

Screenshot of a web browser showing a legal document from the PJe (Portal do Advogado) system. The document is a contestation (Contestação) for case number 12929724, dated 05 Nov 2020. The document is titled "12929724 - CONTESTAÇÃO (2761079 CONTESTACAO 01)" and is juntado by EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO on 05/11/2020 at 12:53:06. The document is a binary file named "downloadBinario.seam" and is page 1 of 15. The document content includes the logo of "JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS" and the text "EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI". The browser interface shows various tabs and icons at the top and bottom.



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
12929 727	05/11/2020 12:53	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	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, INSUSCETÍVEIS 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: Acquarello
Endereço: CJ Dom. 21102 14 casa 14 Vale Quem Tem Nº 104-m
Bairro: Dom. 21102 Cep: 64105-4560 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: 64000-902 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: Invalidade Permanente DAMS Morte

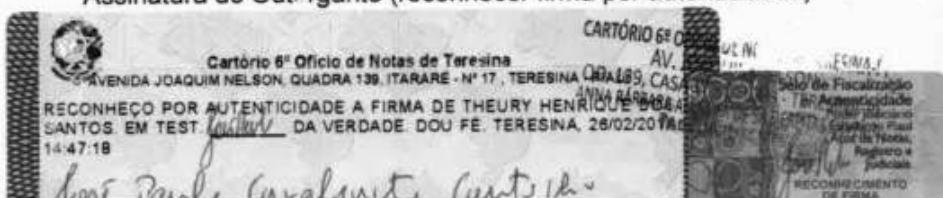
Teresina - Piauí 26/02/2018

Local e data



Theury Henrique dos Santos

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)





DECLARAÇÃO

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

Paciente com sequelas cognitivas e motoras decorrentes de traumatismo crânio-encefálico (CID: T90.5). Vigil, contactante. Cadeirante, domiciliado, parcialmente dependente para atividades básicas e instrumentais de vida diária, necessitando de cuidados de terceiros. Alimenta-se de forma mista por sonda nasoenterica 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 Santos Pires
Brunna Beatriz Mesquita Santos Pires
CRM-PI 4275

Teresina-PI, 20/09/2018





HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE TERESINA - DR. ZENON DUCÉA
CEP 64045-000 - TERESINA - PI
Rua: Dr. Otávio Freire, 1820, Bairro: Recifezinho, CEP: 64045-000
Teresina - PI, CNPJ: 05.522.917/0022-02
Fone: (86) 3229-4623 / 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 nasoenteral. 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 URGENCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

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: 25a6m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 213876
 Requisição: 836537 Solicitud: 09/05/2018 Solicitante: MARCILIO URGOGO DE OLIVEIRA BARBOSA
 Controle: 1034327 Convênio: SUS Posto: 4 ENFERMARIA 112 LEITO 049

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010078

Data Exame: 09/05/2018

F.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 a 10mm de espessura da base a convexidade do crâne no plano cairto-metálico.

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 SUBAGUADO (COMPARAR COM EXAME ANTERIOR).
- EXISTE LEVE DESVIO DA LINHA MÉDIA PARA A DIREITA.
- FOCO HEMÁTICO CORTICAL PUNTIFORME EM TRANSIÇÃO FRONTO-TEMPORAL À DIREITA.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.

UBS: FRATURAS NA FACE.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/05/2018

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 355.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVATCONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Coelho de Resende, 468 Loja C
 Centro-Norte CEP: 64.002-470
 Teresina-PI





HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1920, Redenção - Poxoréu, 52310-3445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente:	THEURY HENRIQUE DOS SANTOS (Frontário: 475855)			
Endereço:	RUA 03 QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010			
Nascimento:	12/10/1992	Idade: 25a7m264	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	844751	Solicitação: 07/06/2018	Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA	
Controle:	1044690	Com Enio: S U S	CUNICA MEDICA - PDS	ENFERMARIA 205 LEITO 105

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 07/06/2018

F.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano calvo-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-TÉMPORO-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: 891.717.731-04 CRM 3908 PI

Profissional de confiança



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1420 - Redenção - Pona, 64.321-0445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-02

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: 25a6m26s Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 663626
 Requisição: 636971 Solicitação: 07/05/2018 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA NETO
 Controle: 1033686 Convenio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010044

Data Exame: 07/05/2018

I.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 ESFENÓIDE E PAREDES DOS SEIOS ESFENOÍDAIS.
- * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
- * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.

- HEMOSSÍNUS ESFENOÍDAL BILATERAL E ETMOIDAL E MAXILAR À ESQUERDA.

LDRGF ARI (R70)

TERESINA - PI 07/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO

CPF: 696.968.303-15 CRM-PB 3090

Profissional Responsável





LAUDO MÉDICO

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Frontuário: 475855)
 Endereço: RUA 09 QD P L3 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 12/10/1992 Idade: 25a6m27d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 213876
 Requisição: 836321 Solicitação: 06/05/2016 Solicitante: MARCILIO OIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA
 Controle: 1034083 Comentário: S U S PÓSITO 4 ENFERMÁRIA 112 LEITO 048

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010079

Data Exame: 06/05/2016

T.C. DE CRANIO

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

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.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 06/05/2016

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.830-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável





HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1870 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

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: 26a6m26d Sexo: Masculino Origem: URGENCIA/EMERG Atendimento: 663826
 Requisição: 636970 Solicitud: 07/05/2016 Solicitante: SALUSTIANO NEVES DA SILVA Neto
 Controle: 1033688 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. CIA: 0208010079

Data Exame: 07/05/2018

1.0 - DISECRANIO

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

RELATÓRIO:

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

LINDA ALVES (RTO)

TERESINA - PI 07/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO

CPF: 696.968.303-15 CRM-PI 3094

Profissional responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512530543800000012230461>
 Número do documento: 20110512530543800000012230461

Num. 12929727 - Pág. 9

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Otto Tito 1820 - Rodovia - Fone: 08 3218 5445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **THEURY HENRIQUE DOS SANTOS** (Fronteira: 475855)
 Endereço: RUA 09 00 PCS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010
 Nascimento: 12/10/1992 Idade: 25a6m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 663826
 Requisição: 836973 Solicitação: 07/05/2018 Solicitante: SALVATIERRA NEVES DA SILVA NETO
 Controle: 1033688 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208020001

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 PERMEAVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- ARCAPOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

LINDA F ALVAREZ

TERESINA - PI 07/05/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO

CPF: 696.968.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE DIETAS ENTERAIS INDUSTRIALIZADAS

Identificação do Usuário

Nome completo: Thierry Henrique dos santos
 Sexo: Masculino Data: 12/10/1992 Idade: 25 anos
 Endereço:

Bairro: Cidade: Telefone:

Diagnóstico clínico

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

Condicao: Acamado Cadeirante Deambulante

Indicação de terapia nutricional enteral (TNE)

Via de alimentação: Oral Int. () Crisl + enteral

Em caso de emergência via enteral:

Localização intestinal: SNG SNE GTT JUT

Presença de eletrocardiopressão: Sim Não Local: calvário e região sacra.



