

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: **3180282935**

Nome do(a) Examinado(a): **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA ALTO DE SANTA ROSA, 1136 - ALTO DA RESSUREICAO - Teresina - PI - CEP 64000-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2503799**

Data e local do acidente: [**04/02/2018**] **Avenida dos Ipês**

Data e local do exame: [**04/07/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TCE (Glasgow 5) com otorragia a direita Fratura de ossos da face

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

Tratamento clínico através de internação em UTI por 23 dias.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

A. Sem atrofias, apresenta cicatriz de traqueostomia em face anterior do pescoço. B. Não apresenta limitação do arco de movimento dos membros. ADM completa em membros superiores e inferiores. C. Sem déficit de força muscular nos membros. D. Sem alterações na marcha. E. Alteração na fala, refere que voz mudou. F. Refere perda de memória, porém, no momento não apresenta déficit de memória. No momento orientando tempo-espaco. Não apresenta déficit de atenção. Vítima compareceu acompanhada, apresenta-se lúcida, orientada, traja-se adequadamente. Sem distúrbio de conduta. Faz uso de risperidona e Hidantal (comprovados por receita médica).

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Alteração na fala.

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):

Crânio face

% do dano: (X) 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 acompanhado, porém, orientando, respondia ao examinador.



Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho - CRM: 4369 - PI

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180282935 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE (Glasgow 5) com otorragia a direita
Fratura de ossos da face

Descrição do exame médico pericial: A. Sem atrofias, apresenta cicatriz de traqueostomia em face anterior do pescoço.
B. Não apresenta limitação do arco de movimento dos membros. ADM completa em membros superiores e inferiores.
C. Sem déficit de força muscular nos membros .
D. Sem alterações na marcha.
E. Alteração na fala, refere que voz mudou.
F. Refere perda de memória, porém, no momento não apresenta déficit de memória. No momento orientando tempo-
espaço. Não apresenta déficit de atenção.

Vítima compareceu acompanhada, apresenta-se lúcida, orientada, traja-se adequadamente. Sem distúrbio de conduta.
Faz uso de risperidona e Hidantal (comprovados por receita médica).

Resultados terapêuticos: Tratamento clínico através de internação em UTI por 23 dias.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/07/2018

Conduta mantida:

Observações: Paciente acompanhado, porém, orientando, respondia ao examinador.
Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Miguel Angelo Gonçalves Reis Filho

CRM do médico: 4369

UF do CRM do médico: PI

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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

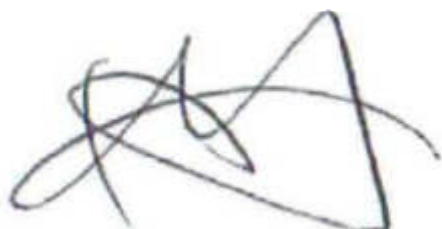
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**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: **3180282935**

Nome do(a) Examinado(a): **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA ALTO DE SANTA ROSA, 1136 - ALTO DA RESSUREICAO - Teresina - PI - CEP 64012730

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **2503799**

Data e local do acidente: [**04/02/2018**]

AV DOS IPES, BAIRRO SÃO JOÃO, TERESINA-PI

Data e local do exame: [**06/09/2018**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE OSSOS DA FACE.

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

VÍTIMA COMPARECEU À PERÍCIA ACOMPANHADO DA ESPOSA, APRESENTANDO LAPSOS DE MEMÓRIA, CEFALIA E VERTIGEM PERSISTENTE E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

TRATAMENTO CONSERVADOR. AINDA EM USO DE RISPERIDONA E HIDANTAL (DR. ABIMAEI DA ROCHA CRM: 1985).

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Dano neurológico

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):

Dano 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):

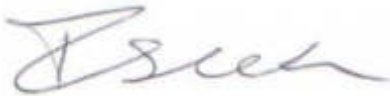
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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.

Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (MS em 04/07/18): 10% da IS. Conduta mantida.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180282935 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM COMPROMETIMENTO DE FUNÇÃO VITAL OU AUTONÔMICA

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DAS PERÍCIAS REALIZADAS EM 04/07/2018 E 06/09/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180282935 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM COMPROMETIMENTO DE FUNÇÃO VITAL OU AUTONÔMICA

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DAS PERÍCIAS REALIZADAS EM 04/07/2018 E 06/09/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

DANOS

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180282935 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE OSSOS DA FACE.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA COMPARECEU À PERÍCIA ACOMPANHADO DA ESPOSA, APRESENTANDO LAPSOS DE MEMÓRIA, CEFALIA E VERTIGEM PERSISTENTE E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. AINDA EM USO DE RISPERIDONA E HIDANTAL (DR. ABIMAEEL DA ROCHA CRM: 1985).

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas:

Data da perícia: 06/09/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (MS em 04/07/18): 10% da IS. Conduta mantida. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

DANOS

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

SABEMI SEGURADORA S/A

20 JUN 2018

RECEBIDO

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Moisés Rodrigues de Sousa Silva
 Nacionalidade: Brasileiro
 Estado Civil: Solteiro
 Identidade: 2.503.799
 CPF: 017.908.483.69
 Profissão: Vigilante
 Endereço: Rua Alto de Santa Rosa 1136 A. da Ressurreição
 CEP: 64.000.000
 Telefone: (81) 330

OUTORGADO:

Nome: Nelle Rose Soares Marques
 Nacionalidade: Brasileira
 Estado Civil: Solteira
 Identidade: 4.10.262
 CPF: 840.173.173.98
 Profissão: Recurso-me
 Endereço: Rua Lu de Janeiro 544 Centro Norte
 CEP: 64.000.235
 Telefone: (81) 3303-4104 9534-6565

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Nasala Rodrigues de Sousa Silva



Teresina - PI, 08/06/2018

Local e data

Moisés Rodrigues de Sousa Silva

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

TERESINA - PI, 08/06/2018

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE DA FIRMA DE MOISÉS RODRIGUES DE SOUSA SILVA, POR MEIO DE TESTEMUNHA DA VERDADE, TERESINA - PI, 08/06/2018.

Endereço: Rua Alto de Santa Rosa, 1136 A. da Ressurreição, CEP: 64.000.000, Teresina - PI.

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE DA FIRMA DE NELLE ROSE SOARES MARQUES, POR MEIO DE TESTEMUNHA DA VERDADE, TERESINA - PI, 08/06/2018.

Endereço: Rua Lu de Janeiro, 544 Centro Norte, CEP: 64.000.235, Teresina - PI.

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE DA FIRMA DE NELLE ROSE SOARES MARQUES, POR MEIO DE TESTEMUNHA DA VERDADE, TERESINA - PI, 08/06/2018.

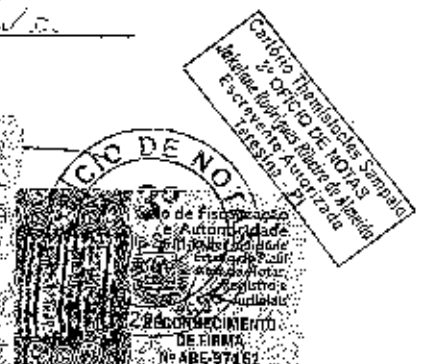
Endereço: Rua Lu de Janeiro, 544 Centro Norte, CEP: 64.000.235, Teresina - PI.

