

Browser tabs: Email - Alan, Controle de, Mensagens, Controle de, Audiências, (32) Whats, Consulta pri, 0831984-95, Baixar o arq, +

Address bar: tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=366232&ca=803e23bd4f1f0f735e0c2e963ae910e...

Navigation bar: Apps, Processo Virtual Na..., sAdministrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

Header: **PJE** ProceComCiv 0831984-95.2019.8.18.0140 THEURY HENRIQUE DOS SANTOS X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO...

Page Title: 12929724 - CONTESTAÇÃO (2761079 CONTESTACAO 01)

Text: Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 05/11/2020 12:53:06

Left Sidebar: 05 Nov 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 12929720 - CONTESTAÇÃO
 - 12929724 - CONTESTAÇÃO (2761079 CONTESTACAO 01)
 - 12929727 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 12929728 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 12929734 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 12929737 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

Main Content Area: downloadBinario.seam 1 / 10

Text: 2761079- C3/ 2020-03976/ INVALIDEZ

Logo: JOÃO BARBOSA ADVOCADOS ASSOCIADOS

Text: EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Bottom Bar: PT, 12:53, 05/11/2020



Número: **0831984-95.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **21/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
THEURY HENRIQUE DOS SANTOS (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12929727	05/11/2020 12:53	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

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

OUTORGADO:

Nome: Keylly Moura de Oliveira
RG: 2.212.129 Orgão 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:

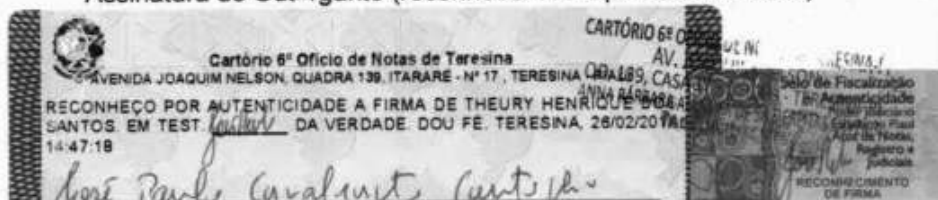
Vítima: Theury Henrique dos Santos
CPF: 061.037.053-71 Data do Acidente: 07/05/18
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

Teresina - Piauí 26/02/2019
Local e data



Theury Henrique dos Santos

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)





FHT
Fundação Hospitalar
de Teresina



Prefeitura de
Teresina

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
Geriatra
CRM-PI 4275

Brunna Beatriz Mesquita Santos Pires

Médica

CRM-PI 4275

Teresina-PI, 20/09/2018





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - DR. ZENON PINHEIRO
GERÊNCIA DA CLÍNICA MÉDICA
Rua - Dr. Celso Faria, 1820, Isapiró - Redenção, CEP: 64015-170
Teresina - PI, CNPJ: 05.522.917/0022-02
Fone: (86) 3229-4623 / 3229-4872 / 3229-4247



Fundação Municipal de Saúde

LAUDO MÉDICO

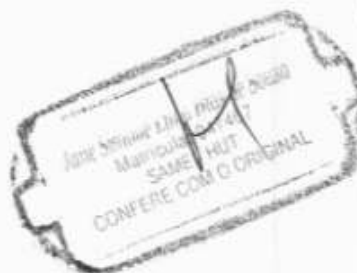
THEURY HENRIQUE DOS SANTOS, 25 anos, DN: 12/10/1992, CARTÃO SUS: 702 3021 0686 2014, RG: 3551828, está internada no HUT (*prontuário: 475855*) desde o dia 08/05/18 até o presente momento, sem previsão de alta hospitalar. Paciente vítima de politrauma + traumatismo crânio-encefálico. Foi submetido a procedimento 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





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Radiação - Fone: 36 3218 5443
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.322.917/0022-02

Pág: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Frontuário: 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: 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

T.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 LÉVE 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: 35.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1920, Radanção - Fone: 35 3219 3445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

pag: 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Prontuário: 475855)
Endereço: RUA OS QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/10/1992 Idade: 25a7m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 215045
Requisição: 844751 Solicitação: 07/06/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1044690 Convênio: S U S CLÍNICA MÉDICA - PDS ENFERMARIA 205 LEITO 105

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 07/06/2018

T.C. DE CRÂNIO

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

RELATÓRIO:

- CRANIECTOMIA FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA.
- FRATURAS EM OSSOS DA FACE À ESQUERDA.
- HEMATOMAS SUBDURAIS CRÔNICOS EM CONVEXIDADES FRONTO-TÉMPORO-PARIETAIS, COM EXTENSÃO PARA O TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO DA REGIÃO FRONTO-TEMPORO-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.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 07/06/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.033-04 CRM 3606 PI

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUIT
Rua Dr. Otto Tito 1420 Radanção - Fone: 66 3216 2445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.322.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Frontizário: 475855)
Endereço: RUA DR. OTTO TITO P. CS. 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 12/10/1992 Idade: 25a6m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 663626
Registração: 835971 Solicitação: 07/05/2018 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1033686 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010044

Data Exame: 07/05/2018

T.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.

LIDRGE ALBERTO

TERESINA - PI 07/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO

CPF: 696.958.303-15 CRM-Pi 36590
Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUAT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Rodoação - Fone: 36 3218 1445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Frentuário: 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
Regulagem: 836321 Solicitação: 06/05/2018 Solicitante: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA
Controle: 1034083 Convênio: S U S POSTO 4 ENFERMARIA 112 LEITO 048

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 06/05/2018

T.C. DE CRÂNIO

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

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 06/05/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 891.717.783-04 CRM 3908 PI
Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUIT
 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 OS QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64003-010**
 Nascimento: **12/10/1992** Idade: **25a6m26d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **663826**
 Requisição: **635970** Solicitação: **07/05/2018** Solicitante: **SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO**
 Controle: **1033685** Convênio: **S U S**

RELATÓRIO:

Cod. CIA: 0208010079

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 canto-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 CONVEGIDADE 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.

LIDRPP ALBUERTO

TERESINA - PI 07/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO

CPT: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
 Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HJT
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Rodonóio - Fone: 36 2212 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Fronteira 475855)
Endereço: RUA 09 QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-310
Nascimento: 12/10/1992 Idade: 25a6m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 663626
Requisição: 835973 Solicitação: 07/05/2018 Solicitante: SALUSIANO NEVES DA SILVA NETO
Controle: 1033688 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0200020031

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 MADIÁSTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MADIÁSTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(LIDRRF ALR(RTD))

TERESINA - PI 07/05/2018

USVALDO SOARES DE CARVALHO

CPF: 695.958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável





INSTITUTO DE DEFESA DO CONSUMIDOR
CNPJ nº 06.940.570/0001-90
Rua da Assembleia, 100 - 1º andar
Praça da Assembleia - CEP 01000-000 - São Paulo, SP

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE DIETAS ENTERAIS INDUSTRIALIZADAS

Identificação do Usuário

Nome completo:

Thery Henrique dos Santos

Sexo: ☒ M ☐ F

Data de nasc.:
12/10/1992

Idade: 25 anos

Endereço:

Bairro/Cidade:

Telefone:

Diagnóstico clínico

Patologia(s):

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

Condição: ☒ Acumulado ☐ Cadavérico ☐ Deambulante

Indicação de terapia nutricional enteral (TNE)

Via de alimentação:

Oral: ☒ Intestinal: ☐ Cirúrgica: ☐

Em caso de alimentação via enteral:

Indicação de fórmula: ☐ SNG ☒ SNE ☐ GTT ☐ JET

Presença de lesões por pressão: ☒ Sim ☐ Não Local: calcanhar e região sacral

Identificação do médico

Nome do médico(a):

Nome do(a) profissional:

CRM:

Telefone para contato:

Data:

Assinatura e rubrica:

Dr. Hermário Pinheiro
Cardiologia / Clínica Médica
CRM-PE 4202

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2019

CENTRO SEGURO S.A.
Rua Campo de Reis: 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Este documento é de uso exclusivo do usuário e não deve ser utilizado de forma alguma em instituições públicas 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 - PI, CNPJ: 05.522.917/0001-07
Fones: (86) 3229-4633 / 3229-4872 / 3229-4247



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





NOME DO PACIENTE: Thierry Henrique dos Santos

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 475 855

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: RECEPCAO01)

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
Responsável:	IGNORADO	Sexo:	Masculino
Profissão:		Fone:	
G. Instrução:	Não alfabetizado	CNS:	
End.Local.:	- - -	CPF:	* RG: -
		E.Civil:	Ignorado

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 de motocicleta contra veículo estacionado (carro) e ferimentos contusos, queda em região frontal e compressão da cabeça e possível fratura da mandíbula. 101 + VM sistema hemodinâmico estável, S.O.V. sinais vitais: frequência cardíaca 92, pressão arterial 120/80, saturação de oxigênio 98%. AP: MV: Biliacil R: RER, 2T. Ext. S.O. 107mg/kg. Plan. deprimido.

