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

| DADOS DA SITUAÇÃO           |        | LWH                       | DADOS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|--------|---------------------------|------------------|------------|
| Atual:                      |        | 12631                     | Atual:           | 22/02/2019 |
| Anterior:                   |        | 12427                     | Anterior:        | 23/01/2019 |
| Constante de Multiplicação: |        | 1,000                     | Próxima Leitura: | 26/03/2019 |
| Consumo Medido:             |        | 204                       | Emissão:         | 21/02/2019 |
| Consumo Faturado:           |        | 204                       | Apresentação:    | 22/02/2019 |
| Forma de Pagamento:         | NORMAL |                           | Dias de Consumo: | 30         |
|                             |        | Código de Irregularidade: |                  |            |

| Classe      | Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fel. | Média 12 meses |
|-------------|-----------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| RESIDENCIAL |           | MONO    | A1484335       |       | 1.1.1.1     | 178            |

| HISTÓRICO kWh | Descrição da Conta             |                            |
|---------------|--------------------------------|----------------------------|
| JAN/19 133    | CONSUMO                        | 204 A R\$ 0,95855 = 195,40 |
| DEZ/18 136    | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | 15,26                      |
| NOV/18 160    | MULTA POR ATRASO (2X)          | 4,69                       |
| OUT/18 138    | JUROS POR ATRASO (2X)          | 2,68                       |
| SET/18 158    |                                |                            |
| AGO/18 186    |                                |                            |
| JUL/18 171    |                                |                            |
| JUN/18 206    |                                |                            |
| MAI/18 189    |                                |                            |
| ABR/18 215    |                                |                            |

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 204 - 0,623668

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 21/02/2019, não constataremos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

Você pode op. pelas datas de vencimento de 1 a 25, entre as opções 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre as opções 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre as opções 1, 5, 10, 15, 20 ou 25.

RESERVADO O FISCO 0CF8.1322.C229.984A.A983.9E70.3A84.0425

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ |       | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |        |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição:             | 36,72 | Base de Cálculo:        | 195,40 |
| Energia:                  | 70,94 | Alíquota ICMS:          | 27,00% |
| Transmissão:              | 12,01 | Valor do ICMS:          | 52,75  |
| Encargos:                 | 7,57  | Valor do PIS:           | 2,75   |
| Tributos:                 | 68,16 | Valor do COFINS:        | 12,66  |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |                |            |       |       |            |                    |         |             |
|-----------------------------|----------------|------------|-------|-------|------------|--------------------|---------|-------------|
|                             | DNC            |            |       | FIC   |            |                    | DNC     | DNCI        |
|                             | Valor          | Trimestral | Anual | Valor | Trimestral | Anual              | Valor   | Valor       |
| Índice                      | 5,31           | 10,63      | 21,25 | 3,11  | 6,23       | 12,45              | 3,03    |             |
| Qualidade                   | 0,00           |            |       | 0,00  |            |                    | 0,00    |             |
| Condição                    | RESINA-MACAUBA |            |       |       |            | Período de análise | 12/2015 | R\$D: 46,37 |

Consumo: TERESINA-MACAUBA Período de medição: 12/2018 R\$ 46,37

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

0051867-0

218,03

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

02/2019

01/03/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 018211784 FCAM

83630000002 0 18030017000 8 000000000051 : 86700219008 2



SEQ.: 00052 UC: 0051867-0 DT. LEIT.: 22/02/2019 T. ENTR.: 03  
LEITURA: 12631 NORMAL TOTAL: 218,03 CARGA: 009  
DT. VENC.: 01/03/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 2071

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
22 MAR 2019  
CENTRO SEGURADORA S.A.  
Rua Cosmo de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.710/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Co. de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: 018211784

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| MÊS               | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|-------------------|------------|---------------|---------------------|
| FEVEREIRO 20/2019 | 01/03/2019 | 204           | 218,03              |