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE DA FIRMA DE NASALA RODRIGUES DE SOUSA SILVA, POR MEIO DE TESTEMUNHA DA VERDADE, TERESINA - PI, 08/06/2018.

Endereço: Rua Alto de Santa Rosa, 1136 A. da Ressurreição, CEP: 64.000.000, Teresina - PI.

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE DA FIRMA DE NASALA RODRIGUES DE SOUSA SILVA, POR MEIO DE TESTEMUNHA DA VERDADE, TERESINA - PI, 08/06/2018.

Endereço: Rua Alto de Santa Rosa, 1136 A. da Ressurreição, CEP: 64.000.000, Teresina - PI.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0220047/18

Número do Sinistro: 3180282935

Vítima: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

CPF: 017.908.483-69

Seguradora: ICATU SEGUROS S/A

Data do acidente: 04/02/2018

Titular do CPF: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 29/10/2018
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: VITOR MATEUS RODRIGUES
CPF: 812.754.710-72

VITOR MATEUS RODRIGUES

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Nº Sinistro: **3180282935**

Vitima: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180282935**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13012543



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Sinistro: **3180282935**

Vítima: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180282935** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Carta nº: 13088037

A/C: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

Nº Sinistro: 3180282935
Vítima: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA
Data do Acidente: 04/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000036474-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Sinistro: **3180282935**

Vítima: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180282935** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Nº Sinistro: **3180282935**

Vitima: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: **REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180282935**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Nº Sinistro: **3180282935**

Vítima: **MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: **REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180282935**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

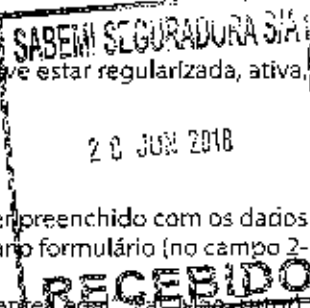
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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



Numero do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 07.905.483-69 Nome completo da vítima: Moisés Rodrigues de Sousa Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Moisés Rodrigues de Sousa Silva</u>		CPF titular da conta <u>07.905.483-69</u>	Profissão <u>Unilicente</u>
Endereço <u>Rua Rito de Santa Rosa</u>		Número <u>1136</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Rio de Ressurreição</u>	Cidade <u>Terresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64060-000</u>
E-mail _____			Telefone (DDD) <u>(88) 3303-4104</u>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO _____ NRG _____ BRQ _____ AGÊNCIA NRG _____ D/V _____ CONTA NRG _____ D/V _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRG _____ D/V _____	CONTA NRG _____ D/V _____		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)		

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

Terresina 08 de Junho de 2018
Local e Data

Moisés Rodrigues de Sousa Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

454 v. 1.0



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001839/2018-60

Complementar ao BO Nº: 100203.001825/2018-47

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Marcos Henrique César De Araújo

Data/Hora: 08/06/2018 - 13:14

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO
Tipo Local
VIA PÚBLICA
Município
TERESINA
Endereço
AVENIDA DOS IPÊS, Nº:
Complemento

Data/Hora
04/02/2018 - 09:00

Bairro
SÃO JOÃO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MOISÉS RODRIGUES DE SOUZA SILVA
RG: 2503799 SSP PI
Mãe: ISABEL RODRIGUES DE SOUZA SILVA
Endereço: RUA ALTO DA SANTA ROSA, ALTO DA RESSURREIÇÃO, Nº 1136
Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO
Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE, MOISÉS RODRIGUES DE SOUZA SILVA, RELATA QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA DOS IPÊS CONDUZINDO O VEÍCULO MOTOCICLETA YAMAHA/FACTOR DE PLACA NIR 4288 DE PROPRIEDADE DE DENILSON CRUZ SILVA QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E CAIU. LESIONOU-SE, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO DE Nº 467181.

Marcos Henrique César De Araújo - Mat. 2272407
AGENTE DE POLÍCIA

Moisés Rodrigues de Souza Silva
MOISÉS RODRIGUES DE SOUZA SILVA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Marcos Rodrigues De Souza Silva CPF da Vítima: 019.308.483-69 Data do Acidente: 04/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
E-mail	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Teresina R de Junio de Junho de 2018
Local e Data

Marcos Rodrigues De Souza Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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 00159	02 Data do chamado 04/02/18	03 PRO (código) 2303	04 Saída do PA 03:44	05 Chegada ao local 03:50
	06 Saída do local 04:10	07 Chegada ao 1º hospital 04:20	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço AV da Ipes	11 Bairro V	12 Município UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome Moises Rodrigues de Souza	15 Sexo 1 - Masculino	16 Idade 06.02.85		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência			
Tipo de Ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espandimento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAE 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
Acidente de Transporte	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança	
	23 Glasgow = <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
Exame Físico	24 Pupilas <input type="checkbox"/> 1 - Iguais 2 - Desiguais 25 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 26 Sangramento <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		27 Dor <input type="checkbox"/> ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10 28 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>		
	29 Sinais Vitais Pulso: _____ Resp: _____ PA: _____ TAX: _____ SatO2: _____ 30 Local da lesão				
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred: <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____				
	32 Hospital de Destino _____ <input type="checkbox"/> Não Removido 33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 34 Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte				
Observações Interdisciplinar	Paciente vítima de queda de moto apresentando TCE, inconsciente. OBS: A moto ficou em um ponto de quarentena próximo				
	Responsável pela recepção: Carlos Lima Socorristas: Alexandre AEITE: Marta Enfermeiro: Carla Condutor: Carla				

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000036474-5

Nr. da Autenticação 9F1DF7471C3D75DC

Declaração de Quitação Anual de Débitos

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Raze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.123/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maisa Rodrigues De Souza Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 07.908.483/69 do sinistro de DPVAT cobertura TPA da Vítima Maisa Rodrigues De Souza Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 07.908.483/69 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recusa Renda: Recusa 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 24 De Janeiro</u>		Número: <u>544</u>	Complemento: <u>Sala</u>
Cidade: <u>Cariri</u>	Código: <u>Teresina</u>	Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>64000-235</u>
Telefone comercial (DDD): <u>(86) 3303-4104</u>		Telefone celular (DDD): <u>(86) 9534-6565</u>	

Teresina 08 de Junho de 2018
Local e Data

Nelle Raze Soares Marques
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Denilson Cruz Silva,

RG nº 0044406 data de expedição 30/11/14

Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 006.264.113-19, com domicílio na cidade de Teresina, no Estado de Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Quilômetro - M. Cara - 51. Antônio José Filho nº 3 Bairro: Ant. - I
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Moises Rodrigues de Souza Silva cujo o condutor era

Moises Rodrigues de Souza Silva

Veículo: moto

Modelo: Kawasaki Factor 160 205K

Ano: 2010/2011

Placa: NR-4268

Chassi: SC6KE152060015781

Data do Acidente: 04/02/2018

Local e Data: TERESINA, 04.03.18

X Denilson Cruz Silva
Assinatura do Declarante

Moises Rodrigues de Souza Silva

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



3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escritório Remédios, 2000
Teresina, PI





2 Contraditório
OK!



NOME DO PACIENTE: Miguel Rodrigues de Souza, Sr.
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 467481 -

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".