Identificação do médico

Nome do médico:

Dr. Hermaldo Pinheiro
 Cardiologista Clínica Médica
 CRM-PB 4202

Nome do auxiliar:

CRM:

Telefone para contato:

Endereço:

Assinatura:

AVISO: O médico não deve utilizar-se de formulários de instituições públicas para atestar fatos em instituições privadas.





HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT - UNIÃO ROTUNDA
UNIÃO ROTUNDA CLÍNICA MÉDICA
Rua: Dr. Otto Tibú, 1820, Bairro: Redenção, CEP: 64017-770
Teresina - PI, CNPJ: 05.522.917/0025-07
fone: (86) 3229-4673 / 3229-4872 / 3229-4247



LAUDO MÉDICO

THEURY HENRIQUE DOS SANTOS, 25 anos, DN: 12/10/1992, CARTÃO SUS: 702302106862014, RG: 3551828. está internada no HUT (prontuário: 473855) 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 nasoenteral. 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: Thury 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".





BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS CLÍNICOS:

Pointe vitime de colisão de motocicleta centro vicente experiente
dolor (cintura) e ferma contuso, quebra em návea frontal
e expõe ossos e possivel desprendimento de massa óssea.
Tóx 1 VAG sintomas tuberculose, etário 50/60.
pequenos mictos, tuberculose, infusão de fibras desprendimento.
AP: MV, bitem 12:12, CT. Ext. - exames
fibras desprendimento

PA 100 x 70 mmHg	Pulso: forte	FC: 92 bpm	Temp: 36,0°C
Diagnóstico Inicial: Rotura (TCG grave)		Data: 22 MAR 2019	
		CID: 000	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

1) TC crans/cervical/ tórax/ abdome + laringoscopia
2) SF 09 - radiografia torax e rey
3) Articul. cintura gral / mioscopia

HUT DR. EDNAN ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADOREADA
EXAME: 07/05/2019 14:30
DATA: 22/05/2019 04:55

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem:
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<input type="checkbox"/> DATA SAÍDA: / / HORA: : :
	<input type="checkbox"/> A Pedido		
DESTINO:		<input type="checkbox"/> Internação na Unidade	
ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 24 Hs	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Proced. Solicitado: _____
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> CID Compatível: _____
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.	<input type="checkbox"/> 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	10-CPF: ...
11-Mãe: MARIA HELENA NASCIMENTO DOS SANTOS	12-Fone: 86-88072-324
13-Resp: LUZILENE	14-Fone: 86-88072-324
15-Ender: RUA 09 QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - CEP: 64000-010	
16-Munic: TERESINA	17-Cod. IBGE: 221100
	18-UF: PI
	19-CEP: 64000-010

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

19-Cod. Procd. Anterior 0404010377	18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição TRAQUEOSTOMIA
21-Cod. Mudança Proced. 0303010037	20 - Mudança de Procedimento / Descrição TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS
22-CID Prim: A488	23-CID Secund: 00-00-0000
24-Diagnóstico: Outras doenças bacterianas especificadas	

38-Profissional Responsável: ADERIVALDO COELHO DE ANDRADE	40-Tp. Documento: CPF	41-CID Secund: 00-00-0000
39-Data Solicitação: 22/05/2018	40-No.Doc. Med. 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: <i>EDNAN SOARES COUTINHO</i>	47-Data Autorização: <i>12/07/18</i>	48-CNS/CPF: <i>52-CNS/CRM-PI 196150000</i>
51-Justificativa da 'NÃO' autorização: <i>CONFERE COM PROFISSIONAL PARECER CONTROLE DE AVALIAÇÃO/AUDITORIA</i>		49-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): <i>EDNAN SOARES COUTINHO</i>
50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria	51-Data Autorização: <i>12/07/18</i>	52-CNS/CRM-PI 196150000



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇAS
DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Nº LAUDO: 97488
AIH: 2218100374655

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5820056

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5820056

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	PRONTUÁRIO	SEXO
703302106862014	THEURY HENRIQUE DOS SANTOS		12/10/1992	475855	M
3551828	86988072324	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

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

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	CÓDIGO		
TRAQUEOSTOMIA	0404010377		
DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	CÓDIGO		
TRATAMENTO DE OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS	0303010037		
DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
OUTRAS DOENÇAS BACTERIANAS ESPECIFICADAS	A488		

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

22 MAR 2019
GENTE SEGUROADORA S.A.
Rua Costa de Rezende, 255
CANTO, NORTE CEP: 64022-470
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
DPVAT
DEPARTAMENTOS DE SINISTROS

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*. Foi uso de fascicin, 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
181409271160067 12/01/2018

AUTORIZAÇÃO

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

PLINIO DOS SANTOS MACEDO

CNS AUTORIZADOR ORGÃO EMISSOR DATA AUTORIZAÇÃO
170416319020008 12/07/2018 09:06:19



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 97488



AIH: 2218100374655

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828K56

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828K56

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
701362106862014	THEURY HENRIQUE DOS SANTOS		12/10/1992	M	475K55
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
3551828	86988072324	MARIA HELENA NASCIMENTO DOS SANTOS	LUZILENE		
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE		
64000010	RESIDENCIAL DOM AVELAR		20		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
			TERESINA	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.