MARCIA VITAL DE LIMA CABRAL  
R. 24 DE JANEIRO 554 554 CENTRO  
CPF: 00059007125320  
CEP: 64.000-902 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

| DADOS DA SITUAÇÃO           | LWH                       | DATAS DA LEITURA            |
|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Atual:                      | 12631                     | Atual: 22/02/2019           |
| Anterior:                   | 12427                     | Anterior: 23/01/2019        |
| Constante de Multiplicação: | 1,000                     | Próxima Leitura: 26/03/2019 |
| Consumo Medido:             | 204                       | Emissão: 21/02/2019         |
| Consumo Faturado:           | 204                       | Apresentação: 22/02/2019    |
| Forma de Pagamento: NORMAL  | Código de Irregularidade: | Dias de Consumo: 30         |

| Classe      | Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fel. | Média 12 meses |
|-------------|-----------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| RESIDENCIAL |           | MONO    | A1484335       |       | 1.1.1.1     | 178            |

| HISTÓRICO kWh | Descrição da Conta             |        |
|---------------|--------------------------------|--------|
| JAN/19 133    | CONSUMO 204 A R\$ 0,95855 =    | 195,40 |
| DEZ/18 136    | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | 15,26  |
| NOV/18 160    | MULTA POR ATRASO (2X)          | 4,69   |
| OUT/18 138    | JUROS POR ATRASO (2X)          | 2,68   |
| SET/18 158    |                                |        |
| AGO/18 186    |                                |        |
| JUL/18 171    |                                |        |
| JUN/18 206    |                                |        |
| MAI/18 189    |                                |        |
| ABR/18 215    |                                |        |

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
R\$ 204 - 0,623668

### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 21/02/2019, não constataremos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

Você pode op. pelas datas de vencimento de 1 a 25, entre as opções 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre as opções de vencimento.

RESERVADO O FISCO 0CF8.1322.C229.984A.A983.9E70.3A84.0425

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |
|---------------------------|-------------------------|
| Distribuição: 36,72       | Base de Cálculo: 195,40 |
| Energia: 70,94            | Alíquota ICMS: 27,00%   |
| Transmissão: 12,01        | Valor do ICMS: 52,75    |
| Encargos: 7,57            | Valor do PIS: 2,75      |
| Tributos: 68,16           | Valor do COFINS: 12,66  |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |                |            |       |       |            |                    |         |             |
|-----------------------------|----------------|------------|-------|-------|------------|--------------------|---------|-------------|
|                             | DNC            |            |       | FIC   |            |                    | DNC     | DNCI        |
|                             | Atual          | Trimestral | Anual | Atual | Trimestral | Anual              | Atual   | Atual       |
| Índice                      | 5,31           | 10,63      | 21,25 | 3,11  | 6,23       | 12,45              | 3,03    |             |
| Qualidade                   | 0,00           |            |       | 0,00  |            |                    | 0,00    |             |
| Condição                    | RESINA-MACAUBA |            |       |       |            | Período de análise | 12/2015 | R\$D: 46,37 |

Consumo: TERESINA-MACAUBA Período de leitura: 12/2018 R\$ 46,37

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

0051867-0

218,03

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

02/2019

01/03/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

Nº da Nota Fiscal: 018211784 FCAM

83630000002 0 18030017000 8 000000000051 : 86700219008 2



SEQ.: 00052 UC: 0051867-0 DT. LEIT.: 22/02/2019 T. ENTR.: 03  
LEITURA: 12631 NORMAL TOTAL: 218,03 CARGA: 009  
DT. VENC.: 01/03/2019 IRREG.: 0 0 COLETOR: 2071

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
22 MAR 2019  
CENTRO SEGURADORA S.A.  
Rua Cosmo de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

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 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 prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 239502303 / 00  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Henry Henrique dos Santos inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 061034053/71 do sinistro de DPVAT cobertura incubida da Vítima  
Henry Henrique dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 061034053/71, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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



|                                                   |                           |                        |                                                 |
|---------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------------------------------|
| Endereço<br><u>Rua York e Augusto de Oliveira</u> |                           | Número<br><u>554</u>   | Complemento                                     |
| Bairro<br><u>Centro</u>                           | Cidade<br><u>Teresina</u> | Estado<br><u>Piauí</u> | CEP<br><u>64000902</u>                          |
| Email                                             | Telefone comercial (DDD)  |                        | Telefone celular (DDD)<br><u>(86) 994729591</u> |