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

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



Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do FA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código BGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	16 Idade		
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	18 Tipo de ocorrência			
Tipo de Ocorrência	19 Víctima				
	20 Meio de locomoção				
Acidente de Transporte	21 Outra parte envolvida				
	22 Equipamentos de segurança				
Exame Físico	23 Glasgow =				
	24 Sinais Vitais				
Assistência	25 Local da lesão				
	26 Eupílica				
Hospital de Destino	27 Pulso				
	28 Sanguinamento				
Observações Interdisciplinares	29 Dor				
	30 Fratura				
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)					
32 Hospital de Destino					
33 Condições de entrada					
34 Óbito					
Observações Interdisciplinares					
Assinaturas					



FICHA DE ADMISSÃO - U.T.I.

Nome:	Moisés Rodrigues de Jesus Silva			Prontuário:	467181
Idade:	30 A	Profissão:		Naturalidade:	TERESINA - PI
H.D.A.:	Procédência: GOIA ESTOILZOGI				
Doente vítima Politrauma (Acidente moto) C1 TCE grave e Fratura FACE + fratura múltipla descompr para espinha / FACE, mais 5 e mmis / torço.					

EXAME FÍSICO

Geral:	GRAVE Estado Geral TOT / Vm / AC RASS - 5 sob sedação e analgesia
Neurológico:	RASS - 5 - Pupila reativa Bilateral Foto-Resposta - 5º reflexo e analgesia - TCE grave - 2 curativos - OTORRAGIA / OD
Ap. Respiratório:	Vm / TOT / AC FIO ₂ = 50% PEEP = 7 Tm = 1,2 Frc = 1410 ppm Bom Volume corrente Bom Soffto e 1 Bom oximétrico Pulso

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - GERAL

Relatório de Alta da UTI

MOISÉS RODRIGUES DE SOUSA SILVA, 30 anos, prontuário 467181, deu entrada no HUT dia 04.02.18, com história de acidente de moto, trazido pelo SAMU com trauma em couro cabeludo, face e toe grave, múltiplas escoriações em torax e membros inferiores. Deu entrada no HUT com com GLASGOW DE 5. Na admissão foi solicitado TC Cranio, torax, face e coluna cervical, US abdominal total, além da bioquímica e avaliação do neuro, colocado TOT. O paciente deu entrada na UTI geral dia 06.02.18, com o seguinte exame físico:

Geral: Inconsciente, afebril, anictérica, acianótica, ausência de edema em extremidades, com escoriações em MMSS.

Neuro: paciente sem sedação, RASS 0, Glasgow (1+1T+5)= 7T, pupilas iso-córicas, médias, fotorreagentes.

AR: Ventilação mecânica com IOT. Ausculta pulmonar com MV+, sem ruídos adventícios. Sao2 de 100%

AC: RR, 2T, BNF, SS. PAM 95, FC 90bpm.

Digestivo: SE, abdome flácido, depressível, RH +, sem viceromegalias palpáveis.

HD: POLITRAUMA/TCE GRAVE E FRATURA DE FACE

Durante a internação, o paciente fez uso de clindamicina e ceftriaxona por 2 dias com início dia 05.01.18. Depois fez uso de cefepime por 7 dias, com início no dia 11/02/18. Hoje o paciente encontra-se sem drogas vasoativas, fora da sedação, traqueostomizado, mas fora da VM respirando com suplementação de O2 (macronebulização).

Neuro: glasgow 11T, pupilas isocóricas, médias, fotorreagentes. Sem sedação.

AR: MV +, com leves roncos difusos em ambos hemitórax.

AC: RR, 2T, BNF, SS. Enchimento capilar <2s, pulso radial forte, extremidades quentes.

Digestivo: dieta por SE. Abdome flácido, depressível, RH+, sem visceromegalias palpáveis.

Renal: débito urinário (ml/kg/h) 0,67.

EXAMES LABORATORIAIS:

(19/02/18) Hb 7,6; Ht 24%; leucócitos 12.500; plaquetas 605.000; Ureia 37; Cr 0,8; Na 136,9; K 4,89; Calcio ionizado 1,182; pH 7,416; Bic 26,7; pCO2 42,5.

EXAMES RADIOLÓGICOS:

US DE ABDOME TOTAL (04/02/18):

- EXAME SEM ALTERAÇÕES

D. Vladimir Chaud
Cardiologia
CRM-PI 5517

Teresina, 19.02.2018

[Assinatura]
Coordenador Geral
Unidade de Terapia Intensiva

[Faint handwritten notes and stamps are visible on the lined paper.]



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - PROFº ZENON ROCHA
POSTO 06 / CLÍNICA MÉDICA - 1º ANDAR
Rua Dr. Otto Tito, 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
Teresina-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917 / 0022-02

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

Paciente Moisés Rodrigues de Sousa Silva, 31 anos, prontuário 467181, sexo masculino, procedente de Teresina-PI, vítima de acidente de moto trazido pelo SAMU inconsciente, com TCE grave, Glasgow 5, fratura de face e múltiplas escoriações em mmil e torax, sendo admitido neste Hospital no dia 04/02/2018. Na admissão foi solicitado TC de crânio, torax, face, coluna cervical e US abdominal. Foi avaliado pelo Neurocirurgião visto que não haveria necessidade de procedimento cirurgico (TCE não cirurgico) e realizada intubação orotraqueal permanecendo dois dias na sala vermelha e sendo transferido para UTI no dia 06/02/2018. Na UTI permaneceu sedado com RASS 0, Glasgow (1 + 1T + 5) = 7T, pupilas isocóricas médias e reagentes.

Durante a internação na UTI paciente evoluiu com pneumonia fazendo uso de clindamicina e ceftriaxone por dois dias e posteriormente uso de cefepime por 07 dias com início dia 11/02/18. Paciente foi extubado e seguiu estável hemodinamicamente sem uso de drogas vasoativas, fora da sedação e Ventilação Mecânica respirando com aporte de oxigênio com macronebulização, sendo assim transferido para a clínica médica no dia 19/02/2018.

Paciente admitido na clínica médica no dia 19/02/2018 estável hemodinamicamente, agitado, febril. Em dieta por SNE e diurese presente por SVD, com respiração espontânea e aporte de oxigênio e macronebulização (TQT). SVD retirada no dia 23/02/18.

Paciente durante a internação na enfermaria da clínica médica apresentou picos febril e fora instituída antibioticoterapia com Piperacilina/tazobactam por 7 dias. Foi realizada decanulação no dia 28/02/2018. Paciente foi avaliado no dia 28/02/2014 pelo cirurgião buco maxilo sem necessidade de procedimento cirurgico sendo instituído tratamento conservador.

Exame físico (27/02/2018):

Bom estado geral, consciente, orientado, hidratado, acianótico, anictérico, normocorado, afebril. Dieta oral com boa aceitação, respiração espontânea, diurese presente e evacuações.

Pupilas isocóricas e fotoreagentes. Glasgow 15 FC : 74 bpm, Ausculta Cardíaca: bulhas normofonéticas, ritmo regular em dois tempos, sem sopro. FR: 20 lpm, ausculta pulmonar: murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios, com frêmito e expansibilidade preservados. Abdome: semigloboso, ruídos hidroaéreos presentes, indolor à palpação superficial e profunda, ausência de visceromegalias. Extremidades: bem perfundidas (TEC < 2s), sem edemas e pulsos distais presentes, sem flebites.