CONDICOES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

AS ACIMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

EXAME CLÍNICO, AVALIAÇÃO DO CIRURGÃO GERAL

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
J969 - INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NAO ESPECIFICADA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0404010377 - TRAQUEOSTOMIA

LEITO/CLÍNICA

NEUROCIRURGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO/Nº DO CONSELHO)

CARATER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

ADERIVADO DO COLUNO DR. ANDRÉS

CPF: 45151885368

CRM:

DATA ADMISSÃO
22/05/2018 14:00DATA ALTA
26/06/2018 21:00MOTIVO ALTA
MELHORADOCAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)
TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° 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)

JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO
CPF: 37329643388

CRM:

DATA ANÁLISE: 28/01/2018 10:54:40

NOME DO PROFISSIONAL / FICHER CONTROLÉ AVALLAÇÃO /
AUDITORIA

CPF:



ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011051253054380000012230461

Número do documento: 2011051253054380000012230461

Num. 12929727 - Pág. 17



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>Fábio Rado</u>	PRONTUÁRIO Nº:	<u>475855</u>
DIAGNÓSTICO:		CIRURGIA:	
ANESTESIA:	<u>Dr. Unas</u>	Nº DA SALA:	<u>07</u>
CIRURGÃO:	<u>Dr. Marcellio</u>	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	<u>Geral</u>	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	<u>Claudiana</u>	CPF Nº:	

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	<u>02</u>		LÂMINA DE BISTURI	UNID.	<u>02</u>	
AGULHA 30X8	UNID.	<u>02</u>		LUVA Nº	PAR	<u>02</u>	
AGULHA 40X12	UNID.	<u>04</u>		7,5			
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA Nº	PAR	<u>02</u>	
ALCOOL 70%	ML	<u>200</u>		7,0			
ALGODÃO	BOLA			PVPI DE GERMANTE	ML	<u>200</u>	
ÁGUA OXIGENADA	ML	<u>200</u>		PVPI TÓPICO	PAR	<u>200</u>	
COMPRESSA	PAC.	<u>04</u>		PVPI TINTURA	PAR	<u>01</u>	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	<u>01</u>		SERINGA 20CC	UNID.	<u>01</u>	
ESPARADRAPO	CM	<u>30</u>		SERINGA 10CC	UNID.	<u>02</u>	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 5CC	UNID.	<u>01</u>	
RMOL	ML			SERINGA 3CC	UNID.	<u>01</u>	
GASES	PAC.	<u>05</u>		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	<u>06</u>	
JELCO Nº	<u>16</u>	UNID.	<u>02</u>	SONDA URETRAL	UNID.	<u>01</u>	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				<u>Eletrodos - 05</u>			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				<u>Escovas - 03</u>			
CAT. GUT. CROMADO C/AG				<u>Surgicel fibrilar -</u>			
CAT. GUT. CROMADO S/AG				<u>Dreno 3.2 3x60 - 01</u>			
ALCOFIL	00						
MONONYLON	<u>3-0</u>	03					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL	<u>2-0</u>	00		CIRCULANTE:			
ENE							



MOD - 094



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512530543800000012230461>
 Número do documento: 20110512530543800000012230461

Num. 12929727 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
<http://tpj1.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011051253054380000012230461>
Número do documento: 2011051253054380000012230461

Num. 12929727 - Pág. 19



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Thierry Henrique da Costa	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA	405	LEITO
À CLÍNICA	Oftalmologia	

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente com TCE grave, em 80 de Carenção de Tela craniana, segue sob 1m, estável hemodinamicamente, sem DVA, com quadro de hipoxemia conjuntival, em 11- Reginal e Vigore. solicito nova avaliação da oftalm.

20/05/18

DATA: 20/05/18

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Paciente com TCE grave, apresentando ~~vermelhidão~~ em olho esquerdo.

Do exame:

SO OD: sem alterações

SO OE: fechamento palpebral parcial, ~~hiperplasia~~ conjuntival 2+4+, verossimilhança de expondo em local de fundo palpebral, mullings coroaço em faixa, nos nervos periorbitais visualizar estruturas posteriores.



CO Orientação melhor vedamento/oclusão palpebral

Vigore - OD: 6/6h 1gota
OE: 2/2h 1gota

Vigore somado: aplicar fita camada em
olhos ou olhos de 6/6h.

DATA: 20/05/18

Ass. MÉDICO ESPECIALISTA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME	Cheny Henrique dos Santos	PRONTUÁRIO	475855
DA CLÍNICA	Burito Clínico / SPA	LEITO	72
À CLÍNICA	Amorim Táxi		

MOTIVO DA CONSULTA

Politiken / prusten (S)

W.C. 1907

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Paciente vítima de politrauma, realizou TC da torax com relato de pneumotórax à **E** no laudo. Rx torax (07/05/12) ausculta de pneumotórax detectável pelo método.

CD: - Atos indico intervenções no momento (paciente mantendo boa SpO_2 e parâmetros ventilatórios controlados)

- Sugir manter acompanhamento clínico e radiológico rigoroso

DATA: 07, 05, 18

Dr. Nelson B. de Moura Jr.
Cir. Geral e Pediátrica
CRM 11.111





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 oftalmica, conduta lubrificante colírio e Regencel 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 isocônicas e fotorreagentes. Alimentando-se por SNE, aceitando bem dieta. Respiração espontânea, sem aporte de O2. Diurese e evacuações espontâneas e fisiológicas.

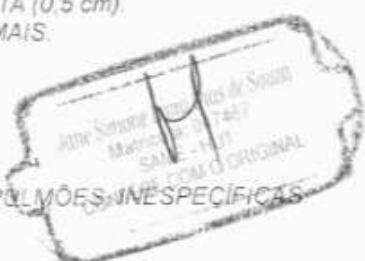
Culturas:

- (11/05/2018) Secreção traqueal: *Acinetobacter baumannii*
- (28/05/2018) Secreção traqueal: *Pseudomonas aeruginosa*
- (05/06/2018) Urocultura: *Enterococos 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 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.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS



TC de TÓRAX

(07/05/2018):

- DISCRETO PNEUMOTÓRAX À ESQUERDA
- ÁREAS COM ATENUAÇÃO EM VIDRO FOSCO ESPARSAS PELOS PULMÕES, INESPECÍFICAS
- TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS 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 MÚLTIPHAS 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 anisocôricas (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 Isocôricas, medianas e Fotorreagentes. Respirando espontaneamente por TQT, pouco secretivo, confortável, com boa saturação. Sem febre, em curso de Meropenem D4 + Vancomicina D3.

##Culturas:

- (11/05) ST: *Acinetobacter baumannii*
- (28/05) ST: *Pseudomonas aeruginosa*
- (05/06) URO: *Enterococos spp.*
- (05/06) ST: *Acinetobacter baumannii e Pseudomonas Aeruginosa*.

#Antibióticos:

- Fez uso: Tazocin (D11)
Está em uso: Vancomicina (D4) e Meropenem (D3).