PA 100 x 70 mmHg Pulso: forte FC: 92

Diagnóstico inicial:

Poli-trauma (TCE grave)

CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

- 1) TC crânio/cervical/tórax/dobos + hemograma
- 2) SF 26 - radiol. ZV tórax + RER
- 3) Arterias carótidas/gar / hemograma

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Por Indisciplina <input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: <input type="checkbox"/> Transferência:
DESTINO:	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs <input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs <input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Anat. Patol.	DATA SAÍDA: / / HORA: : : <input type="checkbox"/> Internação na Unidade Proced. Solicitado: CID Compatível: Prof. Solicitante: 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: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	2-CNES 5828856	Código da Internação:
3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	4-CNES 5828856	215245

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: THEURY HENRIQUE DOS SANTOS			6 - Prontuário: 475855
7-CNS: 702302106862014	8-Nascimento: 12/10/1992	9-Sexo: Masculino	CFF: . . -
11-Mãe: MARIA HELENA NASCIMENTO DOS SANTOS	12-Fone: 86-88072-324		
13-Resp: LUZILENE	14-Fone: 86-88072-324		
15-Ende: 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. Procéd.Anterior 0404010377	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRAQUEOSTOMIA
21-Cod. Mudança Proced. 0303010037	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS
27-CID Prim: 26-Diagnóstico: A488	26-Diagnóstico: Outras doenças bacterianas especificadas

38-Profissional Responsável: ADERIVALDO COELHO DE ANDRADE	40-Tp. Documento: CPF	41-Data Solicitação: 22/05/2018
	40-No.Doc. Méd. Solic.: 451.318.053-68	

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:	48-CNS/CPF:
51-Justificativa da 'NÃO' autorização:		
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: 12/07/18	52-CNS/CPF: 15-07-2018 15:00:00
		49-Ass.Carimbo (Rg.Conselho): 53-Ass.Carimbo (Rg.Conselho):



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

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5020056
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	5020056

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
702302106867014	THEURY HENRIQUE DOS SANTOS	12/10/1992	475855	M
DOCUMENTO RG	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL	
3551828	84988072324	MARIA HELENA NASCIMENTO DOS SANTOS	LUZILENE	
CEP	ENDEREÇO (LOGRADOURO)	NUMERO / LOTE		
64000010	RUA 09 QD P.CASA 20	20		
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO	UF	
RESIDENCIAL DOM AVELAR		TERESINA	PI	

PROCEDIMENTO PRINCIPAL

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	CÓD. PROCEDIMENTO PRINCIPAL
TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS	0303010037

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRAQUEOSTOMIA	0404010377		
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS	0303010037		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
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, lit. uso de tazocin, e está em uso de vancomicina + meropenem.


PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
PLINIO DOS SANTOS MACEDO	
CNS AUTORIZADOR	ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO
170416319050008	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 URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 701302106662014	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 À 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 J44.9 - 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(Nº DO CONSELHO)) ADRIANA DO CARVALHO DE ANDRADE CPF: 45151895368 CRM:	
CARATER URGENCIA	DATA SOLICITAÇÃO 22/05/2018	
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	SERIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) JANE DE RIBAMAR SANTOS FILHO CPF: 37329643300 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL PARA RECEBER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA JANE SIMONE LIMA DOS SANTOS CPF: 0447467 CRM: 1017467 CONFERE COM O ORIGINAL
DATA ANÁLISE 28/05/2018 10:54:40	CPF

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

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. Marcelo</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.	02		LÂMINA DE BISTURI 24	UNID.	02	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7.5	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	04		LUVA Nº 7.0	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	/		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	/		PVPI TÓPICO	ML	200	
ÁGUA OXIGENADA	ML	200		PVPI TINTURA	UNID.	02	
COMPRESSA	PAC.	04		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	02	
ESPARADRAPO	CM	30		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	/		SERINGA 3CC	UNID.	01	
RMOL	ML	/		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL 14	UNID.	01	
JELCO Nº 16	UNID.	02		Bolsa coletora		01	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Atetodos - 05			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG				Escovas - 03			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				Surgical Fibiter -			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				Dreno 3.2 Sueda - 01			
ALCOFIL AXP							
MONONYLON 2-0	03						
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL 2-0 00	02			CIRCULANTE:			
ENE							



MON - 094





REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	<u>Thany Henrique da Silva</u>	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA	<u>UO</u>	LEITO
À CLÍNICA	<u>Oftalmologia</u>	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente com TCE grave, em SO de correção de fratura crânica, segue sob VM, estável hemodinamicamente, com DVA, com quadro de hiperemia conjuntival, em Reginal e Vigamox. Solicito nova avaliação da oftalmologia.