Teresina-Pi, 21 de 03 de 19  
Local e Data

Kelly Moura de Oliveira  
Assinatura do Declarante



Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dados do Chamado                           | 01 N° do chamado<br>1045                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 02 Data do chamado<br>07/05/2018                                                                                                                                                                                                               | 03 PRO (código)<br>2897                                                                                                                                                | 04 Saída do PA<br>03:10                                                                                                                                                                           | 05 Chegada ao local<br>03:29                                                                                                                                                         |
|                                            | 06 Saída do local<br>04:05                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 07 Chegada ao 1° hospital<br>04:21                                                                                                                                                                                                             | 08 Saída do 1° hospital                                                                                                                                                | 09 Chegada ao 2° hospital                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                      |
| Local da Ocorrência                        | 10 Endereço<br>Rua Farm. Raul Baccan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Código IBGE                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |
|                                            | 11 Bairro<br>Planalto Uruguai                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 12 Município-UF<br>The-Pi                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |
| Dados do Paciente                          | 13 Ponto de referência<br>Col Valters Alencar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |
|                                            | 14 Nome<br>Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 15 Sexo<br>1 - Masculino<br>2 - Feminino<br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |
| Tipo de Ocorrência                         | 16 Idade<br><input type="checkbox"/> 1 - Dia<br><input type="checkbox"/> 2 - Mês<br><input type="checkbox"/> 3 - Ano<br><input type="checkbox"/> 9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se idade ignorada, preencha com 999                                                                                                                                                                                                            | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?<br>1 - Sim<br>2 - Não<br>9 - Ignorado                                                                                     |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |
|                                            | 18 Tipo de ocorrência<br>01 - Acidente de transporte<br>02 - Agressão física-espantamento<br>03 - Agressão física-FAF<br>04 - Agressão física-FAB<br>05 - Urgência psiquiátrica<br>06 - Tentativa de suicídio<br>07 - Envenenamento<br>08 - Afogamento<br>09 - Queimadura<br>10 - Choque elétrico<br>11 - Queda<br>12 - Urgência clínica<br>13 - Urgência obstétrica<br>14 - Transferência<br>15 - Exames complementares<br>16 - Outros<br>17 - Já removido<br>18 - Falso chamado                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |
| Acidente de Transporte                     | 19 Vítima<br>1 - Pedestre<br>2 - Condutor<br>3 - Passageiro<br>9 - Ignorado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 20 Meio de locomoção<br>1 - A pé<br>2 - Automóvel<br>3 - Motocicleta<br>4 - Bicicleta<br>5 - Ônibus/Micro-ônibus<br>6 - Outro<br>9 - Ignorado                                                                                                  | 21 Outra parte envolvida<br>1 - Automóvel<br>2 - Motocicleta<br>3 - Ônibus/Micro-ônibus<br>4 - Bicicleta<br>5 - Objeto fixo<br>6 - Animal<br>7 - Outra<br>9 - Ignorado | 22 Equipamentos de segurança<br>Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/><br>Cinto de segurança <input type="checkbox"/><br>Assento para criança <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                      |
|                                            | 23 Glasgow = 016<br>ABERTURA OCULAR<br>4 - Espontânea<br>3 - À voz<br>2 - À dor<br>1 - Nenhuma<br>5 - Orientada<br>4 - Confusa<br>3 - Palavras inapropriadas<br>2 - Palavras incompreensíveis<br>1 - Nenhuma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                | RESPOSTA MOTORA<br>6 - Obedece a comandos<br>5 - Localiza dor<br>4 - Movimento de retirada<br>3 - Flexão anormal<br>2 - Extensão anormal<br>1 - Nenhum                 | 24 Sinais Vitais<br>Pulso 57<br>Resp. PA 11x7<br>TAX. Sat028214/100%                                                                                                                              | 25 Local da lesão<br>                                                                                                                                                                |
| Exame Físico                               | 26 Pupilas<br>1 - Iguais<br>2 - Desiguais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 27 Pulso Radial 4 Central<br>1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente                                                                                                                                                                                    | 28 Sangramento 3<br>1 - Sim 2 - Não                                                                                                                                    | 29 Dor<br>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10<br>Leve Moderada Intensa<br>Sem Dor                                                                                                                              | 30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/> |
|                                            | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)<br>Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/><br>Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/><br>Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/><br>Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso Ringer lactato 500ml + 500ml 1000ml<br>Medicamentos a) Fentanil b) Midazolam c) |                                                                                                                                                                                                                                                | 32 Hospital de Destino HUT <input type="checkbox"/> Não Removido                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |
| Hospital de Destino                        | 33 Condições de entrada <input type="checkbox"/><br>1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 34 Óbito <input type="checkbox"/><br>1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/><br>Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |
|                                            | Observações Interdisciplinar<br>Acidente motociclistico, com TC grave, Em vent. l. mecânica.<br>CONFERE COM O ORIGINAL<br>Marília Veloso Cantanhede<br>Gerente Administrativa SAMU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |
| Responsável pela recepção<br>Cláudio Neves |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Socorristas Médico<br>AE/TE<br>Cláudio Neves                                                                                                                                                                                                   | Enfermeiro<br>Conductor<br>Enaydes<br>Antônio Silva                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |

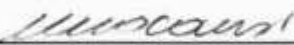
## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **07/05/2018** por volta das **03:29hr** foi socorrido pelo SAMU vítima de acidente de trânsito, o qual foi removido para o Hospital de Urgência de Teresina-HUT.

Na ficha localizada consta como ignorada, uma vez que o mesmo estava desacordado e não portava qualquer documentação.

Entretanto, há convergência entre a data e horário informados pela Sra **Luzilene Gomes de Sousa**, esposa da vítima em questão, podendo, o registro em anexo, ser do **Theury Henrique dos Santos**.

Teresina, 31 Janeiro de 2019.

  
Marília Veloso Cantanhede  
Gerente Administrativa SAMU – THE







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000844/2019-37**

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO pelo Registro: Almirallice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 01/03/2019 - 15:06

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA FARMACEUTICO RAUL BACELAR, Nº:

Complemento

Data/Hora

07/05/2018 - 02:30

512214  
512215-D

Bairro

PLANALTO URUGUAI

Ponto de Referência

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

RG: 3551828

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Mãe: MARIA HELENA NASCIMENTO DOS SANTOS

Endereço: QUADRA M, CASA 14, CONJ. DOM AVELAR, Nº

Bairro: VALE QUEM TEM

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9477-9227

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA A VITIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN, ANO 2010, PLACA NIE-1032, PROPRIETÁRIO LAERCIO JONAS DE FREITAS, CPF 98623974387, RELATA QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA FARMACEUTICO RAUL BACELAR, QUANDO COLIDIU NA TRASEIRA DE UM CAMINHÃO QUE ESTAVA ESTACIONADO NO ACOSTAMENTO DA CITADA RUA, ONDE A VITIMA CAIU E FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU, ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 475855. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almirallice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616

AGENTE DE POLÍCIA

Almirallice R. Lebre Carlos  
Escrivã Especial  
Mat.: 0097616

*Theury Henrique dos Santos*  
THEURY HENRIQUE DOS SANTOS - Noticiante  
Responsável pela Informação



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 061 037 053 71 Nome completo da vítima: Theury Henrique dos Santos

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

Nome completo: Theury Henrique dos Santos CPF: 061 037 053 71

Profissão: Ocoquiro Endereço: C3 Dom Axelar 14 Número: 9-m Complemento: casa 14

Bairro: Vale quem tem Cidade: Teresina Piauí Estado: Piauí CEP: 641037560

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 86 9947 29591

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO 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: 3507 6 CONTA: 77775 7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso dela, a indenização do Seguro DPVAT por morte às pessoas beneficiárias 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Teresina-Piauí 21.03.19

