Controle de documentos | Audiências | Upload | Consulta processos - Pro | 0804771-80.2020.8.18.0 | Merge PDF files online.

Não seguro | tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=460540&ca=f4c213f125ec285cb4162d1f...

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

PJe ProceComCiv 0804771-80.2020.8.18.0140

GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO S...

31 Jul 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
  - 11077692 - CONTESTAÇÃO
    - 11077999 - CONTESTAÇÃO (2738486 CONTESTACAO 01)
    - 11078001 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
    - 11078003 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
    - 11078004 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
    - 11078006 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

10:03

11077999 - CONTESTAÇÃO (2738486 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 31/07/2020 10:03:21

15 de 13

downloadBinario.seam 1 / 10

2738486- C3/ 2020-02732/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08047718020208180140

PT 10:04 31/07/2020

Tribunal de Justiça do Piauí
PJe - Processo Judicial Eletrônico

31/07/2020

Número: **0804771-80.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**
Última distribuição : **28/02/2020**
Valor da causa: **R$ 13.000,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA (AUTOR)	FERNANDO GUIMARAES ANDRADE (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11078001	31/07/2020 10:03	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

RECEBIDO

04 AGO 17

GRUPO PROCURADOR ABRAFERI

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

01242755138

1 01117276993 2017

GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA

06872470399 PIT 4873

9C2KC2200HR506994

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA ALCO/GASOL

HONDA/CG 160 FAN ESDI 2017 2017

021/0142CG PARTIC VERDELPA

0

0000005 12

SEGURO PASC

PBT: 000,39

ALIENACAO FIDUCIARIA
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA

TERESINA 09/05/2017

DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

DENATRAN

PLACA: 0124275-5138

06872470399 PIT-4873 2017

2017 09/05/2017

1 06872470399 PIT-4873

01117276993 HONDA/CG 160 FAN ESDI

2017 9C2KC2200HR506994

060,96 005,77 067,73

004,15 000,83 040,77

09/05/2017

SEGURADORA VER-DEVAT

007-205

DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 28/07/2017 do (a) paciente GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

1. Nome: onde consta IGNORADO (GABRIEL REIS) para **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA.**
2. Nome da mãe: onde consta IGNORADO para **SANDRA REIS DOS SANTOS.**
3. Nome do pai: onde consta IGNORADO para **FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA.**
4. Data de nascimento: onde consta 01/01/1999 para **16/07/1998**.
5. Endereço: AV. MARANHÃO – SACY – TERESINA – PI para **RUA JOÃO S ARAUJO(VL D MAZZA), 3851 – SANTO ANTONIO- TERESINA – PI.**

Teresina, 28 de dezembro de 2017

Fábio Marcos de Sousa
Diretor Técnico
Fabio Marcos de Sousa
Hospital de Urgência de Teresina-HUT
Diretor Técnico – HUT

CRM: 3336

RECEBIDO
04 /02/ 20
GRUPO SEGURADOR
PBMASPE

Rua Otto Tito, 1826, Bairro Redenção.
Teresina-PI. CEP 64017-776.
CNPJ 11.577.205/0006-03
86 3218-5199
diretorlageralhut@gmail.com

Diretoria Técnica

HUT

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Gabriel Lin dos Santos Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 449924

RECEBIDO

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".

NEUROCIRURGIA 04
CIR. GERAL 02
ORTOPEDIA 02
SUTURA OK

URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
CNES: 6401777C CNPJ: 05.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: IGNORADO(GABRIEL REIS)		Prontuário: 449924	
Mãe: IGNORADO		Pai: IGNORADO	
End.Resid.: AV MARANHAO - SACY - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 01/01/1999	Idade: 18a:6m:27d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99573-4927
Responsável: IGNORADO		CNS:	
Profissão: IGNORADO		CPF: . . - * RG: -	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 617969	Data: 28/07/2017 06:41:14	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Trajeto?: Não	Típico: Não	CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico (colisão moto x carro) há ± 40 min. Acompanhante relata que esteve sem capacete. Exame físico prejudicado (bastante emmagrado e sonolento). Requerido série trauma p/ avaliação. Apresenta ferimento em cotovelo (D) e em região parietal (E).

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: crânio 07-926
DATA: 28/07/17

PA 100 x 70 mmHg | Pulso: | FC: 80

Diagnóstico Inicial: SaO2 98%

TECNÓLOGO

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de coluna cervical
Rx de tórax
Rx de pelve
Rx de cotovelo (D)
US abdominal
TC de crânio

ALTA: ( )Melhorado ( )Administrativa ( )Curado ( )Por Indisciplina ( )Inalterado ( )Por Evasão ( )A Pedido

( )Retornar à Unid. Origem: ____
( )Transferência: ____
DATA SAÍDA: / / HORA: : :

ÓBITO: ( )Até 24 Hs ( )De 24 a 48 Hs ( )Após 48 Hs

DESTINO: ( )Família ( )IML ( )Anat. Patol.

( )Internação na Unidade
Proced. Solicitado: 30704097
CID Compatível: S068

Rodrigo Bezerra Sousa
Cirurgião Geral
CRM-PI 4346

Prof. Solicitante
Internação:

Ana Antônia de Maria Oliveira
Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO CARLOS SOUSA
Neurocirurgião
CRM-PI 1720

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4072
PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 30/07/2017 05:45:58
(SULE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: IGNORADO(GABRIEL REIS)			Prontuário: 449924
Mãe: IGNORADO		Pai: IGNORADO	
End.Resid.: AV MARANHAO - SACY - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 01/01/1999	Idade: 18a:6m:27d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99574-4827
Responsável: IGNORADO		CNS:	
Profissão: IGNORADO		Documento: CPF:	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 617969	Data: 28/07/2017 06:41:14	Clas. Cor: Indefinido	
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC			Convênio: S U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 28/07/17 08:00 ESPECIALISTA: Neuro

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

TCE - Coma não responsivo
Sem lesão
GCS 9 (AO 2 RM 2 RV: 5) PTFA.

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

TC de crânio
+ MIA transmitral
+ Neurocirurgia / LAD
CD: Internar / TTO conservador.