DATA: 20/05/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Paciente com TCE grave, apresentando vermelhidão em olhos esquerdos.

Do exame:

OD OD: um atracões

IO OE: fechamento palpebral parcial, hiperemia conjuntival 2+/4+, verotite de exposição em base de fendas palpebral, melting corneano em fovea, não sendo possível visualizar estruturas posteriores.

es Orientado melhor vedamento / oclusão palpebral

Vigamox OD: 6/6h 1 gota

OE: 2/2h 1 gota

Reginal pomada: aplicar fins corneada em ambos os olhos de 6/6h.

DATA: 20, 05, 18

Dr. Edna Neves
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA





REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Chamy Henrique dos Santos	PRONTUÁRIO	475855
DA CLÍNICA	Unidade Unifuro / S.P.A	LEITO	02
À CLÍNICA	Unidade Teresina		

MOTIVO DA CONSULTA

Politrauma / pneumotórax (E)

DATA: 07 / 05 / 18

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 indico intervenção no momento (paciente mantendo boa SpO2 e parâmetros ventilatórios controlados)

- Sugiro manter acompanhamento clínico e radiológico rigoroso

Dr. Nilton de Almeida Jr.
CRM - 117.123
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:

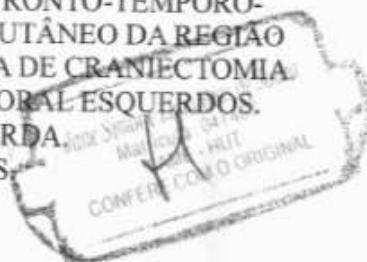
TC Crânio (07/05):

- 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 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.



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:

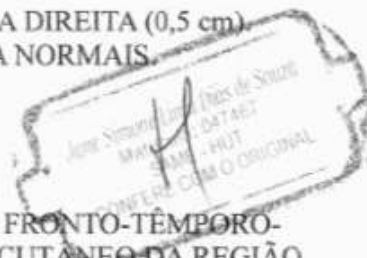
TC Crânio (07/05):

- 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 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, vis corado de fluoresceína.

IO(OE) = hiperemia conjuntiva 2+/4+, discreta quena; córnea e área de emporão (fenda pupilar), corado de fluoresceína + nothing corado

Condut:

1) Regurol, 4x(dia + fechamento pupilar) e/ suprapupila

2) Redução em 29L

3) Restante mantido

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

CPM = 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.
- ESPESAMENTO 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 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.

Dra. Carla V. S. Sena
Oncologia/Clinica Médica
CRM-PA 3937
Médico Plantonista

Teresina, 10 de Junho de 2018



- 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 ESFENOIDAIIS E DAS CÉLULAS ETMOIDAIIS.

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





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA Dr. ZENON RÓCHA



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.: <u>1. PO contusão de fratura frontal esquerda, fundamento variado, contusão pulmonar, pneumotórax esquerdo, múltiplas fraturas faciais. Lesão extensa de acidente automobilístico (moto-cominhão), 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>Ross: - 5; Pupila fotoreagente: ESQUERDA; DIREITA ANISOCORIA: (E-D) FOTOREAGENTE</u>
--



Ap. Respiratório: <u>MVRMÚRIO VESICULAR ⊕ BILATERALMENTE SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS</u> <u>Vm/405, A/C, <u>PEEP 7</u>, FiO2 21%, Comfortouf</u> <u>Bom SatO2</u> <u>TC torax = pequena pneumotórax E.</u> <u>Conduta Ctx. torácica = conservadora</u>
--



EXTREMIDADES PERFUNDAMENTE VASOATIVAS
ESTÁVEL HEMODINÂMICA. SEM USO DE DROGAS

BHF; 2T; RR; SEM SOPROS AUDÍVEIS

PA: 64

FC: 98

Ap. Digestivo:

ABDOMEN DEPRESSÍVEL, INDOLOR; SEM MASSAS
OU VISCEROMEGALIAS.