Paciente encontra-se sem disfunções orgânicas e está apto para alta hospitalar em 29/02/2018. Acompanhamento ambulatorial sendo solicitado Encaminhamento para Avaliação Clínica pela Neurocirurgia e Receita do dia.

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

Teresina-PI, 01 de Março de 2018



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DN: 06/02/1987 Idade: 31 ANOS SEM ALERGIAS

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT°	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
MOISÉS RODRIGUES DE SOUSA SILVA		467181	Médica / P. 06	205	105	
DATA/HORA CÓDIGO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM					
	PRESCRIÇÃO MÉDICA		QUANT.	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
	TCE GRAVE NÃO CIRURGICO + FRATURA DE FACE					
01/03/18	1. Dieta oral líquido-pastosa				12h - Pet com yellow	
	2. SF 0.9% 500ml, EV, p/24h				clínica, p/ 12h e 18h	
	3. Ranitidina 50 mg - 01 amp + AD, EV, 8/8h				Unidade de Alta Hospitalar	
	4. Enoxaparina 40 mg - 01 amp, SC, 1x/dia				Lau - Conf. Roberto Camp	
	5. Risperidona 2 mg - 01 cp manhã e tarde e 02 cp à noite, VO				DRY	
	6. Clonazepam 2 mg - 01 cp, VO, 8/8h (SUS)					
	7. Dipirona 500mg/ml - 01 amp + AD, EV, 6/6h, S/N					
	8. Metoclopramida 10 mg - 01 amp + AD, EV, 8/8h S/N					
	9. Glicemia capilar ACM					
	10. Insulina regular, SC, conforme esquema: 180-200: 2UI 251-300: 6UI 201-250: 4UI 301-350: 8UI >351: 10UI					
	11. Glicose 50% - 40 ml, EV, se glicemia < 70 mg/dl					
	12. Clorexidina 0,12% - 30 ml, p/ higiene oral, 6/6 h					
	13. Lubrificante oftálmico - 1 gota em cada olho, 4/4h					
	14. NBZ - 3 ml SF0,9% + 40 gts Atrovent, 6/6h					
	15. Fisioterapia respiratória e motora					
	16. SSVV + CCGG					

Dr. Hermínio Pinheiro
Cardiologia / Clínica Médica
CRM-PY 4202

17. Auto Higiene



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Cícero T 1820 - Redenção - Fone: 86 3225 4872
TERESINA-PI CEP 64010-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 04/02/2018 04:30:43
TERESINA HENDZSI

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MOISES RODRIGS DE SOUSA SILVA		Prontuário: 467181
Mãe: ISABEL RODRIGUES SOUSA SILVA	Pai: MANOEL PEREIRA DA SILVA	
End. Resid.: SAO INFERNO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI - CEP: 64003-000		
Nascimento: 06/02/1987	Idade: 30a:11m:29d	Sexo: Masculino Fone: -
Responsável: O MESMO	CNS: 700007255779503	
Profissão:	Documento: CPF:	
G. Instrução: Não informado	E. Civil: Ignorado	
End. Local:		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 649257	Data: 04/02/2018 04:27:33	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: AGENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLISTA (MOTOC)		Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 04/02/2018 04:27:33	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Notificação de acidente com TCC Sequestro e seu filho TCC de vítima: HODA com 4 filhos e seu filho	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 04/02/2018 04:27:33	
(1) Sem sinais nem sintomas de lesão	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 04/02/2018 04:27:33	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: DI Emerson Brandão NEUROCIRURGIA EM-PI 3249	
Carimbo/Assinatura Solicitante	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: 04/02/2018 04:27:33	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	



REQUISIÇÃO DE PARECER

ENF: 205

NOME	Maíres RODRIGUES DE SOUZA SILVA	PRONTUÁRIO	467131
DA CLÍNICA	ORÇADA	LEITO	105
A CLÍNICA	CLINICA BUCCO-MAXILO-FACIAL		

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente vítima de acidente de moto com TCE grave e fratura de face, revellada por TC de crânio-face realizada no dia 24/02/18.

Solicito avaliação do tratamento buccomaxilo se há necessidade de conduta cirúrgica nesta internação.

DATA: 26/02/18

Dr. Hernando Pinheiro
Clínica Maxilo
R: 4202
ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Paciente com revisão de fratura de 1/3 médio da face. Cirurgia a ser agendada.

DATA: 26/02/18

Dr. [Assinatura]
ASS. MÉDICO ESPECIALISTA

Cardiovascular:

TA 120/80
BNPR 27 SI 100%
Hemodinamicamente Estável SI 100%
Pulsos presentes MMIS / MMSS SI
Edemas: pt frust. TVP

Ap. Digestivo:

Portando dieta Intense
Boa peristolia - GUG
Abdomem flácido RHA+
US Abdomem 04/02/18 NORMAL!

Sist. Músculo-Esquelético:

Presença TATUAGEM TORAX / MISE / DORSO
Oscurecimento pele axilas / BRS / MMSS / MMIS / TORAX

Exames já realizados:

TC CRÂNIO / Laboratório
US Abdomem Livre

Hipótese(s) diagnosticada(s):

TCE grave / Politemia

Exames solicitados:

Exames Admissíveis
TC CRÂNIO - 1 contraste

Conduta:

Suprimento intravenoso / Admissões UTI
TC CRÂNIO / Admissões
prolisação NEUROCIRURGIA
Portando DAS Glicos e Insulina / VM/TOT/AL

Teresina, 05/02/18

Médico

Chaud



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
Centro cirúrgico

Nome do paciente: <u>Miguel Rodrigues de Sousa Silva</u>		
Diagnóstico pré-operatório:		
Operação tipo: <u>IMPLANTE DE CATETER CENTRAL</u>		
Cirurgião:	1º Assistente:	
Instrumentadora:	Anestesia: Local	
Anestésico: <u>Xilocaina 2% com adrenalina</u>		
Data da Operação:	início:	Fim:
Diagnóstico Pós-operatório:		
Relatório imediato do patologista:		
Acidente durante a operação:		
<p style="text-align: center;">DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</p> <p>1. <u>ASSEPSIA + ANTISSEPSIA</u></p> <p>2. <u>COLOCAÇÃO DE CAMPO ESTÉRIL</u></p> <p>3. <u>ANESTESIA LOCAL COM LIDOCAINA 2%</u></p> <p>4. <u>PUNÇÃO VENOSA CENTRAL</u></p> <p>5. <u>FIXAÇÃO DO CATETER</u></p> <p>6. <u>CURATIVO</u></p>		

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 49522
AIH: 2218100085223

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS

700007253779603

NOME DO PACIENTE

MOISÉS RODRIGUES DE SOUSA SILVA

NASCIMENTO

06/02/1987

SEXO

M

PRONTUÁRIO

467181

DOCUMENTO CPF

2503799

TELEFONE

8632185199

NOME DA MÃE

ISABEL RODRIGUES DE SOUSA SILVA

RESPONSÁVEL

O MESMO

CEP

64060010

ENDEREÇO - LOGRADOURO

NUMERO / LOTE

5N

BAIRRO

NOIVOS

COMPLEMENTO

MUNICÍPIO

TERESINA

UF

PI

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

TC GRAVE COM GLASGOW 6 COM MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ACIMA CITADAS

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

TC

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S068 - OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0305040106 - TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE

LEITO/CLÍNICA

NEUROLOGIA

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

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

04/02/2018

JAMES RICARDO SOARES DE BRITO

CPF: 32193358349

CRM

DATA ADMISSÃO

04/02/2018 04:30

DATA ALTA

15/02/2018 15:00

MOTIVO ALTA

PERMANÊNCIA POR MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

Tipo ACIDENTE

CNPJ SEGURADORA

Nº DO BILHETE

SÉRIE CNPJ DA EMPRESA

CNAE EMPRESA

CEOR NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

JOSE CARLOS DE OLIVEIRA GOMES

CPF: 085453291

CRM

DATA ANÁLISE: 04/02/2018 06:45:18

NOME DO PROFISSIONAL / PARCELO CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

CPF

CRM

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



No. da Autorização de Internação Hospitalar (A.I.H.)