Carimbo/Assinatura Prof. Parecerista

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 28/07/17 10:10 ESPECIALISTA: Ortopedia

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

Acidente de moto com TCE e Escoriações em Extremidades. ETS: Sonolento / Não Responsivo / Não Colaborativo no exame. FCC, Colar (D) / Escoriações em extremidades / MIE (E).
CE + fratura MIE (E) HD = TCE / Politrauma / fratura [illegible] / Sem dados C Colar [illegible]

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

Alta [illegible] CD = R+ MIE (E) / gesso / Colar (D) / Retorno após Exame
Internado pela Neurocirurgia
Orientação / cuidados de Enfermagem
15:10h Obs = Não foi realizado o R+ abaixo da MIE (E) e um Perfil do Colar (D) da maneira correta
Aguardando realização do exame p/ nova avaliação

Assinatura Médico Plantonista

195109

FMS SUS HUT

No. de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

ID-9388

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3-Nome do estabelecimento Executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	195109

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: IGNORADO(GABRIEL REIS) — 6 - Prontuário: 449924

7-CNS: — 8-Nascimento: 01/01/1999 — 9-Sexo: Masculino

11-Mãe: IGNORADO — 12-Fone: 86-99574-4827

13-Resp: IGNORADO — 14-Cor: Sem Informação

15-Ender: AV MARANHÃO - SAUI - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA — 17-Cod.IBGE: 221100 — 18-UF: PI — 19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Queda elevada (5m) em TCE
Acolado, confuso, inconsciente, ECG=13
TCE cranio-encefálico, hemorragia subaracnóide traumática, pneumotórax

21 - Condições que justificam a internação:

Risco elevado / Necessidade de tratamento especializado

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Anexo

23-Diagnóstico Inicial: — 24-CID Princ: S068 — 25-CID Sec.: — 26-CID Class.:

Outros traumatismos intracranianos

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cod.Proced.: 0303040092 — 27-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)

29-Clínica: — 30-Caráter: 02 — Ident.: 01 — 31-Docum.: CPF — 32-Doc. Méd. Solic.: 888.624.703-63

Dr. Marcu Vinicius G. Santos
Neurocirurgião
CRM 3889

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FABIO MARCOS DE SOUSA — 34-Data Solicitação: 28/07/2017 — 35-Nom.Carimbo Méd.Sol.(CRM):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-( ) Acidente de Trânsito
37-( ) Acidente Trabalho Típico
38-( ) Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora: — 40-No.Bilhete: — 41-Série:

42-CNPJ Empresa: — 43-CNAE Empresa: — 44-CNAE:

45 - Vínculo com a Previdência:
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: — 47-Data Autorização:

48-Documento: ( )CNS ( )CPF — 49-Num. Documento: — 50-Cód. Conselho:

Fabiana Cunha de Oliveira Araújo
Supervisora de Autorização FMS
CPF: 021714713-34

Usuário: MARIA SILVA
Consulta Local: 61/96
Consulta SUS:
Impressão: 28/07/2017 16:30:07

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Gabriel e Andrade Santos

PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA P7

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMETNO	CLÍNICA	ENF. nº APT.	LEITO
Gabriel Reis	449924		NOE Neuro	211	Ext

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES: 28/07/17 TCE - hemorrágico
ALERGIAS: CO = obnubilado, neuroléptico

DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:

MÉDICO ASSISTENTE: NEURO

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
1.	Dieta zero (Visto Nutricionista Cleyde Gonçalves CRN/PI 7151)		REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA DATA 28/07/17 MÉDICO EXAME LAUDO PROVISÓRIO
2.	SF 0,9% 500ml EV 24h	06:55	
	KCL 10% - 10ml/soro		
3.	Ranitidina 1amp + AD EV lento 8/8h	P6	17:31h - Pct consciente, orientado, fácil-co, afebril, eupneico, normocorado. AVP em MSD, sem queixas no momento. Encaminhado p/ P7. Coren-PI 138833 T: 36,5°C PA 14/8 FC: 80
4.	Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h	18 24 06 12	
5.	Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)		
6.	Haldol 1amp IM (SOS) se agitação intensa		
7.	Fenitoína 2ml EV 8/8h	22 06	
8.	SSVV 6/6h		

ANTONIO CARLOS SOUSA
Médico Cirurgião Geral
Cirurgião Oncologista
CRM-PI 2.[illegible]

MÉDICO/CRM:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMETNO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Ignorado (Gabriel Reis) ADM: 28/07/2017	449924	01/01/1999 18a	Neuro	211	Extra

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES: TCE, Guaxinim OE

ALERGIAS: TCG: D4 TCG, LAD c/ TC horizontal

DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO: 31/07/2017

MÉDICO ASSISTENTE: Antonio Carlos

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
			8h Encaminhado p/ TC crânio Sonia G. Bezerra Enfermeira COREN-PI 388.417
1.	Dieta livre		HUT DR. ZENON ROCHA TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
2.	SF 0,9% 500ml EV dia ( )1° KCL 10% 10ml/soro		DATA: 31 07 17 às 08:15
3.	Ranitidina 1amp + AD EV 8/8h	18 22 06	
4.	Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h	18 24 06 12	
5.	Bromoprida 1am p+ AD EV (SOS)		
6.	Fenitoína 2ml + 18ml AD EV 8/8h	14 22 06	18:35h: Pct de alta Hospitalar Sonia G. Bezerra Enfermeira COREN-PI 388.417
7.	Haldol 1amp IM (SOS)		
8.	Tramadol 50mg VO 8/8h (SOS)		
9.	Dimorf 10mg + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h ACM		
10.	SSVV 6/6h		

T Crânio sem complicações
18:30.

MÉDICO/CRM: Antonio Carlos Leonardo Neurocirurgião CRM-PI 3471

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA NEUROLÓGICA DO HU

Clínica Neurológico

CLÍNICA NEUROLÓGICA - POSTO 7 DN ___/___/___ Idade: ___ ENFERMARIA: 211 LEITO: 8 Leito

Data: 31 / 03 2017

NOME: Gabriel Reis

1. **DIH:** **Diagnóstico Médico:**
2. **Avaliação do Estado Mental:** Glasgow: AO ___ RV ___ RM ___
3. **Locomoção:** ( )Deambula ( )Precisa de Ajuda ( )Restrito ao leito por orientação ( )Contido ( )Acamado ( )Paraplegia ( )Tetraplegia ( )Hemiparesia ___ ( ) Déficit Motor: ___
4. **Função Respiratória:** ( )SEM O2 ( )Eupnéico ( )Taquipnéico ( )Dispnéico ( )TQT ( ) COM O2:
5. **Dieta:** ( )VO ( )Boa aceitação ( ) Não aceita ( )Aceitação parcial ( )SNE ( )SNG ( )SOG ( )GTT ( )Zero ( ) Outros:
6. **Abdômen:** ( )Plano ( ) Globoso ( )Semi Globoso ( ) Distendido ( )Escavado ( )Dor à Palpação ( )Indolor à palpação ( )Outros:
7. **Diurese:** ( )Espontânea ( )Fralda ( )Dispositivo Urinário ( )SVD ( )Disúria ( )Hematúria ( )Anúria ( )Oligúria ( )Outros:
8. **Evacuações:** ( )Regular ( )Constipado ___ dias ( )Diarréia ___ dias ( )Outros:
9. **Sono e repouso:** ( )Satisfatório ( )Insatisfatório ___ dias
10. **Drenos:** ( ) Ausência de dreno ( )Sucção ( ) Kher ( )Penrose ( )Tórax ( )NeuroDrain Bolsa Coletora ( )NeuroDrain Pera ( )Outros:
11. **Pele e Mucosas:** ( ) Normocoradas ( )Hipocoradas ( ) Hidratadas ( )Integras ( )Guaxinim - Equimose Periorbitária ___ ( )Batle- Equimose Retroauricular ___ ( )Edema ___ ( )Escoriações ___ ( )Lesão por pressão ___ ( )Outros:
12. **( )ADMISSÃO:**

Estado Emocional: ( )Tranquilo ( )Ansioso ( )Triste ( )Agitado ( )Agressivo

Fatores Riscos: ( ) Fumante ( ) Etilista ( ) Drogas ( ) Obesidade

Alergias: ( )Não ( )Sim, quais?