#Exames:

TC Crânio (07/05):

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

TC Crânio (07/06)

CRANIECTOMIA FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA.

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE À ESQUERDA.
- HEMATOMAS SUBDURAIS CRÔNICOS EM CONVEXIDADES FRONTO-TÉMPORO-PARIETAIS, COM EXTENSÃO PARA O TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO DA REGIÃO FRONTO-TÉMPORO-PARIETAL ESQUERDA, ATRAVÉS DA ZONA DE CRANIECTOMIA.
- ÁREAS DE GLIOSE SEQUELAR EM LOBOS FRONTAL E TEMPORAL ÀSQUERDOS.
- 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 anisocôricas (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 Isocôricas, medianas e Fotorreagentes. Respirando espontaneamente por TQT, pouco secretivo, confortável, com boa saturação. Sem febre, em curso de Meropenem D4 + Vancomicina D3.

##Culturas:

(11/05) ST: *Acinetobacter baumannii*

(28/05) ST: *Pseudomonas aeruginosa*

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

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

#Antibióticos:

Fez uso: Tazocin (D11)

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

#Exames:

TC Crânio (07/05):

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

TC Crânio (07/06)

CRANIECTOMIA FRONTO-TEMPORAL ESQUERDA.

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE À ESQUERDA.
- HEMATOMAS SUBDURAIS CRÔNICOS EM CONVEXIDADES FRONTO-TEMPORAL- PARIETAIS, COM EXTENSÃO PARA O TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO DA REGIÃO FRONTO-TÉMPORO-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	Thierry Henrique dos Santos	PRONTUÁRIO
DA CLÍNICA		
À CLÍNICA		LEITO

MOTIVO DA CONSULTA

DATA: / /

PARECER

Ophthalmology

Pacient, revisado despois euron (certe de euron) euro DE.

15(OD) = dho calvo; *Cerura fuscipennis*, us corundo
flavescens.

+ TO(OE): hipociz confituro 2+4+, discut, quebr, forma e area de export (fenda perpendicular), corando e floraison + us/trop coréana

Candy:

1) regional, $4x$ (dia + fechner) polyphasic e/

2) Redbush en 24%

DATA: 23/05/10'37) Restante
manitoba ~~flávio~~ flávio (duardo
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA
CRM = 6706

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 ESFENOÏDAIS.
 - * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
 - * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
 - HEMOSSÍNUS ESFENOÏDAL 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 ESFENOÏDAL.
- * OSSO FRONTAL ESQUERDO.
- * OSSO TEMPORAL ESQUERDO.
- VELAMENTO DAS MASTÓIDES BILATERALMENTE.
- ESPESSAMENTO MUCOSO DOS SEIOS ESFENOÏDAIS E DAS CÉLULAS ETMOIDAIAS.

TC Cervical (07/05)

- Exame sem alterações.

TC Tórax (07/05)

- DISCRETO PNEUMOTÓRAX À ESQUERDA.
- ÁREAS COM ATENUAÇÃO EM VIDRO FOSCO ESPARSAS PELOS PULMÕES, INESPECÍFICAS.
- TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- AR CABOUÇO 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
CAMPUS
Médico Plantonista

Médico Plantonista



- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

TC de Face (07/05)

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISTRIBUÍDAS:
 - * PAREDES DA ÓRBITA, DOS SEIOS ETMOIDAL E MAXILAR À ESQUERDA.
 - * OSSO ESFENÓIDE E PAREDES DOS SEIOS ESFENOÏDAIS.
 - * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
 - * OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E SEPTO NASAL.
 - HEMOSSÍNUS ESFENOÏDAL 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 ESFENOÏDAL.
- * OSSO FRONTAL ESQUERDO.
- * OSSO TEMPORAL ESQUERDO.
- VELAMENTO DAS MASTÓIDES BILATERALMENTE.
- ESPESSAMENTO MUCOSO DOS SEIOS ESFENOÏDAIS E DAS CÉLULAS ETMOIDais.

TC Cervical (07/05)

- Exame sem alterações.

TC Tórax (07/05)

- DISCRETO PNEUMOTÓRAX À ESQUERDA.
- ÁREAS COM ATENUAÇÃO EM VIDRO FOSCO ESPARSAS PELOS PULMÕES INESPECÍFICAS.
- TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS-FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.
- ESTRUTURAS MEDIASTINAIS SEM ALTERAÇÕES.
- AR CABOUÇO 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
(Oncohem/Clinica Médica
CR 0043867)

Médico Plantonista

Teresina, 10 de Junho de 2018

Jane Simoni Lima Pires de Souza
Matrícula: 57467
SUSEM/HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



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

TC de FACE

(05/06/2018):

- MÚLTIPHAS 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 INTIMO 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 ESFENOIDAIAS E DAS CÉLULAS ETMOIDAIAS.

TC de CRÂNIO

(07/06/2018):

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

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

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

Dr Hermano Pinheiro
CRM PI 4202

Teresina, 26 de junho de 2018



FICHA DE ADMISSÃO - U.T.I.

Nome: <u>Theury Henrique dos Santos</u>		Prontuário: <u>475855</u>	
Idade: <u>25</u>	Profissão:	Naturalidade:	Procedência:
H.D.A:			
<p>1º PO comissão de fratura frontal esquerda, fundamento craniano, contusões pulmonares, pneumotórax esquerdo, múltiplos traumas paravertebrais, lesões de órbita esquerda (mota - caminhão), c/ trauma em regiões frontal esquerda c/ exposição óssea e possível perda da macróencefalica.</p>			

EXAME FÍSICO

Geral: Estado geral ruim; FR 16; FC 56; PAM 98; TAx 37,1;
MUCOSAS HIPOCRADAS; EDEMA CONJUNTIVAL CROUERDO;

Neurológico: Rass: - 5 ; Pupila ^{extensa} fotorreagenta: ESQUERDA ; DIRECTA
ANISOCORIA: E < D FOTORREAGENTE

Ap. Respiratório
MURMÚRIO VESICULAR + BILATERALMENTE
SEM RUIDOS ADVENTÍCIOS
Vm/for, a/c, peep 7, FiO₂ 21%, confortável
Boa satisfaç



EXTREMIDADES PERFUNDADAS
ESTA韆VEL HEMODINAMICA. I.E., SEM USO DE DROGAS
VASOATIVAS
BHF; 2T; RR; SEM SOPROS AVPI VEIS
PAM; 64
fC; 98

Ap. Digestivo: ABDOME DEPRESSÍVEL, INDOLOR; SEM MASSAS OU VISCEROMEGALIAS.
RHA PRESENTES
Ditta intestinal.