RHA PRESENTES

Dita enteral.

Sist. Músculo-Esquelético: PCT SI RESPOSTA MOTORA

Então, simétricas

Exames já realizados: TC de crânio TC tórax
TC de pulm 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
- Refeita de Sedação
- BH equilibrado

Vigilância Hemodinâmica

Assinatura

08/05/2018

Médico

Igo Oliveira
CRM 13975



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
centro cirúrgico

Nome do Paciente <i>Edenilson</i>			
Diagnóstico pré-operatório <i>Atrombamento coronário</i>			
Operação - Tipo <i>Transcatheter aortic valve replacement de aórtica</i>			
Cirurgião <i>Dr. Marcelo Gonzes</i>		1º Assistente	
2º Assistente		3º Assistente	
Instrumentador(a)	Anestesista <i>Uir</i>	Anestesia <i>geral</i>	
Anestésico(a)			
Data da Operação <i>07/05/18</i>	Início		Fim
Diagnóstico Pós-operatório <i>Complicação</i>			

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

mse

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



- 1) membril d'acessu
- 2) insulpa / unpa esferica;
- 3) esquadrilho;
- 4) membril;
- 5) membril por acessu;
- 6) unpa e acessu.

Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE					Nº DE REGISTRO	
DATA 06/05/18	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGÜÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <i>COMATOSON</i>				CORTICOIDES	ANÁLAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS	
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		OXIGÊNIO	TOTAL DE DOSES			
LÍQUIDOS		SO-UTO 500 SANGUE 300 OUTROS 100	<i>50 1000ccuf</i>			<i>Doruxol 1.5mg</i>
TEMPERATURA T		38	<i>Arise em Culm</i>			<i>Frutal 500mg</i>
P. ARTERIAL V O PULSO		260 240 2 200 180 160 1 140 120 100 80 60 40 20 10	<i>com capilares finos</i>			<i>3mg</i>
INÍCIO E FIM ANESTESIA X			<i>PAI</i>			<i>sera</i>
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO			<i>4/1/1/1</i>			
RESPIRAÇÃO O						
SÍMBOLOS			05:40			DURAÇÃO
TÉCNICAS		<i>guf</i>				INCIDENTE - ACIDENTE
OPERAÇÕES						
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS		<i>Antonio União 1582</i>				
PARTICULARIDADES		<i>Necessário de UTI.</i>				
		<i>1 de guel TCS comatoso ser 200 Vant. Mecan</i>				



MOD 76 - HUT

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

CARTÃO SUS 781302106862014	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 20
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 MÚLTIPAS 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: 78853770325 CRM:
CARÁTER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 07/05/2018
DATA ADMISSÃO 07/05/2018 04:31	DATA ALTA 22/05/2018 14:00
MOTIVO ALTA PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO	

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIA DE Fátima DA COSTA E SILVA FARIAS CPF: 09021442300 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANÁLISE: 14/05/2018 08:49:29
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:	DATA ASSINATURA





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE DIETAS ENTERAIS INDUSTRIALIZADAS

Identificação do Usuário		
Nome Completo: THEURY HENRIQUE DOS SANTOS		
Sexo: (X) M () F	Data Nasc:	Idade: 25 anos
Informações sobre a doença		
Doença (s): TCE Assinalar os agravos que justificam a terapia nutricional: (x) Afagia/disfagia () Transtorno de mobilidade intestinal () Síndrome de má absorção (X) Desnutrição () Outro:		
Avaliação e diagnóstico nutricional		
Peso (kg): 38 Atual () Estimado (x) Peso ajustado: 44,5 kg		
Altura (m): 1,71 Atual () Estimada (x)		
IMC (kg/m ²): 12,9 Kg/m ² Circunferência do braço (cm): 20,5		
Prega cutânea tricipital (mm): Circunferência da panturrilha (cm): 24		
Possui úlceras por pressão: () Sim () Não Local: Grau:		
Para crianças – curvas de crescimento (especificar percentis): P/I: E/I: P/E:		
Diagnóstico nutricional: DESNUTRIÇÃO GRAVE		
Prescrição da terapia nutricional		
Tipo de alimentação: () VO () TNE + VO (X) TNE exclusiva () TNE + NP		
Em caso de nutrição enteral: Via de acesso: () SNG (X) SNE () Gastrostomia () 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





Prefeitura de Teresina

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 DEMORADA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERECIDO.