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Theury Henrique dos Santos

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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                                                                                                                       |                 |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                | CPF da vítima:  | Nome completo da vítima:   |
|                                                                                                                                       | 061 03705371    | Theury Henrique dos Santos |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |                 |                            |
| Nome completo:                                                                                                                        | CPF:            |                            |
| Theury Henrique dos Santos                                                                                                            | 061 03705371    |                            |
| Profissão:                                                                                                                            | Endereço:       | Número:                    |
| coqueiro                                                                                                                              | C3 Domixelar 14 | Q-m casa 14                |
| Bairro:                                                                                                                               | Cidade:         | Estado:                    |
| Vale quem tem                                                                                                                         | Terreiros Piau  | Piau                       |
| E-mail:                                                                                                                               | CEP:            | Tel. (DDD):                |
|                                                                                                                                       | 621037560       | 861994729591               |

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO 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)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 35076 CONTA: 777754

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso der da, a indenização do Seguro DPVAT por morte às vítimas/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.

|                                                              |                                              |                |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------|
| Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data: <u>Terreiros-Piau 21.03.19</u> | TESTEMUNHAS    |
| Nome:                                                        | Nome:                                        | 1º Nome: _____ |
| CPF:                                                         | CPF:                                         | CPF: _____     |
|                                                              |                                              | Assinatura     |
| (*) Assinatura de quem assina A ROGO                         |                                              | 2º Nome: _____ |
| Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)               |                                              | CPF: _____     |
|                                                              |                                              | Assinatura     |
| Assinatura do Representante Legal (se houver)                | Assinatura do Procurador (se houver)         |                |

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
21/03/2019 - Autoatendimento - 15:14:09  
839772806 0268

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

|            |                        |
|------------|------------------------|
| FAVORECIDO | THEURY HENRIQUE SANTOS |
| AGENCIA:   | 3507-6                 |
| CONTA:     | 77.775-7               |
| VARIACAO   | 51                     |

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
22 MAR 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

---

**Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190222126**

**Vítima: THEURY HENRIQUE DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 07/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

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

**Senhor(a), THEURY HENRIQUE DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190222126**

**Vítima: THEURY HENRIQUE DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 07/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

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

**Senhor(a), THEURY HENRIQUE DOS SANTOS**

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, 28 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190222126**                      **Vítima: THEURY HENRIQUE DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 07/05/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190222126

Vítima: THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 3.375,00 |

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000003507-6

Conta: 000010077775-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190222126

Vítima: THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

Data do Acidente: 07/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 3.375,00 |

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000003507-6

Conta: 000010077775-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03507-6

CONTA: 000010077775-9

---

Nr. da Autenticação 9D70BB493A42293E

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03507-6

CONTA: 000010077775-9

---

Nr. da Autenticação 9D70BB493A42293E

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Theury Henrique dos Santos  
RG: 3.553.828 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 061.037.053-71  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: solteiro Profissão: Acervo  
Endereço: CJ Dom Quilã 14 casa 14 Vale Quem tem Nº Adm  
Bairro: Dom Quilã Cep: 64057560 Cidade/UF: Teresina - Piauí  
Telefone: (86) 98807-7870 ( ) ( )

### OUTORGADO:

Nome: Keylly Moura de Oliveira  
RG: 2.212.129 Órgão Emissor: SSP-PI CPF: 839.502.303-00  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Corretora de Seguros  
Endereço: Rua: Vinte e quatro de Janeiro Nº 554  
Bairro: Centro Cep: 54000-902 Cidade/UF: Teresina - Piauí  
Telefone: (86) 9.9472-9591 ( ) ( )