Sist. Músculo-Esquelético: PCT SI RESPOSTA MOTORA
extôficas, sinéficas

Exames já realizados: TC de crânio TC tórax
TC de pele TC abdome
TC cervical Biopsias

Hipótese(s) diagnosticada(s): Hematoma intracranial
FRATURA FRONTAL ESQUERDA
PNEUMOTORAX ESQUERDO
CONTUSÃO PULMONAR

Exames solicitados:



Conduta:

- Preceço da Neurociência
- Automação
- BT equilíbrio

Tarjetas 08/05/2016 Médico

Igo Oliveira
Oliveira
Oliveira





RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente Zenon

Diagnóstico pré-operatório Afunilamento cônico

Operação - Tipo Tratamento cirúrgico de Afunilamento de côrnea

Cirurgião Dr. moacir gonzaga 1º Assistente

2º Assistente 3º Assistente

Instrumentador(a) Ulisses Anestesista Ulisses

Anestésico(a)

Data da Operação 07/05/18 Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Cura, cura

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

mao



DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)

- 1) reabilitar ojo
- 2) despejar suco estéril
- 3) escarrecooma
- 4) hemostasia
- 5) reanatar por monof.
- 6) limpar e curar.



Mod. 76 HUT



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE						Nº DE REGISTRO	
DATA 05/05/18	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGUÍNEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA	
EXAMES DE URINA							
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA							
SISTEMA CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO			SISTEMA URINÁRIO				
ESTADO MENTAL	COMATOSE			CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)					APLICADO AS	EFEITOS	
TOTAL DE DOSES							
AGENTES ANESTÉSICOS	OXIGÉNIO	500 ml/min			Dose curta 9.5 ml		
1							
2							
3							
LÍQUIDOS	SO-UTO 500	500 ml			Faz curta		
	400						
	SANGUE 300	300 ml			Prova de		
	200						
	OUTROS 100						
TEMPERATURA T	C°	260	500 ml			3 curta	
		240					
		2					
P. ARTERIAL V		200					
O PULSO		180					
		160					
		1					
INÍCIO E FIM ANESTESIA X		140	500 ml				
		120					
		100					
		80	500 ml				
		60					
		40					
		20					
RESPIRAÇÃO O		10					
SÍMBOLOS		75.40			DURAÇÃO		
TÉCNICAS					INCIDENTE - ACIDENTE		
gues							
OPERAÇÕES							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
Antônio Ucio 1582							
Necessário de UTI.							
Particularidades							
é de que TCE coagulase em 107 Vant. Mellen							
MOD 76 - HUT							



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERRAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 93323

AIH: 2218100303595

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTAO SUS	NOME DO PACIENTE		NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
781302106862014	THEURY HENRIQUE DOS SANTOS		12/10/1992	M	475855
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE	RESPONSÁVEL		
3551828	86989072324	MARIA HELENA NASCIMENTO DOS SANTOS	LUZILENE		
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO		NUMERO / LOTE		
64000010			20		
BAIRRO	COMPLEMENTO		MUNICÍPIO	UF	
RESIDENCIAL DOM AVELAR			TERESINA	PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

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

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE Morte

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TC DE CRANIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S027 - FRATURAS MULTIPLAS ENVOLVENDO OS OSSOS DO CRANIO E DA FACE	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	-------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0403010268 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CRANIO COM AFUNDAMENTO

LEITO/CLÍNICA NEUROCIRURGIA	PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))
CARATER URGÊNCIA	DATA SOLICITAÇÃO 07/05/2018
MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BAIGOSA CPF: 78853770323	CRM:
DATA ADMISSÃO 07/05/2018 04:31	DATA ALTA 22/05/2018 14:00
MOTIVO ALTA PERMANENCIA POR REOPERACAO	

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO)) LUCIA GH ESTIMA DA COSTA F SILES FARIAS CPF: 09633442360 CRM:	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA DATA ANALISE: 14/05/2018 08:49:29 CRM:
---	---

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:

JOÃO SANTOS CARMO
MATERIAL
SABE - NÃO
CONFERE COM O ORIGINAL



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/m²): 12,9 Kg/m² 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 proteinas/litro



Identificação do profissional solicitante

Nome do estabelecimento: Hospital de Urgências de Teresina Dr. Zenon Rocha

Nome do profissional: TATIANA DIAS DE PAULA

CRN: 4434 Telefone para contato: 3218- 5199

Local/Data: Teresina, 12 de JUNHO de 2018

Assinatura/carimbo


Tatiana Dias CRN/PI 4434



LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

DIÁRIA DE PERMANÊNCIA A MAIOR

CÓDIGO: 0802010199

HOSPITAL: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROE ZENON BOCHA

PACIENTE: Thierry Henrique dos Santos Nº PRONT.: 425355 Nº LAUDO: 215245

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM INTERNAÇÃO HOSPITALAR SUPERIOR AO TEMPO SUS, CAUSADA POR COMPLICAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO OU DEMORADA RESPOSTA AO TRATAMENTO OFERENDO

DATA: / /

ASSINATURA DO MÉDICO

AUDITOR

DATA-

(2/2) 13

ASSINATURA DO AUDITOR



Rua Célio Tito, 1830. Bairro Redenção.
Teresina-PI CEP 64017-775.
(77) 347-8772 (77) 346-0008-00



86 2218-5193



diretoriageralhut@gmail.com



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
<http://tpje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011051253054380000012230461>
Número do documento: 2011051253054380000012230461

Núm. 12929727 - Pág. 35



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
Requisição:	843914	Solicitação: 04/06/2018	Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA	
Controle:	1043624	Convênio: SUS	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 INTIMO 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 ESFENOIDAIS E DAS CÉLULAS ETMOIDIAIS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 05/06/2018

HERBERT GALENO PRADO MENDES

CPF: 854 812 033-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável





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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	THEURY HENRIQUE DOS SANTOS (Prontuário: 475855)			
Endereço:	RUA 09 QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010			
Nascimento:	12/10/1992	Idade: 25a10m19d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	844244	Solicitação: 05/06/2018		
Controle:	1044056	Convênio: SUS	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 COSTOFRÉNICOS 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512530543800000012230461>
 Número do documento: 20110512530543800000012230461

Num. 12929727 - Pág. 37



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

LAUDO MÉDICO

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

RELATÓRIO:

God. 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 COSTOFRÉNICOS LIVRES.
 - MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
 - CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
 - HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.
 - TUBO TRAQUEAL.
 - CATETER VENOSO CENTRAL.