Comorbidades: ( )Nega ( )DM ( )HAS ( )Cardiopatias Outras

Medicamentos em Uso:

Fala/Linguagem: ( )Sem Alteração ( )Com Alteração:

Acuidade Visual: ( )Presente ___ ( )Ausente ___ ( )Diminuída

Acuidade Auditiva: ( )Presente ___ ( )Ausente ___ ( )Diminuída

Cirurgias Anteriores: ( )Não ( )Sim, quais?

Informações Adicionais:

HORA	TAX	PA	P	R	Glicemia	DIURESE	DRENOS
12h	36,5	130x80					
18h	36,4	119x93	72				
24h							
06h							

Admissão/ Anotações / Evolução

10h pt em BEG, consciente, orientado, hígido, respirando sem apoio de O2, dieta VO com boa aceitação, sem queixas álgicas no momento

Samuel Lopes
Enfermeiro
COREN-PI 283.417

Prescrição, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem: VIRE

PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HUT

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMETNO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Gabriel Reis				211	extra

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:	MÉDICO ASSISTENTE
Glasgow 14 LAD	30/7/17	Neuro

ALERGIAS: Cão. Ovo

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
1.	Dieta Livre		
2.	SF 0,9% 500ml EV 24h		
	KCL 10% - 10ml/soro		
3.	Ranitidina 1amp + AD EV lento 8/8h		
4.	Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h		
5.	Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)		
6.	Haldol 1amp IM (SOS) se agitação intensa		
7.	Fenitoína 100mg IV 08/08h		
8.	SSVV 6/6h		

Livia Borges
Vista Nutricionista
CRN/PI 2215

Dr. Elton Pezerra
CPF: 010.3[illegible].633-70
NEUROCIRURGIA
CRM 5518

MÉDICO/CRM:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção · Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.317/0022-32

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA** **(Prontuário: 449924)**
Endereço: RUA JOAO SIGUEIRA ARAUJO 3851 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000 010
Nascimento: 16/07/1998 Idade: 19a:0m:12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 617069
Requisição: 781660 Solicitação: 28/07/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 948827 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079 Data Exame: 28/07/2017

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:

- FRATURA CRANIANA LINEAR, ALINHADA, NO OSSO FRONTAL ESQUERDO, COM EXTENSÃO AO TETO DA ÓRBITA DESTE LADO.
- DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNOIDE BIPARIETAL.
- MATERIAL HEMÁTICO NO INTERIOR DO SISTEMA VENTRICULAR SUPRA E INFRATENTORIAL (HEMOVENTRÍCULO).
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 28/07/2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS
CPF: 840.719.343-87 CRM 3645
Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.562.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA** **(Prontuário: 449924)**
Endereço: RUA JOAO SIGUEIRA ARAUJO 3851 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/07/1998 Idade: 19a0m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 617969
Requisição: 751661 Solicitação: 28/07/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 946828 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046 Data Exame: 28/07/2017

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(LUIS RONALDO)

TERESINA - PI 28/07/2017

LUIS RONALDO DE CARVALHO SÁ FILHO
CPF: 462.454.993-72 CRM PI 2465
Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 1872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA** **(Prontuário: 449924)**
Endereço: RUA JOAO SIQUEIRA ARAUJO 385 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/07/1996 Idade: 19a:1m:22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 617969
Requisição: 761662 Solicitação: 28/07/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 946829 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034 Data Exame: 28/07/2017

COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil, os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e interapofisários sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 07/08/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsavel

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Cibo 1820 Sodenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-790 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA** **(Prontuário: 449924)**
Endereço: RUA JOAO SIGUEIRA ARAUJO 3851 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 15/07/1998 Idade: 19a1m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 617969
Requisição: 761662 Solicitação: 28/07/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 946830 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170 Data Exame: 28/07/2017

TORAX PA

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

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 07/08/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção Fone: 86 3225 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.417/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA** **(Prontuário: 449924)**
Endereço: RUA JOAO SIGULIRA ARAUJO 3851 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/07/1998 Idade: 19a1m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 617969
Requisição: 761683 Solicitação: 28/07/2017 Solicitante: FAB O MARCOS DE SOUSA
Controle: 948832 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078 Data Exame: 28/07/2017

COTOVELO DIREITO

O estudo radiológico do cotovelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 07/08/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Lima 1880 Redenção - Fone: 86 3229 1872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA** **(Prontuário: 449924)**
Endereço: RUA JOAO S'GUEIRA ARAUJO 3851 - SANTO ANTONIO TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/07/1998 Idade: 19a:0m:15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 195109
Requisição: 762490 Solicitação: 31/07/2017 Solicitante: ANTONIO NUNES MARTINS
Controle: 947790 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 211 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079 Data Exame: 31/07/2017

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.

RELATORIO:

- FRATURA CRANIANA NO OSSO FRONTAL ESQUERDO ESTENDENDO-SE AO TETO DA ÓRBITA ESQUERDA.
- DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE E NO CORNO FRONTAL DO VENTRÍCULO LATERAL DIREITO.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 31/07/2017

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR
CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090
Profissional Responsável

Águas de Teresina

Av. Dirceu Araújo, 1015, Karne - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 273 2000 ou 115 / (86) 3216-3199

FATURA: 13941747-3 | INSCRIÇÃO: 2507600072 | MÊS/ANO: 7/2018

NOME/RAZÃO SOCIAL: SANDRA REIS DOS SANTOS
ENDEREÇO: RUA PEDRO WILSON VERAS, 851 - ASA 005 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 9999-999

INSCRIÇÃO: 008-02045-000025 | GRUPO: 008 | NÚMERO HIDROMÔMETRO: 410X064727

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	LIDO	FATURADO
06/2018	[illegible]	[illegible]
05/2018	[illegible]	[illegible]
04/2018	[illegible]	[illegible]
03/2018	[illegible]	[illegible]
02/2018	[illegible]	[illegible]
01/2018	[illegible]	[illegible]

CATEGORIA: 1 RESIDENCIAL - Normal

LEITURA: ANTERIOR 10/07/2018 581 | ATUAL 15/03/2018 561

DOCUMENTO ASSOCIADO | CONTRATO | CONTA CONTRATO

DATA DE EMISSÃO | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA | QUANT. | VALOR

REFERENCIAL FAIXA DE CONSUMO (M3 L/EN)

VALOR REF. REINT AGUA 11,63
> Resid. octal-Normal 10,0 m3 11,63

REFERENCIAL FAIXA DE CONSUMO (M3 L/ESGOTO)

VENCIMENTO 27/03/2018 | TOTAL A PAGAR 11,63

OCORRÊNCIAS / ANORMALIDADES

MENSAGEM: É A MEDIÇÃO DO CONSUMO MENSAL DE AGUA GARANTINDO O ACESSO AO HIDROMETRO E AJUDANDO A EVITAR O ACUMULO DE VEGETAÇÃO, AREIA E OUTROS MATERIAIS QUE DIFICULTAM A LEITURA DO MEDIDOR.