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA: 18/07/18

ASSINATURA DO AUDITOR



Rua Cito Tiba, 1520, Bairro Redenção,
Teresina-PI, CEP 64017-775.
FONE: (87) 3773-0400/0401



86 3218-5199



diretoriageralhut@gmail.com





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

Página 1 de 1

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

Página 1 de 2

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

Página 1 de 1

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

Pág: 1 de 1

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

Página 1 de 1

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: 1044690 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

Página 1 de 1

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 COLUNA 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 cranio-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





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.212.129 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/10/14

NOME: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

FLIAÇÃO

EVA MOURA DA SILVA
ANTÔNIO GOMES DE OLIVEIRA

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

CERT. NASC. 39751 X 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



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 COLUNA 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





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 239502303 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Thiery Henrique dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 061034053 / 71 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Thiery 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 <u>Rua Vitor e Augusto de Sousa</u>		Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000902</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 994729591</u>	

Teresina-PI de 03 de 19
Local e Data

Kelly Moura de Oliveira
Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, Kelly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 239502303 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Thiery Henrique dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 061034053 / 71 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Thiery 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 <u>Rua Vitor e Augusto de Jesus</u>		Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000902</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD) <u>(86) 994729591</u>

Teresina-Pi de 03 de 19

Local e Data

Kelly Moura de Oliveira
Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

Eu, Laercio Jonas de Freitas
RG nº 2239820, 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: Womá Martins Vieira Brito, nº 5444,
complemento B. Vale Quem Tem 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 Fank 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)



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	CONSUMO (kWh)	DATA DA LEITURA
Atual:	12631	22/02/2019
Anterior:	12427	23/01/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	26/03/2019
Consumo Medido:	204	21/02/2019
Consumo Faturado:	204	22/02/2019
Forma de Pagamento: NORMAL	FCAM	Apresentação:
Código de Irregularidade:		Dias de Consumo: 30

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

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
JAN/19 133	CONSUMO 204 A R\$ 0,957855 = 195,40
DEZ/18 136	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 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 - 0,623658

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.

Reservado o Fisco 0CF8.1322.C229.9B4A.A983.9E70.3A84.0425

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E 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										
Índice	DRC			FIC			DINC		DICI	
	Atual	Trimestral	Anual	Atual	Trimestral	Anual	Atual	Trimestral	Atual	Trimestral
DRC	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03			
FIC	0,00			0,00			0,00			
Período de Referência	RESINA-MACAUBA						12/2018		RUSD: 46,37	

Categoria: TERESINA-MACAUBA Período de Referência: 12/2018 Valor: 46,37

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO

0051867-0

TOTAL A PAGAR - R\$

218,03

MÊS FATURADO

02/2019

VENCIMENTO

01/03/2019

Nº da Nota Fiscal: 018211784 FCAM

83630000002 0 18030017000 8 00000000051 : 86700219008 2



SEQ.: 0052 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2019
CENTRO SEGURADORA S.A.
Rua Cosmo de Resende, 205 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



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/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 FATURA	DATA 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	Embalho: 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 Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO		A1484335		1.1.1.1	178

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
JAN/19 133	CONSUMO 204 A R\$ 0,957855 = 195,40
DEZ/18 136	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTIP) 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:
0 A 204 - 0,623658

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 constaram faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

Reservado o Fisco 0CF8.1322.C229.9B4A.A983.9E70.3A84.0425

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS E 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										
Índice	DRC			FIC			DINC		DICI	
	Atual	Trimestral	Anual	Atual	Trimestral	Anual	Atual	Trimestral	Atual	Trimestral
DRC	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03			
FIC	0,00			0,00			0,00			
RESINA-MACAUBA						Período de	12/2018	RUSD: 46,37		

Categoria: TERESINA-MACAUBA Período de Referência: 12/2018 Valor: 46,37

ROT: 17.001.31.11.020100

SEU CÓDIGO

0051867-0

TOTAL A PAGAR - R\$

218,03

MÊS FATURADO

02/2019

VENCIMENTO

01/03/2019

Nº da Nota Fiscal: 018211784 FCAM

83630000002 0 18030017000 8 00000000051 : 86700219008 2



SEQ.: 0052 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2019
CENTRO SEGURADORA S.A.
Rua Cosmo de Resende, 205 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Kelly Moura de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 239502303 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Thiery Henrique dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 061034053 / 71 do sinistro de DPVAT cobertura Incendio da Vítima Thiery 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 <u>Rua Vitor e Augusto de Sousa</u>		Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000902</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 994729591</u>	