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49522

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	207622

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA	6 - Prontuário: 467181
7-CNS: 700007253779503	8-Nascimento: 06/02/1987
9-Sexo: Masculino	RG: 2503799 - PI
11-Mãe: ISABEL RODRIGUES DE SOUSA SILVA	12-Fone: -
13-Resp: (O MESMO)	14-Cor: Amarela
-Ender: NAO INFORMADO - BAIROS DOS NOIVOS - CEP: 64000-000	
15-Munic: TERESINA	17-Cod.UBGE: 221100
18-UF: PI	19-CEP: 64000-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos: <i>Pct vítima de acidente de moto com fratura na mão</i>
21 - Condições que justificam a internação: <i>2 dias de dieta</i>
22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados): <i>TC de crânio</i>
-Diagnóstico inicial: Outros traumatismos intracranianos
24-CID Eixo: 2060
25-CID Sec.: 2060
26-CID C.Ass.: 2060

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado: 0303040106 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE	Tempo SUS: 24
29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 02 01 CPF 551.933.583-49	33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: JAMES RICARDO SOARES DE BRITO
34-Data Solicitação: 04/02/2018	35-Data de Recebimento: 04/02/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

36- () Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. Bônus:	41-Série:
37- () Acidente Trabalho Típico	42-CNPJ Empresa:	43-CNPJ Empresa:	44-CBOR:
38- () Acidente Trabalho Trajeto	45 - Vínculo com a Previdência: () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:	47-Data Autorização: 14/03/18	48-Data de Emissão: 14/03/18
49-Documento: () CNES () CDE	49-Sum. Documento:	50-Ass. C.A. (Rg. Conselho):
51 - Assinatura Paciente ou Responsável: <i>Diana Santos</i>	52-Data de Assinatura: 14/03/18	53-Data de Assinatura: 14/03/18

Plano dos Santos Macedo
Assessoria de Auditoria - DRCAT/MS
Médico - CRM: 17.587.043-15
50-Ass. C.A. (Rg. Conselho):

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 52435
	AIH: 2218100131874

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828356
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828356

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 703007253779503	NOME DO PACIENTE MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA	NASCIMENTO 04/05/1987	SEXO M	PRONTUÁRIO 467151
DOCUMENTO CTP 2509799	TELEFONE 8632185199	NOME DA MÃE ISABEL RODRIGUES DE SOUSA SILVA	RESPONSÁVEL O MESMO	
CEP 64090010	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NÚMERO / LOTE
BARRIO NOIVOS	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
TC GRAVE COM GLASGOW 6 COM MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
ACIMA CITADAS

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
J960 - INSUFICIÊNCIA RESPIRATORIA AGUDA

CID 10 SECUNDÁRIO **CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0404010377 - TRAQUEOSTOMIA

LEITO/CLÍNICA
NEUROLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO Nº DO CONSELHO)

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO
15/02/2018

JAMES RICARDO SOARES DE FREITO
CPF: 43195158349

DATA ADMISSÃO
15/02/2018 15:09

DATA ALTA
01/03/2018 12:00

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO Nº DO CONSELHO)

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

MARCOS DE MATEUS SANTOS MOURA
CPF: 0753468563

CRM:

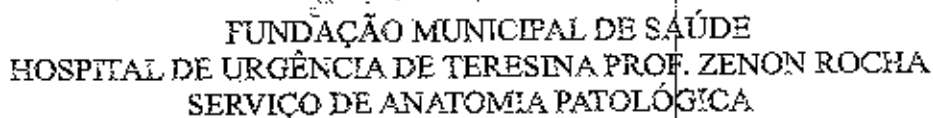
DATA ANÁLISE: 16/02/2018 15:48:41

CPF:

CRM:

DATA ANÁLISE

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



Centro cirúrgico

Nome do paciente:		Prontuario: 467181	
Diagnóstico pré-operatório:			
Operação tipo: TRAQUEOSTOMIA			
Cirurgião:		1º Assistente:	
Instrumentadora:		Anestesia:	
Anestésico:			
Data da Operação: 15/02/10		Início:	Fim:
Diagnóstico Pós-operatório:			
Relatório Imediato do patologista;			
Acidente durante a operação:			
<p align="center">DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Sutura, Drenagem, Fechamento)</p>			
1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL			
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA			
3. INCISÃO TRANSVESAL NA REGIÃO CERVICAL			
4. ABERTURA POR PLANOS			
5. INCISÃO NA TRAQUEIA			
6. COLOCAÇÃO DE CÂNULA			
7. HEMOSTASIA			
8. FIXAÇÃO			

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Fink 1823 - Redenção - Fone: 36 3228 (372)

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.917/0022-32

Data: 22/03/2018 20:50:17

Módulo: ELICIO LUSTOSA

Estação: ADECI

BOLETIM DE ENTRADA - BE**DADOS DO PACIENTE:**

Nome:	MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA	Prontuário:	225268
Mãe:	ISABEL RODRIGUES DE SOUZA SILVA	Pai:	MANOEL PEREIRA DA SILVA
End. Resid.:	RUA SOLETO 1136 - GUARU - TERESINA - PI - CEP: 64000-012		
Nascimento:	02/02/1987	Idade:	31a:1m:16d
Responsável:	SILVANA ALVES	Sexo:	Masculino
Profissão:	AGENTE DE PORCELA	Fone:	66-99428-5549
G. Instrução:	Médio Completo	CNS:	16546612560009
End. Local.:	- - -	Documento:	RG: 2303799 - 9º
		E. Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	656571	Data:	22/03/2018 20:43:11	Condução:	AMBULÂNCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura:	QUEÇA DO LITO/REDE	Convênio:	S U S		
d. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não
				CID Secundário:	6069

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	Evento recente	ORTOPEDISTA	Verde
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
TRAUMA EM MBR APÓS QUEÇA.	ELICIO LUSTOSA CAMPELO FILHO COREN - 301092 DT: 22/03/2018 20:50:16		

DADOS CLÍNICOS: (Hora: _____)

Revisão da causa da dor no punho E

PA _____ K _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:	Fad. G. Dendroch E. V. 5626		

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

DATA: 1 / 1	HORA: _____	Se Internação, indique o Procedimento e CID
		0408020342 5626 Procedimento CID

Moises Rodrigues de S. Silva
Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - *Dr. Wilton L. Cavali*
CRM-PA 13053
Médico



UNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
INGÊNCIA DE TERESINA - HU

AL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

INÉRCIO ASSISTENTE

NOME DO PACIENTE: Marcos Rodrigues da Silva PRONTUÁRIO: 23616XT

DATA/HORA: 23/03/18 PRESCRIÇÃO MÉDICA: 20.4

CLÍNICA: Ortopedia ENF. OU AP. LETO: 23616XT

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: 16:40 - 1st admite-se neste