NOTIFICAÇÃO

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	MÉDIA	VALOR ACEITÁVEL
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	0,36 a 5,00 mg/L
CLORO LIVRE	2.922	2.538	384	7,03	Inferior a 15,00
COR APARENTE	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

RECEBIDO
04 AGO 20
GRUPO SEGURADOR BRASKEM

Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

ATO

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

SAMU 192

Dados do Chamado

01 Nº do chamado: 4322
02 Data do chamado: 28/07/17
03 PRO (código): 2836
04 Saída do PA: 6:13
05 Chegada ao local: 6:25
06 Saída do local: 6:36
07 Chegada ao 1º hospital: 6:41
08 Saída do 1º hospital:
09 Chegada ao 2º hospital:

19-05

Local da Ocorrência

10 Endereço: AV. Maranhão
11 Bairro: Saci
12 Município-UF: Teu - PI
Código IBGE:
13 Ponto de referência: Motel Beira Rio

Dados do Paciente

14 Nome: Gabriel Reis
15 Sexo: (1) Masculino 2- Feminino 9- Ignorado
16 Idade: 18 — 1- Dia 2- Mês 3- Ano 9- Ignorado — Se idade ignorada, preencha com 999
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? (1) Sim 2- Não 9- Ignorado

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência: HUT
(01) - Acidente de transporte
02 - Agressão física-espancamento
03 - Agressão física-FAF
04 - Agressão física-FAB
05 - Urgência psiquiátrica
06 - Tentativa de suicídio
07 - Envenenamento
08 - Afogamento
09 - Queimadura
10 - Choque elétrico
11 - Queda
12 - Urgência clínica
13 - Urgência obstétrica
14 - Transferência
15 - Exames complementares
16 - Outros
17 - Já removido
18 - Falso chamado

04 422 [illegible]

Acidente de Transporte

19 Vítima: (2) Pedestre (2) Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado
20 Meio de locomoção: 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado
21 Outra parte envolvida: (1) Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado
22 Equipamentos de segurança: Capacete Airbag Cinto de segurança Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 12

ABERTURA OCULAR: 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma

RESPOSTA VERBAL: 5- Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma

RESPOSTA MOTORA: 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum

24 Sinais Vitais: Pulso 80 Resp. PA 130x80 TAX. Sat02 98

25 Local da lesão

26 Pupilas: (1) Iguais 2 - Desiguais
27 Pulso: Radial (1) Central (1) — (1) Cheio 2 - Fino 3 - Ausente
28 Sangramento: 1 - Sim 2 - Não
29 Dor: ESCALA DE DOR DE 0 A 10 — 0 Sem Dor, Leve, 3, Moderada, 7, Intensa, 10
30 Fratura: 1 - Sim Exposta Fechada 2-Não 3-Suspeito

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não): protetores, tirantes, cintos
Aspiração (1) Prancha longa/curta (1) Colar cervical (1) Curativos Kred
Oxigênio Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica
Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino: HUT — Não Removido
33 Condições de entrada: 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado
34 Óbito: 1-Sim 2-Não — Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

Paciente 18 anos sinais sugestivos de ingesta alcoólica, apresentando corte em polpa sem sangrar, fraturas, corte na testa. Realizado curativo compressivo.

CONFERE COM O ORIGINAL
Marilia Valeso Cantanhede
Gerente Administrativa SAMU

Dr. Felipe Ayres
Médico
CRM-PI 6641
Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
AE/TE Eliana
Enfermeiro
Condutor Wilson Batista

Versão: 27.11.2011

SAMU 192

PREFEITURA DE MUNICIPAL TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **28/07/2017** foi socorrido pelo SAMU o Paciente. **Gabriel Reis dos Santos Silva,** vítima de acidente de trânsito tendo sido removido pelo SAMU e levada para o Hospital Unimed - Teresina.

Ressaltamos ainda que a equipe rasurou a ficha de registro de atendimento registrando o nome do mesmo de **Gabriel Reis** invés **Gabriel Reis dos Santos Silva.**

RECEBIDO
04 AGO. 2017
GRUPO SEGURADOR BRMAPFRE

Teresina, 07 de Novembro de 2017.

Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administração e Financeira
SAMU

Rua Coronel Luis Ferraz, 3390, Bairro Macaúba, Teresina-PI, CEP 64016-055
CNPJ 17.577.205/0013-70
86 3218 - 2880
fht.samu@teresina.pi.gov.br

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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 a 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulario deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA	068724703-99	28/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	**Telefone (DDD)**
	(86) 99543867

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.

RECEBIDO
04 FEV 2018
CARGO SEGURADOR

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 28 de MAIO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017

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

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO DRCT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001032/2018-28

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Responsável pelo Registro:** Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 19/03/2018 - 14:36

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora
28/07/2017 - 05:45

Tipo Local
VIA PÚBLICA

Município
TERESINA

Bairro
SACI

Endereço
AV. MARANHÃO, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA 19 ANOS Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante
RG: 3467838
Mãe: SANDRA REIS DOS SANTOS
Endereço: RUA JOÃO SIRQUEIRA ARAUJO, Nº 3851
Bairro: SANTO ANTÔNIO
Cidade: TERESINA
Telefone(s): 86-9475-6631

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 160, ANO 2017, PLACA PIT-4873, PROPRIETÁRIO/CONDUTOR, ACIMA QUALIFICADO, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA AVENIDA MARANHÃO, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, ONDE O MESMO FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA O HUT, PRONTUÁRIO 449924. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 3097616
AGENTE DE POLÍCIA

GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA 19 ANOS - Noticiante
Responsável pela Informação

Almiralice R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 309761-6

Delegado de Polícia

RECEBIDO
04 ABR. 2018
GRUPO ACUSADOR
BBMAPPE

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180154138**
Vitima: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA**
Data do Acidente: **28/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180154138**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **28/07/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado.**

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01387/01388 - carta_04 - INVALIDEZ

00050694

Carta nº 12683164

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima: 068724703-99

Nome completo da vítima: GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA
CPF titular da conta: 068724703-99
Profissão: AJUDANTE
Endereço: RUA PEDRO WILSON VERAS CASA 005
Número: 3851
Complemento: CASA
Bairro: SANTO ANTONIO
Cidade: TERESINA
Estado: PIAUÍ
CEP: 64000 000
Email:
Telefone (DDD): (86) 99458662

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

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☒ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 1987 DV: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 10524 DV: 0 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:
AGÊNCIA NRO.: DV: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: DV: (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.