(BRANDI SILVA)

TERESINA - PI 08/06/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727
Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512530543800000012230461>
Número do documento: 20110512530543800000012230461

Núm. 12929727 - Pág. 38



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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	THEURY HENRIQUE DOS SANTOS (Prontuário: 475855)			
Endereço:	RUA 09 QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010			
Nascimento:	12/10/1992	Idade: 25a7m26d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 213876
Requisição:	844616	Solicitação: 07/06/2018		Solicitante: MARCILIO DIOGO DE OLIVEIRA BARBOSA
Controle:	1044543	Convênio: SUS	POSTO 4	ENFERMARIA 112 LEITO 046

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512530543800000012230461>
 Número do documento: 20110512530543800000012230461

Num. 12929727 - Pág. 39



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

LAUDO MÉDICO

Paciente:	THEURY HENRIQUE DOS SANTOS (Prontuário: 475855)			
Endereço:	RUA 09 QD P CS 20 - CONJ. DOM AVELAR - TERESINA - PI CEP: 64000-010			
Nascimento:	12/10/1992	Idade: 25a7m26d	Sexo: Masculino	Origem: INTERNAÇÃO
Requisição:	844751	Solicitação: 07/06/2018		Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle:	1044690	Convênio: SUS	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-TÉMPORO-PARIETAIS, COM EXTENSÃO PARA O TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO DA REGIÃO FRONTO-TÉMPORO-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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512530543800000012230461>
 Número do documento: 20110512530543800000012230461

Num. 12929727 - Pág. 40



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: SUS	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 COSTOFRÉNICOS 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 PACIENTE COMPARECE EM REGULAR ESTADO GERAL. AO EXAME: PACIENTE COM DISCRETA HEMIPARESIA FÍSICO: ESQUERDA E BRADIPSQUISMO. 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 RADIODIÁGAMICO 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:

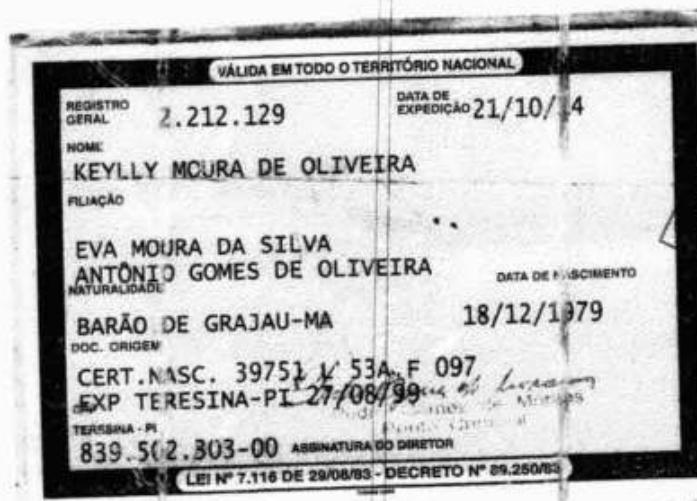
Observações: PAG.1.2.3 E 29

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS 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





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512530543800000012230461>
Número do documento: 20110512530543800000012230461

Num. 12929727 - Pág. 44

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 PACIENTE COMPARECE EM REGULAR ESTADO GERAL. AO EXAME: PACIENTE COM DISCRETA HEMIPARESIA FÍSICO: ESQUERDA E BRADIPSQUISMO. 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 RADIODIÁGAMICO DE COLUNA E O ADIAMENTO DA AVALIAÇÃO FINAL, APRESENTOU FORÇA, NO MÍNIMO, GRAU IV.

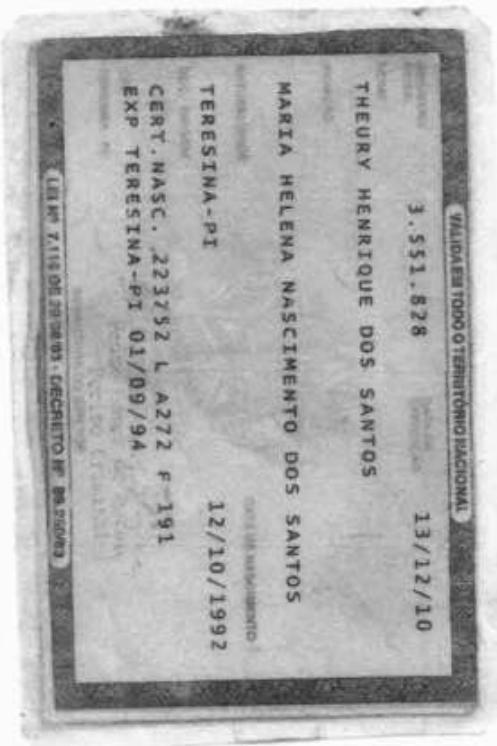
Indenização em grau leve da função neurológica devido a hemiparesia à esquerda e bradipsiquismo. - Quadro estabelecido.

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





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512530543800000012230461
Número do documento: 20110512530543800000012230461

Num. 12929727 - Pág. 46

**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 Justiça, 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 239502303-100, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Thiury Henrique dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o N° 061034053-71, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Thiury Henrique dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o N° 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 Vinte e Um de Janeiro</u>	Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Piauí</u> CEP <u>64000902</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 994729591</u>

Teresina - PI, 21 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 Justiça, 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 239502303-100, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Thiury Henrique dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o N° 061034053-71, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Thiury Henrique dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o N° 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 Vinte e Um de Janeiro</u>	Número <u>554</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>Piauí</u> CEP <u>64000902</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86)994729591</u>

Teresina - PI, 21 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.seguradoraalider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e políticas), do comando a cada dia, de 8h às 22h.

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 222 12 84

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 69 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Barbosa Jonas de Siqueira

RG nº 2233820 , 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

Praia _____, _____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rew: *Worm martinis* Vieux Brûlé, n° 5444.

complemento B. Vale Deum Fim declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

Theory Henriques dos Santos, cujo o condutor era

Theerry Henrique dos Santos

Veículo: Moto Modelo: Honda CG 325 Fan K6 Ano: 2010 / 2010

Placa: NIE-1032 Chassi: 9C2JC4110AR585505

Data do Acidente: 07 / 05 / 2018

Lesson Date: 7/21/2014 - Review

Fernando Jones De Oliveira

Assinatura do Declarante

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



equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / C/c de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
seu número!