HORÁRIOS: 16:40 - 1st admite-se neste

OBSERVAÇÕES: 16:40 - 1st admite-se neste

1. DIETA ORAL LIVRE APÓS EFEITO ANESTÉSICO

2. SF 0,9% 1000 ml EV AO DIA

3. RANITIDINA 50mg - 1 AMP + AD EV 8/8 H

4. CEFALOTINA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H

5. DIPIRONA 1G - 1 AMP + AD EV 6/6 H

6. TILATIL 20mg - 1 AMP + AD EV 12/12H

7. TRAMAL 100MG - 1 AMP + 100ML SF 0,9% 8/8H SN

8. CURATIVO

9. PRESCRIÇÃO MÉDICA

Solo para uso de

Dr. Marcos Rodrigues da Silva
CRM 1112

23/03/18
16:40
1st admite-se neste












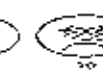
16:40 - 1st admite-se neste
16:40 - 1st admite-se neste
16:40 - 1st admite-se neste

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME: <u>Moisés Rodrigues Sousa Junior</u>		IDADE: <u>31</u> anos	DATA: <u>23/03/2018</u>	
HORÁRIO DE ADMISSÃO: <u>14 hs 02 min</u>		TIPO DE ANESTESIA: () GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO		
CIRURGIA REALIZADA: <u>fract. em frang. 1º e 2º</u>			CIRURGIÃO: _____	

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>120x80</u>	<u>115x67</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>68</u>	<u>72</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>99</u>	<u>99</u>
TEMPERATURA AXILAR (°C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		<u>20</u>
NOME/ MATRÍCULA		<u>1121000</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK		ADMISSÃO		SAÍDA	
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação de respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Está lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO	ESCALA DE DOR ALTA
 0	 0
 1	 1
 2	 2
 3	 3
 4	 4
 5	 5

Sonda Vesical		Dreno de Sucção		Dreno Torácico		DVE		Colostomia		Sonda () Nasog () Nasoe	
ml	hs	ml	hs	ml	hs	ml	hs	ml	hs	ml	hs

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
 14h30min: na SRPA, com dor - frang. 1º e 2º, sob efeito de BPS, consciente, orientado, fôlego, eufórico.
 Resposta ao estímulo sup. físico - fôlego, fôlego.

Moisés Rodrigues Sousa Junior
 JATM Alcantara do Prado
 COREN-PI 317.332-ENF

RAIO REALIZADO
 DATA: 23/03/2018
 Técnico: G

PREScrição Médica	ALTA SRPA
ENCAMINHAMENTO: () EXTERNO (X) SALA DE GESSO () IMAGENS E GRÁFICOS ()	
POSTO: () 1 () 2 () 3 () EMERGÊNCIA PED. UTI: () PED () NEURO () GERAL () 4 () JOUIM. CLÍNICA: () PED () ORT () NEU () CIR () MED	



FMS
Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA



ADDRESS
WEBSITE
PHONE

NOME DO PACIENTE: <u>M/0103 Carlos de Jesus Lb</u>		PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	C. JINCA	FNT. ou APT	LEITO
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES		ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE		
PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA: <u>22/03/14</u> HORA: _____ 1 - Dieta geral 2 - SF 6,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Kantridina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h 7 - CCGG + SSVM		HORÁRIO 1 - 08h 2 - 10h 3 - 12h 4 - 14h 5 - 16h 6 - 18h		OBSERVAÇÕES 21.3.04. Paciente com fratura de 2º quíntulo do 5º adançado no polegar, segue atende, aguardando o melhor para quebra do osso. Limpa e higienizada. medicação adequada.		

DIAGNOSTICO AVALIA, E COMPREENSIVAMENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA
DATA: 22.10.11 HORA: 14h

DATA: 10117 INDEX: 10117

1. Direct Referral

254-0996-5081-EV-0012727

~~3 - Director's Office, ADP & ADENV 6/6/68~~

4 - Tenoxicam 20mg + ADDEV 12/12h

5 - Ventricular Septal Atrial

~~6-Plasil-GI.amps-FAB/V 8/81~~

3 - CCGG + SNAI

Dr. William L. Costello
Carmel, CA 93983

1. Case

1. Case

Change of MCLE as 23631A

Ms. C.

MÉDICOS CRM:

Model: 007

at equipped with
more knowledge
H.C. and

8.0.1

5302/18

for an end also
and at



Fundação Municipal de Saúde

SUS

17 577 2031 0015 - 32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde N° 2816
Renasença III -
CEP 64082-110
Teresina-PI



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

De: UPA	Para: HUT
Sr(a): <i>Maria Silva</i>	Registro:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<i>doe a coluna em não após trauma há 3h na altura da coluna / dor nas costas tala gesso cirurgia</i>	
<i>Fratura da coluna fractura de C6 DE (fratura fechada)</i>	
TERESINA-PI 13/03/2018, AS 20:45h.	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

De:	Para:
DIAGNÓSTICO	
<i>Fratura da coluna fractura de C6 DE (fratura fechada)</i>	
TERESINA-PI: / /	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENAASCENÇA
Rua Rio Verde, 2210 - Renascença III - Fone: 86 3234.7074
TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.972.105/0015-92

UPA
24h

Emp: 22/03/2018 15:16:39
(User: ALBERT MEDEIROS)
(Instação: SERVICIOSOCIAL)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA		Matrícula: 12318	
Mãe: ISABEL RODRIGUES DE SOUZA SILVA		Pai: MONTELL PEREIRA DA SILVA	
End. Resid.: RUA ALTO DE SANTA ROSA 1434 - GUARUÍ - TERESINA - PI - CEP:			
Nascimento: 06/02/1987	Idade: 31a:1m:16d	Sexo: Masculino	Forma: 06-04487-427
Responsável: O MESMO	CSS: 780007213779503	Documento: RG: 2503799 - SSP/PI	
Profissão:	E.Civil: Solteiro(a)		
G. Instrução: Fundamental Incompleto			
End. Local:			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 252547	Entrada: 22/03/2018 14:32:22	Convênio: S U S
Motivo da Procura: QUEDA MESMO NÍVEL		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Agravamento:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
Breve História Clás. Risco:		
REFERE DOR + LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM DEDO MÍNIMO D. APÓS QUEDA DE PRÓPRIA ALTURA. NEGÁ ALEACIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES		
		POLLIANA MENDES POMPEIA CRM: 22/03/2018 14:40:44 Ass. Profissional Clás. Risco:

SEVV:

Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 m	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 0	Temp: 0	Pressão: 0 mmHg
---------------	----------------	-----------------	----------	---------	-----------------

DADOS CLÍNICOS:

trauma em mão: há 3 hs
ex fraturar de falange em mão
tal e encaminhado pra cirurgia

Diagnóstico Inicial:

EXAMES COMPLEMENTARES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE

DATA:

HORA:

Assinatura Paciente ou Responsável

Alberto Medeiros
CRM3567 Em: 22/03/2018 15:16:38



PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

FMS

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº

Proc. Nº

Rubrica

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 23/03/18

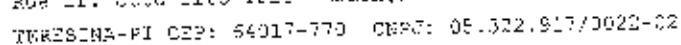
NOME DO PACIENTE: Moisés Rodrigues de Souza	PRONTUÁRIO Nº: 225262
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA:	Nº DA SALA: 06
CIRURGIÃO: Dr. Flávio	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Dr. Hugo	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Augustina	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	02		LÂMINA DE BISTURI	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.	—		LUVA Nº 7.5	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	02		LUVA Nº	PAR	—	
AGULHA RAQUE	UNID.	—		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	10	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	100	
ALGODÃO	BOLA	—		PVPI TÓPICO	ML	100	
ÁGUA OXIGENADA	ML	—		PVPI TINTURA	ML	—	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	02	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	—		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	—	
ESCALPE Nº	UNID.	—		SERINGA 3CC	UNID.	—	
FORMOL	ML	—		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	02	
GASES 5.0	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.		
JELCO Nº	UNID.	—		Eléctrodo	unid	05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA	unid	02	
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Crepom	unid	03	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG.							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: Dama			
PROLENE							

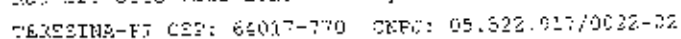
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
CENTRO CIRÚRGICO

Página 1



Professional Responsável

[Faint, illegible markings]



Professional Responsável

1000



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otilio Nito 1820 - Rodençã - Fone: 66 3218 5443
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-32

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467181)
Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64030-000
Nascimento: 06/02/1987 Idade: 30a11m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 207622
Requisição: 811916 Solicitação: 04/02/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1005640 Convênio: S U S UTI GERAL LEITO 085

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010044

Data Exame: 04/02/2018

T.C. DE FACE

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

- FRATURAS EM OSSOS DA FACE, ASSIM DISPOSTAS:
 - * PAREDES DAS ÓRBITAS;
 - * ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO;
 - * PAREDES DO SEIO ESFENOIDAL;
 - * PROCESSO PTERIGÓIDE ESQUERDO;
 - * SEPTO NASAL.
- HEMOSSINUS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/02/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI
Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Gato Filho 1020 - Redenção - Fone: 86 3218 5443

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.817/0022-92

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467181)
Endereço: NAO INFORMADO - BAIROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 06/02/1987 Idade: 30a11m26d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 207622
Requisição: 811217 Solicitação: 04/02/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1005641 Convênio: S U S UTI GERAL UT. GERAL LEITO 085

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 04/02/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEAS CONSERVADAS.
- CORPOS VERTEBRAIS CERVICAIS BEM ALINHADOS E COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.
- LÂMINAS E PEDÍCULOS ÍNTEGROS.
- ARTICULAÇÕES INTERAPOFISÁRIAS E UNCOVERTEBRAIS SEM ALTERAÇÕES.
- CANAL MEDULAR ÓSSEO COM DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- FORAMES NEURAIS AMPLOS.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 04/02/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

TERESINA - PI 04/02/2018
LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS
CPF: 890.717.783-04
CRM 3508 PI
Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Eito 1820 Redenção - Fone: 56 3218 5463

TERESINA-PI CEP: 64017-970 CNEB: 05.522.917/0022-32

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467181)
Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 06/02/1987 Idade: 31aAnos Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 207522
Requisição: 812370 Solicitação: 05/02/2018 Solicitante: VLADIMIR LENINE ANTOINE CALASSIO CHAUD
Controle: 1006196 Convênio: S U S UTI: GERAL LEITO: 055

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 05/02/2018

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- FRATURAS EM REGIÕES PARIETO-OCIPITAL E TEMPORAL À DIREITA, ASSIM COMO EM MASTÓIDE IPSILATERAL.
- DELGADO HEMATOMA AGUDO SUBDURAL PARIETO-TEMPORAL DIREITO.
- HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE.
- CONTUSÕES ENCEFÁLICAS FOCAIS EM LÓBOS FRONTAL E TEMPORAL ESQUERDO.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 06/02/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PI

Profissional Responsável

Handwritten signature and stamp of the medical professional.



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otton Tito 1820 - Referência - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 08.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467181)
Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 06/02/1967 Idade: 31a2m16d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 207622
Requisição: 812615 Solicitação: 06/02/2018 Solicitante: JAMES RICARDO SOARES DE BRITO
Controle: 1006479 Convênio: S U S UTI GERAL UTI GERAL LEITO 065

RELATÓRIO:

Cad. SIA: 0204030170

Data Exame: 06/02/2018

TORAX PA

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

- OPACIDADE HETEROGÊNEA PERIHILAR DIREITA.
- VELAMENTO DO SEIO COSTOFRÊNICO DIREITO.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- HILOS DE ASPECTO ANATÔMICO.
- TUBO ORCOTRAQUEAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 22/04/2018

JOELSON OLIVEIRA MOREIRA

CPF: 335.029.603-30 CRM 2353

Profissional Responsável

[Handwritten signature and stamp]



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Telo 1820 - Redenção - Fone: 86 3218 5445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 03.522.311/0025-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467181)
Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 06/02/1987 Idade: 31a2m14d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 207622
Requisição: 813398 Solicitação: 09/02/2018 Solicitante: JAMES RICARDO SOARES DE BRITO
Controle: 1007367 Convênio: S U S UTI GERAL UTI GERAL LEITO 085

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 09/02/2018

TORAX PA

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

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- TUBO OROTRAQUEAL.
- Sonda NASOGÁSTRICA.

(LUIS CEZAR)

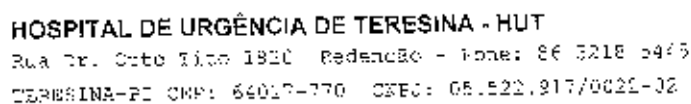
TERESINA - PI 20/04/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

[Handwritten signature and stamp]



Professional Response:



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Celso Tito 1820 - Redenção - Fone: 66 3218 5443

TERESINA-PI CEP: 64014-170 - CAP: 05.922.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467184)
Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 06/02/1987 Idade: 31a/m25d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 208418
Requisição: 815190 Solicitação: 17/02/2018 Solicitante: JOSE RODRIGUES MONCAO NETO
Controle: 1009485 Convênio: S U S CLINICA MEDICA - P08 ENFERMARIA 205 LEITO 103

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 17/02/2018

TORAX PA

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

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 03/04/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1910 Redenção - Fone: 66 3218 5445

TERESINA-PI CNP: 84017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467181)
Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 06/02/1987 Idade: 31a2m4d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 208418
Requisição: 815612 Solicitação: 19/02/2018 Solicitante: HÉRICA MARIA PARENTE ELVAS FEITOSA
Controle: 1009889 Convênio: S U S CLÍNICA MEDICA - P08 ENFERMARIA 205 LEITO 105

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 19/02/2018

TORAX PA

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

- CAMPOS PULMONARES DE TRANSPARENCIA NORMAL.
- SEIOS COSTOFRÊNICOS LIVRES.
- MEDIASTINO SEM ALTERAÇÕES.
- CORAÇÃO E PEDÍCULO VASCULAR DE CONFIGURAÇÃO E DIMENSÕES ANATÔMICAS.
- SONDA NASOGÁSTRICA.
- TUBO TRAQUEAL.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 10/04/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.803.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

[Handwritten signature and stamp]