TERESINA 28 de MARÇO de 2018
Local e Data

Gabriel Reis dos Santos Silva
Campo 1 – Assinatura do Beneficiário

Gabriel Reis dos Santos Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1987 - PARQUE PIAUI, PI
DATA: 27/03/2018 HORA: 11:06:21
TERMINAL: 1805 NSU: 000088 AUT.: 0017

COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 1987/013/00.105.024-0
NOME: GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA
DEPOSITANTE:
GABRIE REIS

VALOR TOTAL: 300.00
VALOR DINHEIRO: 300.00

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios
SAC CAIXA 0800 726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0300 725 7474
www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente

RECEBIDO
04/03/2018
GRUPO DEGRAVAÇÃO
PARAÍSO

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180154138**
Vitima: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA**
Data do Acidente: **28/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180154138.**

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.b**r 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

Pag. 00913/00914 - carta_01 - INVALIDEZ

00020457

Carta nº 12626573

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0152540/19

Número do Sinistro: 3190310011

Vítima: GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA

Data do acidente: 28/07/2017

CPF: 068.724.703-99

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA : 068.724.703-99

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 20/05/2019 Nome: GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA CPF: 068.724.703-99	Data do cadastramento: 20/05/2019 Nome: SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA CPF: 441.172.858-31
GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA	SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA

Diretoria Técnica

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Gabriel Reis dos Santos Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 449924

RECEBIDO
07 AGO 2020

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DO PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPETIR DUZIR COPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO"

URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Fito 1820 Redenção - Fone: UG 3229 4872
BR-21 CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.017/0033-07

NEUROCIRURGIA
CIR. GERAL
ORTOPEDIA
SUTURA

FICHA DE ENTRADA - HE

DO PACIENTE:

Nome: IGNORADO (GABRIEL REIS)

Prontuário: 449924

Mãe: IGNORADO	Pai: IGNORADO
End.Resid.: AV MARANHÃO - SACY - TERESINA - PI - CEP: 64000-010	
Nascimento: 01/01/1993	Idade: 18a:6m:27d
Sexo: Masculino	Fone: 86-99574-4827
Responsável: IGNORADO	CRS:
Profissão: IGNORADO	CPF: - - - RG: -
G. Instrução: Não Informado	E.Civil: Ignorado
End.Local.: - - -	

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 617969 | Data: 28/07/2017 06:41:14 | Condições: AMBULANCIA DO SAMU

Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | Convênio: S U S

Acid.Trab.: Não | Trânsito?: Não | Tipico: Não | CID Secundário: T299

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico (colisão moto x carro) [illegible] acompanhante relata que esteve sem capacete [illegible] inconsciente, taquipneico, taquicardico, [illegible] abdomen, [illegible] fraturado [illegible]

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: crânio 01:18h
DATA: 28/07/17

Temp: 36 | Pulso: | PA: 80 | Saturação Inicial: 98%

TECNÓLOGO

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de coluna cervical
Rx de tórax
Rx de pelve
Rx de membro (D)
US abdominal
TC de crânio

ALTA: ( ) Melhorado ( ) Administrativa ( ) Obito ( ) Por Indisciplina ( ) Inalterado ( ) Por Evasão (X) Pedido

( ) Retornar à Unid. Origem: ___
( ) Transferência: ___

Data Saída: / / Hora:

( ) Internação na Unidade
Proced. Solicitado: 3070407
CID Compatível: S068

Prof. Solicitante
Informação:

DESTINO: ( ) Família ( ) INSS ( ) Assist. Estol.

OBITO: ( ) Até 24 Hs ( ) De 24 a 48 Hs ( ) Após 48 Hs

Médico Assistente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - CE

URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua 1820 Redenção - Fone: 86 3225 4872

CNPJ CGC: 6001?-770 CNES: 05.527.917/0022-02

Emp: 28/07/2017 06:41:14

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: IGNORADO(GABRIEL REIS)		Prontuário:	448924
Mãe: IGNORADO	Pai: IGNORADO		
End.Residen.: AV MARANHAO - SAOF - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 01/01/1999	Idade: 18a6m27d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99574-4827
Responsável: IGNORADO		CNS:	
Profissão: IGNORADO		Documento: CPF: - - -	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 617969	Data: 28/07/2017 06:41:14	Clas. Cor: Indefinida
Motivo do Pedido: ACIDENTE DE TRANSITO VITIMA DE MOTOCICLETA (MOTOC		Convênio: U S

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 28/07/17 08:00 ESPECIALISTA: Ortopedia

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

TCE - Alerta orientado

GCS 9 (A= 2 M=3 V=4) DTA.

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

TC de crânio

HSA tomografia

Neurocirurgia / LAD

CQ: Internar / TTO conservador.

Carimbo/Assinatura Prof.

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 28/07/17 10:10 ESPECIALISTA: Ortopedia

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Acidente de moto com TCE e escoriações em membros. ET= Sonolento / não responsivo / não obedecendo ordens. ECG. Glasgow (9) / escoriações em extremidades, / mto (E).

(6/5:- TCE + fratura mto (E) HD= TCE / Politrauma / fratura [illegible]

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

Alerta orientado (Q= Lt mto (E) / pelvis / Glasgow (D) / Retorno após exame

Internado pela Neurocirurgia

Orientação / sala de Gesso

(5:10M Obs= Não foi realizado o Lt obrigatório da mto (E) e um perfil do Glasgow (D) da maneira correta.

Aguardo realização do exame p/ nova avaliação.