Teresina-PI 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 1045	02 Data do chamado 07/05/2018	03 PRO (código) 2357	04 Saída do PA 03:10	05 Chegada ao local 03:29
	06 Saída do local 04:05	07 Chegada ao 1º hospital 04:21	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Farm. Raul Barcelos	11 Bairro Planalto Uruguai	12 Município-UF Tere-Pi	Código IBGE	
	13 Ponto de referência Col. Valters Alencar				
Dados do Paciente	14 Nome Ignorado	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado			
	16 Idade Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
	23 Glasgow = 16 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - A voz 2 - À dor 1 - Nenhuma RESPOSTA VERBAL 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso 57 Resp. 18 PA 118/70 TAX. Sat 92% 22/04/2018		25 Local da lesão		
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		29 Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - 10 30 Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)				
	1 - Aspiração 2 - Prancha longa/curta 3 - Imobilização de extremidades 4 - Oxigênio 5 - Colar cervical 6 - Reanimação cardiopulmonar 7 - Curativos 8 - Kred 9 - Assistência obstétrica 10 - Glicemia 11 - Acesso Venoso 12 - Medicamentos a) b) c)				
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino HUT				
	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado				
Observações Interdisciplinares	34 Óbito 1 - Sim 2 - Não				
	35 Observações Interdisciplinares Acidente motociclistico, com TC grave, em vent. l. mecânica.				
Responsável pela recepção: [Assinatura] Socorristas Médico: Gladstone AE/TE: [Assinatura] Enfermeiro: [Assinatura] Condutor: [Assinatura]					

Versão: 27.11.2011




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



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Cosmo de Resende, 405 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24.002-470
Teresina-PI





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



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

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

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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.: 00975546

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: carregueiro Endereço: C3 Dom Aureliano 14 Número: 12-m Complemento: casa 14

Bairro: Vale Guaraná Cidade: Trujino Piauí Estado: Piauí CEP: 64.037-560

E-mail: _____ Tel. (DDD): 86 9947.2959-1

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)

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 ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou 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 àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Trujino-Piauí 21.03.19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Theury Henrique dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Reyelly de Almeida

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, 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:

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 Domuscular 14 Número: 02-m Complemento: casa 14
Bairro: Vale Quem Tem Cidade: Teresina Piauí Estado: Piauí CEP: 64037-560
E-mail: Tel.(DDD): (66) 9947-2959-1

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)
AGÊNCIA: 35076 CONTA: 777757
(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
Vivos: Falecidos:

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

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, em nome 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





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 14107286

Pag. 01807/01808 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 14107286

Pag. 01807/01808 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01041/01042 - carta_02 - INVALIDEZ

00070521



Carta nº 14114305





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

Rio de Janeiro, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 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.

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: Acadêmico
Endereço: CJ Dom Quilã 14 casa 14 Vale Quem Tem Nº 14-M
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:

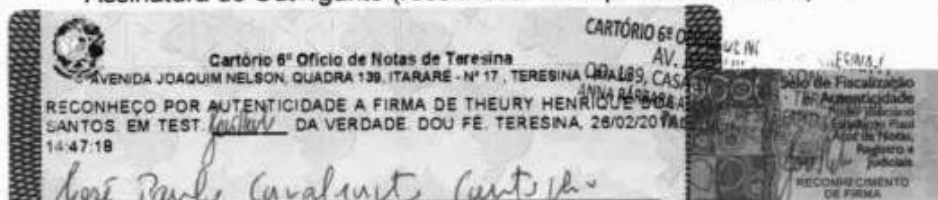
Vítima: Theury Henrique dos Santos
CPF: 061.037.053-71 Data do Acidente: 07/05/18
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente () DAMS () Morte

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

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 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 BRADISPIQUISMO 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 sequelas permanentes" (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 (X) 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):

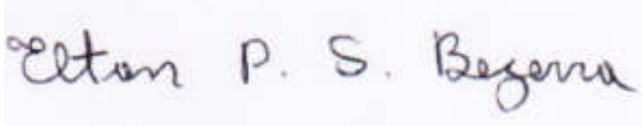
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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
COLUMNA 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
Total			0 %	R\$ 0,00