SEU CÓDIGO

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.

MES	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: 64.000-982 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA	kWh	DATOS DA LEITURA	
Atual:	12631	Atual:	22/02/2019
Anterior:	12427	Anterior:	23/01/2019
Constante da Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	26/03/2019
Consumo Médido:	204	Emissão:	21/02/2019
Consumo Faturado:	204	Apresentação:	22/02/2019
Forma de pagamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Diá de Consumo:	38

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe	Subclasse	Uteção	Número Medidor	Posto	Código Faz.
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	178
HISTÓRICO kWh		DESCRICAÇÃO DA CONTA			
JAN/19	133	CONSUMO	204 A R\$ 0,95 '855 =	195,40	
DEZ/18	136	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO SIP)		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:					
64 204 - 0,520668					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE P800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/02/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode pagar suas faturas vencidas no dia 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato com a sua concessionária de eletricidade.

RESERVADO O FISCO 0CF8.1322.C229.9B4A.A983.9E70.3A84.0425

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

ESTANTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Oliveira, 365 Lapa C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DMC		PIC		DMC		GICR	
Consumo	Mensal	Consumo	Mensal	Consumo	Mensal	Consumo	Mensal
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
0,00			0,00			0,00	

Local: TERESINA-PIACABA Período de geração: 12/2018 R\$0: 46,37

ROT: 17.001.31.11.020100

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

0051867-0 TOTAL A PAGAR - R\$

MÊS FATURADO

02/2019 VENCIMENTO

01/03/2019

Nº da Nota Fiscal: 018211784 FCAM

8363000002 0 18030017000 8 00000000051 8 86700219008 2



SEQ.: 00052 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 22/02/2019 T.ENTR.: 03

LEITURA: 12631 NORMAL TOTAL: 218,03 CARGA: 009

DT.VENC.: 01/03/2019 IRREG.: 00 COLETOR: 2071



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512530543800000012230461

Número do documento: 20110512530543800000012230461

Num. 12929727 - Pág. 50

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Co. ca de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
seu número!

SEU CÓDIGO

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: 64.000-982 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020100

DADOS DA LEITURA	kWh	DATOS DA LEITURA	
Atual:	12631	Atual:	22/02/2019
Anterior:	12427	Anterior:	23/01/2019
Constante da Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	26/03/2019
Consumo Médido:	204	Emissão:	21/02/2019
Consumo Faturado:	204	Apresentação:	22/02/2019
Forma de pagamento: NORMAL	Código de Irregularidade:	Day de Consumo:	38

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe	Subclasse	Uteação	Número Medidor	Posto	Código Faz.
RESIDENCIAL	MONO	A1484335		1.1.1.1	178
HISTÓRICO kWh		DESCRICAÇÃO DA CONTA			
JAN/19	133	CONSUMO	204 A R\$ 0,95 '855 =	195,40	
DEZ/18	136	CONTR. ILUMINACAO PUB. (CO SIP)		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:					
64 204 - 0,520668					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE P800 036 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 21/02/2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

Você pode pagar suas faturas vencidas no dia 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato com a sua concessionária de eletricidade.

RESERVADO P FISCO 0CF8.1322.C229.9B4A.A983.9E70.3A84.0425

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

ESTANTE SEGURADORA S.A.
Rua Celso de Oliveira, 365 Lapa C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DMC		PFC		DMC		GNCB	
Mês	Anual	Mês	Anual	Mês	Anual	Mês	Anual
5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
0,00			0,00			0,00	

Local: TERESINA-PIACABA Período da leitura: 12/2018 R\$0: 46,37

ROT: 17.001.31.11.020100

equatorial
ENERGIA
cepisa

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-09 | Inscrição Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO
0051867-0
TOTAL A PAGAR - R\$
218,03

MÊS FATURADO
02/2019
VENCIMENTO
01/03/2019

Nº da Nota Fiscal: 018211784 FCAM

8363000002 0 18030017000 8 00000000051 8 86700219008 2



SEQ.: 00052 UC: 0051867-0 DT.LEIT.: 22/02/2019 T.ENTR.: 03

LEITURA: 12631 NORMAL TOTAL: 218,03 CARGA: 009
DT.VENC.: 01/03/2019 IRREG.: 00 COLETOR: 2071



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512530543800000012230461
Número do documento: 20110512530543800000012230461

Num. 12929727 - Pág. 51

**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 Justiça, 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 239502303-100, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Thiury Henrique dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o N° 061034053-71, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Thiury Henrique dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o N° 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		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Avenida Vinte e Um de Janeiro</u>	<u>Teresina</u>	<u>Piauí</u>	<u>64000902</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	<u>(86) 994729591</u>

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

Kelly Moura de Oliveira
Assinatura do Declarante



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



SAMU
192

Dados do Chamado	01 N° do chamado 1045	02 Data do chamado 07/05/2018	03 PRO (código) 2897	04 Saída do PA 03/10	05 Chegada ao local 03/219			
Local da Ocorrência	06 Saída do local 09/10/15	07 Chegada ao 1º hospital 04:21	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital				
Dados do Paciente	10 Endereço Rua Farm. Raul Bacebas	11 Bairro Planalto Uruguai	12 Município-UF The-PI	Código IBGE				
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência Col Valtor Almeida							
Acidente de Transporte	14 Nome Ignorando	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado						
Exame Físico	16 Idade 1- Dia 2- Mês 3- Ano 9- Ignorado	17 Se idade ignorada, preencha com 999	18 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim 2- Não 9- Ignorado					
Assistência	19 Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20 Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21 Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	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 = 06	
Hospital de Destino	24 Sinais Vitais Pulso <input type="checkbox"/> 57 Resp. <input type="checkbox"/> 1x+ PA <input type="checkbox"/> TAX. <input type="checkbox"/> Sat02 214100	25 Local da lesão	26 Pupilas 1- Igualas <input type="checkbox"/> 2- Desiguais <input type="checkbox"/>	27 P脉so Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Cheio <input type="checkbox"/> 2- Fino <input type="checkbox"/> 3- Ausente <input type="checkbox"/>	28 Sangramento <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/>	29 Dor <input type="checkbox"/> 0 Sem Dor <input type="checkbox"/> 1 Leve <input type="checkbox"/> 3 Moderada <input type="checkbox"/> 7 Intensa <input type="checkbox"/> 10	30 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 Fratura 1- Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Suspeito <input type="checkbox"/>	
Observações Interdisciplinar	Acidente motociclistico, com TC grave. Em ventilação mecânica.						31 Procedimentos realizados 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/>	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Rinsa peito sonda + S 1000 Medicamentos a) Fentanyl <input type="checkbox"/> b) Midazolam <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>
							32 Hospital de Destino HUT	<input type="checkbox"/> Não Removido
							33 Condições de entrada 1- Melhorado <input type="checkbox"/> 2- Piorando <input type="checkbox"/> 3- Inalterado <input type="checkbox"/>	34 Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>
							CONFERE COM O ORIGINAL Márlia Veloso Cantanhede Cente Administrativa SAMU	
							Socorristas Médico <input type="checkbox"/> 6 labstone AE/TE <input type="checkbox"/> 8 Aluisio	Enfermeiro <input type="checkbox"/> Froydes Condutor <input type="checkbox"/> Antônio S. S. S.
							Responsável pela recepção <input type="checkbox"/>	