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

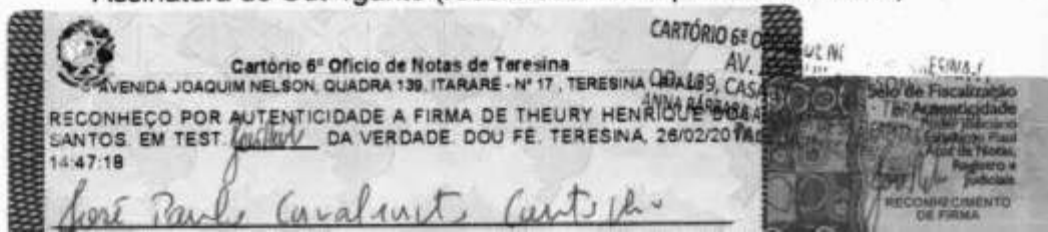
Vítima: Theury Henrique dos Santos  
CPF: 061.037.053-71 Data do Acidente: 07/05/18  
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

Teresina - Piauí 26/02/2019  
Local e data



Theury Henrique dos Santos

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099158/19

**Vítima:** THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

**CPF:** 061.037.053-71

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 07/05/2018

**Titular do CPF:** THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA : 839.502.303-00

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

### THEURY HENRIQUE DOS SANTOS : 061.037.053-71

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: 22/03/2019  
Nome: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA  
CPF: 839.502.303-00

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/03/2019  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e**

**Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190222126**

Nome do(a) Examinado(a): **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Residencial Dom Avelar, 14, QD M - Vale Quem Tem - Teresina - PI - CEP 64057-560**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **3551828**

Data e local do acidente: [ **07/05/2018** ] **RUA RAUL BACELAR**

Data e local do exame: [ **02/04/2019** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

**ACIDENTE MOTO VS CAMINHÃO EM 07/05/2018**

**II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

**PACIENTE COMPARECE EM REGULAR ESTADO GERAL AO EXAME: PACIENTE COM DISCRETA HEMIPARESIA ESQUERDA E BRADIPSQUIZMO QUEIXAS: ESQUECIMENTOS / DISCURSO INCOERENTE / TONTURAS / DOR NA GARGANTA**

**III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

**PACIENTE ADMITIDO COM TC DE CRÂNIO DEMONSTRANDO FRATURA DE AFUNDAMENTO CRANIANO EM REGIÃO FRONTO-TEMPORAL À ESQUERDA + CONTUSÃO CEREBRAL SUBJACENTE, HEMATOMA EXTRADURAL LAMINAR, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE E DESVIO DE LINHA MÉDIA MENOR QUE 0,5 CM. SUBMETIDO À CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA PARA TRATAMENTO NEUROCIRÚRGICO. EVOLUIU POSTERIORMENTE COM NECESSIDADE DE ACOMPANHAMENTO EM UTI POR LONGO PRAZO.**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

**PACIENTE COM CONTUSÕES EM ÁREAS ELOQUENTES CEREBRAIS E CRANIECTOMIZADO ATÉ HOJE**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**NEUROLÓGICO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ☒ ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

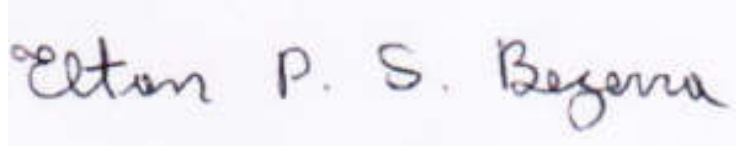
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**PACIENTE COMPARECE EM CADEIRAS DE RODAS E QUANDO SOLICITADO MOVIMENTAR A PERNA, APRESENTA FORÇA GRAU 0. APÓS INFORMADO QUE ISSO GERARIA A NECESSIDADE DE UM EXAME RADIOLÓGICO DE COLUNA E O ADIAMENTO DA AVALIAÇÃO FINAL, APRESENTOU FORÇA, NO MÍNIMO, GRAU IV.**



Elton Portela Santos Bezerra - CRM: 5518 - PI

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190222126 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** THEURY HENRIQUE DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/05/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 27/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO ( FRATURA COMINUTIVA COM AFUNDAMENTO ÓSSEO )

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PAG.1.2.3 E 29  
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                                                                                                                                                                                                                            | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado  | Indenização pelo dano |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 %                                        | Complemento por reanálise - 0 %                      | 0%         | R\$ 0,00              |
|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              | <b>Total</b>                                         | <b>0 %</b> | <b>R\$ 0,00</b>       |