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

TERESINA-PI CEP: 64017-170 CRED: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MOISES RODRIGUES DE SOUSA SILVA** (Prontuário: 467181)
Endereço: NAO INFORMADO - BAIRROS DOS NOIVOS - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 06/02/1987 Idade: 31a2m10d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 208418
Requisição: 818308 Solicitação: 23/02/2018 Solicitante: HERION ALVES DA SILVA MACHADO
Controle: 1011355 Convênio: S U S CLINICA MEDICA - P05 ENFERMARIA 205 LEITO 105

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170

Data Exame: 23/02/2018

TORAX PA

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

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

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 16/04/2018

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF. 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável


Dra. Fabíola Veras
CRM. 2374

REUMATOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA
* * * * *

ANAMNESE MÉDICA

Atesto, para os devidos fins, que o Sr.
Mário Rodrigues de Souza Silva, foi vítima
de acidente de trânsito, no qual TC e caracte-
rizado por fraturas em Região Parieto-Ceife-
lha e Esparado Divisor, com Neuroma
Síndromico, além de fraturas de C6 e
do Fêmur, submetido ao tratamento cirúrgico
comunitário em unidade de terapia intensiva,
relatando com quadro de Sepsis, fratura
e déficit de memória, em ato de avaliação
para Gênero.

08.08.18

Dra. Fabíola Ferreira H. Veras
Clínica Médica/Reumatologia
CRM 2374

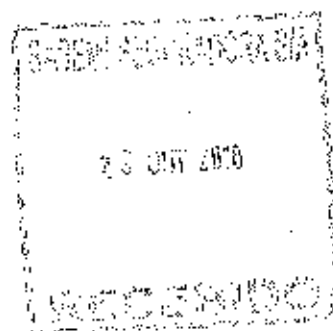

Dra. Fabíola Veras
CRM. 2374

REUMATOLOGIA E CLÍNICA MÉDICA

* * * * *

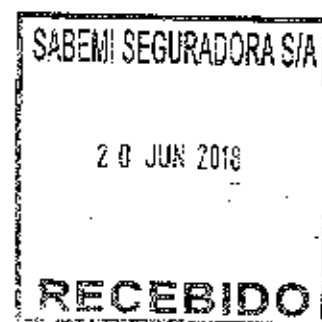
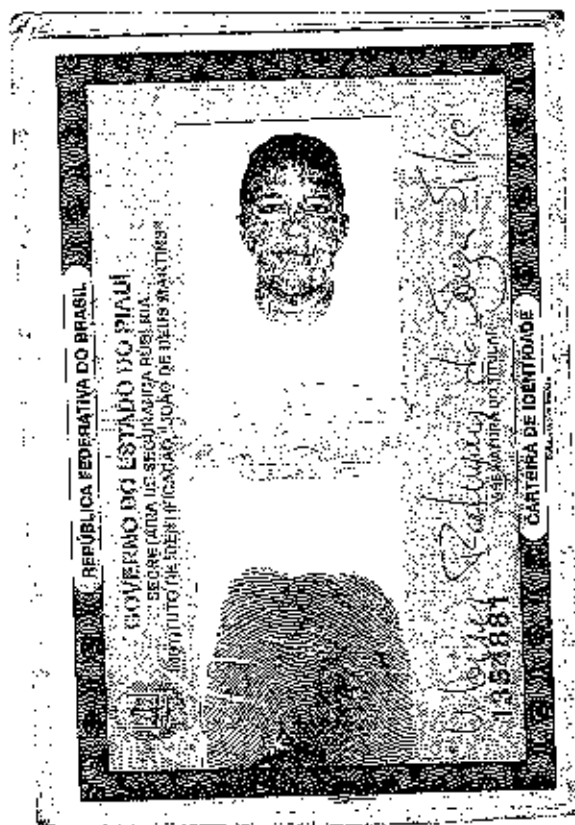
ATENDIMENTO MÉDICO

Atendo, desde 01 de setembro de 2018, que o Sr. Roberto Rodrigues de Souza, 58 anos, filho de Adriano de Souza, residente em Quilombo das Palmeiras, Fátima, Paraíba, com diagnóstico de Doença de Crohn, com histórico de internações, para o tratamento de doença de Crohn, submetendo-se a tratamento clínico, sendo 14 dias em UTI e 10 dias em internação, relatando queixa de dor abdominal e diarria, com perda de peso.



Ass. 15 de 18

Dra. Fabíola Ferreira H. Veras
Clínica Médica/Reumatologia
CRM 2374



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 21.503.799

DATA DE EMISSÃO: 01/02/47

MOBILIDADE: MOISES RODRIGUES DE SOUZA SILVA

PLACAS: ISABEL RODRIGUES DE SOUZA SILVA

NATURALIDADE: MANOEL PEREIRA DA SILVA

TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO: 06/02/1989

CERT. NASC. 101329 A. A125 R. 816

EXP. TERESINA-PI 12/05/87

017.908.488768

1354887

LEI Nº 7118 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

SABEMI SEGURADORA S/A

20 JUN 2018

RECEBIDO



AUTENTICAÇÃO
ASSK 45140

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

DETRAN - PI 9020140224053 Nº 012507157150
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA QDD RENAVAM PLANTÃO DEVERADO
1 270870393 2016

NOME
DENILSON CRUZ SILVA

CPF/CNPJ
00336411319 NIK 4268

PLACA ANT/UF
WAKEL52080015781

ESP/VEÍCULO
MOTORISTA

FOR/REPRESENTAÇÃO
PABX 164

YANHA/FACILITADOR YERIES R
2010 2013

CATEGORIA
FACILITADOR

COPIA UNICA
VENC. COTA UNICA

PREMIO TAMPÃO (R\$) COT (R\$) PARCELAMENTO / COTAS
143,36 292,01

DATA DE REGISTRO
27/10/2016

DATA DE QUITAÇÃO
27/10/2016

DATA
27/10/2016

DATA
27/10/2016

CONTABILIDADE E FINANÇAS SARRAVO
3º OFÍCIO DE NOTAS
Alexsandro Alves da Sousa
Escriturante Autorizado
Teresina - PI

TERESINA CONTABILIDADE E FINANÇAS SARRAVO
INUIR: ANEXAR E COLAR O DOCUMENTO
RENDA/RECEITA/OUTROS 1212 2016/01/2016 TERESINA PI
(011) 3516 1212/01/2016 - Fone: (011) 3516 1212/01/2016

ATENDIMENTO: 6 FOLHAS DE RENDAS DE 1212 2016/01/2016
AUTOR: ALEXSANDRO ALVES DA SOUSA
15/03/2016

2016
2016
2016

PI Nº 012507157150 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvat.org.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2016 DATA EMISSÃO
1/11/2016

CPF/CNPJ
00336411319 PLACA
NIK 4268

RENAVAM
270870393 MARCA/MODELO
YANHA/FACILITADOR YERIES R

ANO FAB. 2010 02 NICHASSI
WAKEL52080015781

PREMIO TARIFARIO
R\$ (R\$) DENATIM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

129,03 14,33 143,36

CUSTO DO BILHETE (R\$) COT (R\$) VENCIMENTO DO SEGURO (R\$)

0,15 1,10 292,01

COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO
27/10/2016

SEGUROADORA LIDER DPVAT

INSP Nº 05.245.086/0001-AN
www.seguroadotalider.com.br

SABEMI SEGURADORA S/A
20 JUN 2016
RECEBIDO