Artefato motorítmico, com TC grave, Em
ventilaçao mecanica.

CONFERE COM O ORIGINAL

Responsável pela recepção

Socorristas 6 bouldone
Médico
A.E.T.E.

Enfermeiro Frayldes
Condutor Antônio Silv

Version: 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.



Marilia Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa SAMU – THE



SEQ.: 00082 UK: 0792576-0 DT.LEIT.: 24/12/2018 T.EN R.: 0
LEITURA: 7741 NORMAL TOTAL: 218,37 CARTE: 010
DT.VENC.: 31/12/2021

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011051253054380000012230461>
Número do documento: 2011051253054380000012230461

Num. 12929727 - Pág. 55



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: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

07/05/2018 - 02:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

5122 14

Município

TERESINA

5122 15 - D

Cidade

RUA FARMACEUTICO RAUL BACELAR, Nº:

Bairro

Endereço

Complemento

PLANALTO URUGUAI

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

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

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 LAERCIOS 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.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA

Almiralice R. Lebre Carlos
Escrivá Especial
Mat.: 0097616

Theury Henrique dos Santos
THEURY HENRIQUE DOS SANTOS - Noticiante

Responsável pela Informação



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	06103705371	Thierry Henrique dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:			CPF:	06103705371
Profissão:	Endereço:		Número:	62037560
Bairro:			Complemento:	Centro
Nele queimaram	Av. Dom Pedro 14		CEP:	62037560
E-mail:			Tel.(DDD):	(61) 994729591

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 35076 CONTA: 777175 
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso 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 DE 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 o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que: (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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, em invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme a Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disorde o 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 Falecidos: _____ Nasceu (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso de óbito, 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

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Brasília - DF 21.03.19

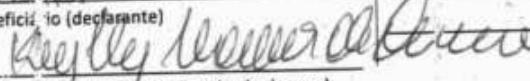
Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

* Thierry Henrique dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
061 03705371		Thierry Henrique dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIM/ /BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Nome: CPF: 06103705371		
Profissão:	Endereço: Número: Complemento:		
Brasileiro: Socorrista	Logradouro: Rua Dom Pedro I, 14	Estado: PI	CEP: 621037560
E-mail:	Tel.(DDD): (66) 944729591		

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3507 6 CONTA: 777175

(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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/cobertura 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 DE IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para a 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 o disorde 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 Falecidos: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, 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: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, em caso 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 INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
21/03/2019 - Autoatendimento - 15:14:09
839772806 8268

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPÓSITO EM POUPANÇA - DINHEIRO

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

22 MAR 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



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, contados 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



00020904



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512530543800000012230461>
Número do documento: 20110512530543800000012230461

Num. 12929727 - Pág. 60



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, contados 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



00020904



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512530543800000012230461>
Número do documento: 20110512530543800000012230461

Num. 12929727 - Pág. 61



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



Carta nº 14114305



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512530543800000012230461>
Número do documento: 20110512530543800000012230461

Num. 12929727 - Pág. 62

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512530543800000012230461>
Número do documento: 20110512530543800000012230461

Num. 12929727 - Pág. 65

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512530543800000012230461>
Número do documento: 20110512530543800000012230461

Num. 12929727 - Pág. 66

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: Acquarello
Endereço: CJ Dom. 21210 14 casa 14 Vale Quem Tem Nº 104-m
Bairro: Dom. 21210 Cep: 64105-560 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: 64000-902 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: Invalidade Permanente DAMS Morte

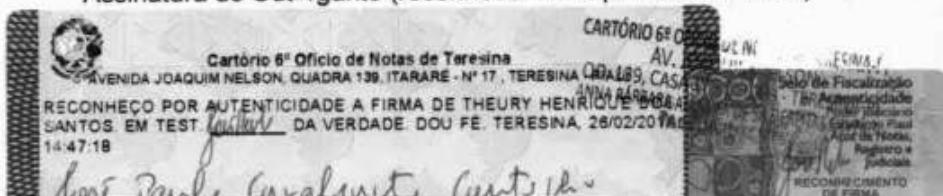
Teresina - Piauí 26/02/2018

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/05/2018

Titular do CPF: THEURY HENRIQUE DOS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Paula Vargens Mendes da Costa



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 05/11/2020 12:53:06
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512530543800000012230461>
Número do documento: 20110512530543800000012230461

Num. 12929727 - Pág. 68

**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 COMPARCE EM REGULAR ESTADO GERAL AO EXAME: PACIENTE COM DISCRETA HEMIPARESIA ESQUERDA E BRADIPSQUISMO 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?

[**X**] 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 DECOMPRESSIVA 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)?

[**X**] Sim [] Não

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

PACIENTE COM CONTUSÕES EM ÁREAS ELOQUENTES CEREBRAIS E CRANIECTOMIZADO ATÉ HOJE

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

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



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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

NEUROLÓGICO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

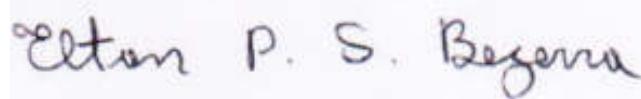
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

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

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

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



Elton Portela Santos Bezerra - CRM: 5518 - PI



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PAG.1.2.3 E 29

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS 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