195109

SUS HUT

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

ID-9388

PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:	2-CNES	Código da Internação:
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	
3-Nome do estabelecimento executante:	4-CNES	
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT	5828856	195109

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: IGNORADO(GABRIEL REIS) 6 - Prontuário: 449924

7-CNS: 8-Nascimento: 01/01/1999 9-Sexo: Masculino

11-Mãe: IGNORADO 12-Fone: 86-01574-4837

13-Resp: IGNORADO 14-Cor: Sem Informação

15-Ender: AV MARANHÃO - SAIX - CEP: 64000-020

16-Município: TERESINA 17-Cod.IBGE: 221100 18-UF: PI 19-CEP: 64000-020

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Quado dando (SIC) em TCE

21 - Principais resultados de provas diagnósticas (Especificação de exames realizados):

Necessidade do tratamento especializado

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Especificação de exames realizados):

Assim

23-Diagnóstico Inicial: 24-CID Princ: 25-CID Sec.: 26-CID Causas

Outros traumatismos intracranianos S06B

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cód.Proced.: 29-Procedimento Solicitado:

0309040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MÉDIO)

25-Clínica: 30-Caráter: 01 Ident.: 02 31-Docum.: CPF 32-Doc. Méd. Solic.: 888.624.703-68

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FABIO MARCOS DE SOUSA

34-Data Solicitação: 28/07/2017

35-Ass.Carimbo Méd.Sol.:

PRENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36-( ) Acidente de Trânsito
37-( ) Acidente Trabalho Típico
38-( ) Acidente Trabalho Trajeto

39-CNPJ Seguradora: 40-Seguro: 41-Apólice:

42-CNPJ Empresa: 43-CNPJ Empresa: 44-CNAE:

45 - Vínculo com a Previdência:
( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador: 47-Data Autorização:

48-Documento: ( )CNS ( )CRM 49-Núm. Documento: 50-Cód. Conselho

Usuário: [illegible]
Consulta Inicial: [illegible]
Consulta SUS:
Impressão: 28/07/2017 [illegible]

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Gabriel Andrade Santos

PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

P7

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Gabriel Reis	449924		NOE NEURO	211	Cot

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO	MÉDICO ASSISTENTE
28/07/17 TCE - Hemorrágico em observação neurológica		NEURO

ALERGIAS

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
			REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA DATA 28/07/17 MÉDICO EXAME LAUDO PROVISÓRIO
1.	Dieta 1200 Vista Nutricionista Glende Sanfanna CRN/PI 7561		
2.	SF 0,9% 500ml EV 24h	08:55	
	KCL 10% - 10ml/soro		
3.	Ranitidina 1amp + AD EV lento 8/8h	P6	17:35h - Pct consciente, orientado, fácies
4.	Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h	24/07 10	co, abdome eupneico, normocorado,
5.	Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)		PVP em MSD, sem [illegible]
6.	Haldol 1amp IM (SOS) se agitação intensa		encaminhado p/ P7.
7.	Fenitoína 2ml 8/8h	06	T: 34,5°C, [illegible]
8.	SSVV 6/6h		

MÉDICO/CRM:

PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Ignorado (Gabriel Reis) ADM: 28/07/2017	449924	01/01/1999 18a	Neuro	211	Extra

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES: TCE, Guaxinim OE

ALERGIAS: TCG: D4 TCE L AD c/ TC inicial

DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO: 31/07/2017

MÉDICO ASSISTENTE: Antonio Carlos

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
			PA Encaminhada p/ TC cranio
1.	Dieta livre		
2.	SF 0,9% 500ml EV dia ( )1° KCL 10% 10ml/soro		AUT DR. ZENON ROCHA EM: DATA: 31/07 a 08/15
3.	Ranitidina 1amp + AD EV 8/8h	14 22 06	
4.	Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h	18 24 06 12	
5.	Bromoprida 1am p+ AD EV (SOS)		
6.	Fenitoina 2ml + 18ml AD EV 8/8h	14 22 06	18:35h: pct de alta hospitalar
7.	Haldol 1amp IM (SOS)		
8.	Tramadol 50mg VO 8/8h (SOS)		
9.	Dimorf 10mg + 7ml AD - fazer 3ml EV 4/4h ACM		
10.	SSVV 6/6h		
	T Comw com amplicação		
	18:30: Alta		

MÉDICO/CRM:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA NEUROLÓGICA DO HUT

CLÍNICA NEUROLÓGICA - POSTO 7 DN ___ / ___ / ___ Idade: ___ ENFERMARIA: 211 LEITO: 6/6a

Data: 31 / 07 / 2012

NOME: Gabriel Reis

1. **DIH:** **Diagnóstico Médico:**
2. **Avaliação do Estado Mental:** Glasgow: AO ___ RV ___ RM ___
3. **Locomoção:** ( )Deambula ( )Precisa de Ajuda ( )Restrito ao leito por orientação ( )Confuso ( )Acamado ( )Paraplegia ( )Tetraplegia ( )Hemiparesia ___
   ( ) Déficit Motor:
4. **Função Respiratória:** ( )SEM O2 ( )Eupnéico ( )Taquipnéico ( )Dispnéico ( )TQT ( ) COM O2:
5. **Dieta:** ( )VO ( )Boa ingestão ( ) Não aceita ( )Aceitação parcial ( )SNE ( )SNG ( )SOG ( )GTT ( )Zero ( ) Outros:
6. **Abdômen:** ( )Plano ( ) Globoso ( )Semi Globoso ( ) Distendido ( )Escavado ( )Dor à Palpação ( )Indolor à palpação ( ) Outros:
7. **Diurese:** ( )Espontânea ( )Fralda ( )Dispositivo Urinário ( )SVD ( )Disúria ( )Hematúria ( )Anúria ( )Oligúria ( )Outros:
8. **Evacuações:** ( )Regular ( )Constipado ___ dias ( )Diarréia ___ dias ( )Outros:
9. **Sono e repouso:** ( )Satisfatório ( )Insatisfatório ___ dias
10. **Drenos:** ( ) Ausência de dreno ( )Sucção ( ) Kher ( )Penrose ( )Tórax ( )NeuroDrain Bolsa Coletora ( )NeuroDrain Pera ( )Outros:
11. **Pele e Mucosa:** ( ) Normocoradas ( )Hipocoradas ( ) Hidratadas ( )Íntegra ( )Giordano - Equimose Periorbitária ___ ( )Batle- Equimose Retroauricular ( )Edema ___ ( )Escoriações ___ ( )Lesão por pressão ___ ( )Outros:
12. **( )ADMISSÃO:**

Estado Emocional: ( )Tranquilo ( )Ansioso ( )Triste ( )Agitado ( )Agressivo

Fatores Risco: ( ) Fumante ( ) Etilista ( ) Drogas ( ) Obesidade

Alergias: ( )Não ( )Sim, quais? ___

Comorbidades: ( )Nega ( )DM ( )HAS ( )Cardiopatias Outras ___

Medicamentos em Uso:

Fala/Linguagem: ( )Sem Alteração ( )Com Alteração: ___

Acuidade Visual: ( )Presente ___ ( )Ausente ___ ( )Diminuída ( )Diminuída

Acuidade Auditiva: ( )Presente ___ ( )Ausente ___

Cirurgias Anteriores: ( )Não ( )Sim, quais? ___

Informações Adicionais:

HORA	TAX	PA	P	R	Glicemia	DIURESE	DRENOS
12h	36,5	130x80					
18h	36,4	119x75	72				
24h							
06h							

Admissão/ Anotações / Evolução

Adm. pc em BEG, consciente, orientado, fásico, deambulando sem apoio, dieta VO com boa aceitação, sem queixas específicas no momento. [illegible]

Prescrição Medicamentosa e Intervenção de Enfermagem: VIRE

PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. DO APT.	LEITO
Gabriel Reis				211	extra

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES: Glasgow 14 LAD

ALERGIAS: Cão. Odo

DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO: 30/7/17

MÉDICO ASSISTENTE: Neuro

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
1. Dieta Livre		
2. SF 0,9% 500ml EV 24h		
KCL 10% - 10ml/soro		
3. Ranitidina 1amp + AD EV lento 8/8h		
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h		
5. Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)		
6. Haldol 1amp IM (SOS) se agitação intensa		
7. Fenitoína 100mg, IV, 08/08h		
8. SSVV 6/6h		

Dr. Elton Pizerra
CRM 6516

MÉDICO/CRM:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otílio Filho 2820 Redenção - Zona: 86 3221 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Nome: GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA (Prontuário: 449924)
Endereço: RUA JOAO SIGUEIRA ARAUJO 3051 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/07/1998 Idade: 19a.0m.12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 617939
Exame: 761660 Solicitação: 28/07/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Leito: 546827 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

SIA: 0208310079 Data Exame: 28/07/2017

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

FRATURA CRANIANA LINEAR, ALINHADA, NO OSSO FRONTAL ESQUERDO, COM EXTENSÃO AO TETO DA ÓRBITA DESTE LADO.
DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE BIPARIETAL.
MATERIAL HEMÁTICO NO INTERIOR DO SISTEMA VENTRICULAR SUPRA E INFRATENTORIAL (HEMOVENTRÍCULO).
AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

TERESINA - PI 28/07/2017

RAPHAEL VELOSO NUNES MARTINS
CPF: 940.719.343-87 CRM 2545
(Profissional Responsável)

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tico 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4072
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA** **(Prontuário: 449924)**
Endereço: RUA JOAO SIGUEIRA ARAUJO 3051 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 16/07/1998 Idade: 19a0m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIAEMERG Atendimento: 617960
Requisição: 781681 Solicitação: 28/07/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Convênio: 946020 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 28/07/2017

US DE ABDOME TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, com conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(LUISRONALDO)

TERESINA - PI 28/07/2017

LUIS RONALDO DE CARVALHO SÁ FILHO
CPF: 462.454.993-72 CRM PI 2465
Proctological (Responsável)

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1020 Redenção Fone: 86 3229 4802
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA** **(Prontuário: 449824)**
Endereço: RUA JOAO SIGUEIRA ARAUJO 3851 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/07/1998 Idade: 19a;1m;22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 817969
Requisição: 781652 Solicitação: 28/07/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 948829 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 28/07/2017

COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado nas incidências em perfil, os seguintes aspectos foram observados:

- Corpos e arcos vertebrais anatômicos.
- Espaços intervertebrais conservados.
- Articulações unco-vertebrais e interapofisários sem alterações.

CONCLUSÃO: Exame normal.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 07/08/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.599.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA** (Prontuário 449924)
Endereço: RUA JOAO SIGUEIRA ARAUJO 3057 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 18/07/1998 Idade: 19a1mo22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 617959
Requisição: 761652 Solicitação: 28/07/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 945830 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204030170 Data Exame: 28/07/2017

TORAX PA

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

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

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL

(LUIS CEZAR) TERESINA - PI 07/08/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 135.903.173-68 CRM-PI 1341
Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Lira 2820 Ininga - Fone: 86 3229 4672
TERESINA PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.599.917/0022-62

LAUDO MÉDICO

Paciente: GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA (Prontuário: 440924)
Endereço: RUA JOAO SIGUEIRA ARAUJO 3251 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/07/1998 Idade: 19a:1m:22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 617589
Requisição: 761803 Solicitação: 28/07/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Convênio: 948832 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040078

Data Exame: 28/07/2017

COTOVELO DIREITO

O estudo radiológico do cotovelo direito foi realizado nas incidências em pa/perfil, os seguintes aspectos foram observados:

- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Aumento de volume de partes moles.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 07/08/2017

CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CPF: 133.903.173-68 CRM PI 13ar
Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Lima 1620 Jóquei - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA** **(Prontuário: 449924)**
Endereço: RUA JOAO SIGUEIRA ARAUJO 3851 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/07/1996 Idade: 19anos15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 165109
Requisição: 762450 Solicitação: 31/07/2017 Solicitante: ANTONIO NUNES MARTINS
Contrato: 947790 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 211 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010078 Data Exame: 31/07/2017

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

- FRATURA CRANIANA NO OSSO FRONTAL ESQUERDO ESTENDENDO-SE AO TETO DA ÓRBITA ESQUERDA.
- DISCRETA HEMORRAGIA SUBARACNÓIDE E NO CORNO FRONTAL DO VENTRÍCULO LATERAL DIREITO.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
  AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 31/07/2017

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR
CPF: 698.858.303-15 CRM-PI 3050
Profissional Responsável

RECEBIDO
31 MAIO 2018

FMS
Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO DE ENFEMAGEM	HORÁRIO
1) Verificar e anotar sinais vitais de 6/6hs;	12 18 – 24 06
2) Supervisionar, Orientar, Auxiliar e encaminhar ao banho;	M
3) Registrar aceitação da dieta prescrita;	M T N
4) Registrar frequência e características das eliminações fisiológicas;	ATENÇÃO
5) Promover conforto;	M T N
6)Comunicar e registrar queixas álgicas/ fácies álgicas;	ATENÇÃO
7) Comunicar alteração no perfil neurológico;	ATENÇÃO
8) Avaliar presença de lesão por pressão em proeminências ósseas e, se necessário, promover mudança de decúbito de 2/2 horas; OBS: Se TRM, promover mudança em Bloco;	ATENÇÃO
9)Curativo: ( )sim ( )não Região: Secreção: ( ) Sim ( ) Não ( )sanguinolenta ( )serosa ( )Purulenta ( )outros Odor: ( ) Sim ( ) Não Cobertura:	ATENÇÃO
10)Medir e Anotar débitos de drenos e sondas;	ATENÇÃO
11)Presença de dreno: ( )Não ( )Sim, Se PO HED: Dreno de drenagem sanfonado e cabeceira 30°; Se HSDC: Dreno sem vácuo na altura do pavilhão auditivo e manter cabeceira a 0° ou conforme prescrição médica;	ATENÇÃO
12)Manter cabeceira de TRM conforme prescrição médica; Em TRM cervical geralmente é elevada desde que não flexione o pescoço; Em TRM toracolombar pode ser elevada em até 40° conforme figura ao lado →	Atenção ATENÇÃO
13)Demais pacientes: Cabeceira Elevada 30°, ou conforme prescrição médica;	ATENÇÃO
14)Orientar repouso no leito, se suspeita ou diagnóstico de aneurisma, orientar repouso absoluto;	ATENÇÃO
15)Estimular ingesta hídrica, exceto para pacientes em jejum,	ATENÇÃO
16) Outros:	

ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
( ) Higiene corporal prejudicada	Orientar na escovação e no enxague da boca, conforme capacidade do seu cuidado SUPERVISIONAR, ORIENTAR, ENCAMINHAR E AUXILIAR NO BANHO
( ) Ferida cirúrgica	Avaliar e descrever processo de cicatrização da ferida cirúrgica; Oferecer alívio da dor mediante analgésia prescrita
( ) Padrão de Eliminação prejudicado	Controlar diurese das 24 h. Avaliar a presença de edema no corpo.
( ) Defecação prejudicada	Estimular a deambulação; Monitorar sinais de Diarréia ou constipação; Monitorar as eliminações intestinais;
( )Perfusão das pernas debilitada	Administrar antigeorrágica se necessário; Investigar sinais de hemorragia;
( ) Risco para úlcera de pressão	Prevenir úlcera de pressão; Supervisionar a pele; Manter pele limpa e seca; Monitorar a cor, temperatura, edema, qualidade e aparência circunvizinha.
( ) Mobilidade no leito prejudicada	Mudar a posição do paciente, a cada 2 h; Mudança de Decúbito em bloco para TRM; Repouso no leito para pacientes com Aneurisma; Incentivar deambulação dentro dos limites seguros para os demais pacientes.
( ) Risco de queda	Auxiliar a pessoa com firmeza na deambulação; Usar técnica correta para transferir o paciente para cadeira de rodas/ cama/banheiro
( ) Risco de aspiração.	Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse e capacidade de deglutir; Manter via aérea; Posicionar o paciente em decúbito de 90°; Manter disponível aspirador; Evitar alimentar paciente se houver grande volume residual;
( ) Sono e repouso prejudicados	Oferecer ambiente calmo
( ) Risco para infecção.	Orientar uso de álcool gel antes de entrar na enfermaria/ unidade precaução; Manter higiene; Prevenir lesões na pele; Proteger a pele contra infecções; Troca do curativo do acesso central a cada 24 h; Trocar acesso periférico a cada 72h.
( ) Outros	

...cura Municipal de Teresina

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

SAMU 192

Dados do Chamado

01 Nº do chamado: 4329
02 Data do chamado: 28/07/14
03 PRO (código): 28B5
04 Saída da PA: 6:13
05 Chegada ao local: 6:25
06 Saída do local: 6:16
07 Chegada ao 1º hospital: 6:41
08 Saída do 1º hospital:
09 Chegada ao 2º hospital:

Local da Ocorrência

10 Endereço: AV: Marginal
11 Bairro: Saci
12 Município-UF: Teresina - PI — Código IBGE
13 Ponto de referência: Hotel Beira Rio

Dados do Paciente

14 Nome: Gabriel Reis
15 Sexo: 1-Masculino 2-Feminino 9-Ignorado
16 Idade: 18 — 1-Dia 2-Mês 3-Ano 4-Ignorado — Se idade ignorada, preencha com 999
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência: 01 - Acidente de transporte HUT
02 - Agressão física-espancamento
03 - Agressão física-FAF
04 - Agressão física-FAB
05 - Urgência psiquiátrica
06 - Tentativa de suicídio
07 - Envenenamento
08 - Afogamento
09 - Queimadura
10 - Choque elétrico
11 - Queda
12 - Urgência clínica
13 - Urgência obstétrica
14 - Transferência
15 - Exames complementares
16 - Outros
17 - Já removido
18 - Falso chamado

Acidente de Transporte

19 Vítima: 1-Pedestre 2-Condutor 3-Passageiro 9-Ignorado
20 Meio de locomoção: 1-A pé 2-Automóvel 3-Motocicleta 4-Bicicleta 5-Ônibus/Micro-ônibus 6-Outro 9-Ignorado
21 Outra parte envolvida: 1-Automóvel 2-Motocicleta 3-Ônibus/Micro-ônibus 4-Bicicleta 5-Objeto fixo 6-Animal 7-Outro 9-Ignorado
22 Equipamentos de segurança: Capacete, Airbag, Cinto de segurança, Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 12
ABERTURA OCULAR: 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma
RESPOSTA VERBAL: 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma
RESPOSTA MOTORA: 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhuma
24 Sinais Vitais: Pulso 81, Resp., PA 150x90, TAX., Sat02 98
25 Local da lesão
26 Pupilas: 1-Iguais 2-Desiguais
27 Pulso: Radial 1-Cheio 2-Fino 3-Ausente; Central
28 Sangramento: 1-Sim 2-Não
29 Dor: ESCALA DE DOR DE 0 A 10 — 0 Sem Dor, Leve, 3, Moderado, 7, Intenso, 10
30 Fratura: 1-Sim Exposta Fechada 2-Não 3-Suspeita

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não): Aspiração, Oxigênio, Curativos, Prancha longa/curta, Colar cervical, Kred, Imobilização de extremidades, Reanimação cardiopulmonar, Assistência obstétrica, Glicemia, Acesso venoso, Medicamentos a) b) c) Kétoprofeno, Dipirona, Cloro
RECEBIDO

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino: HUT
33 Condições de entrada: 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado
34 Óbito: Antes do socorro, 1-Sim 2-Não, Durante o transporte
Gr. Não Removido

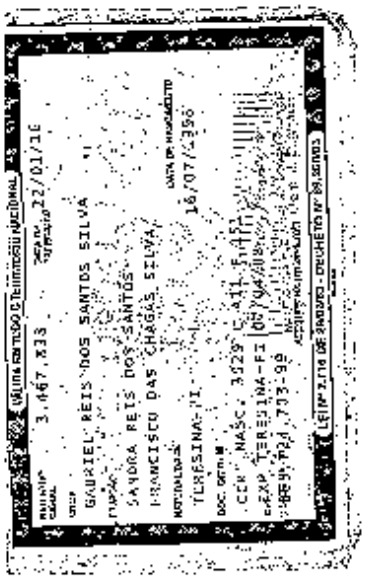
Paciente 18 anos, sinais hepáticos de ingesta alcoólica, [illegible] Glasgow 12, [illegible] quadro compressivo [illegible], sem sinais de trauma. Realizado [illegible]

CONFERE COM O ORIGINAL
Gerente Administrativa SAMU

Dr. Felipe Artes
Médico
CRM-PI 5641
Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
Enfermeiro
Condutor Wilson Pinto

Teresina, 27.11.2014



RECEBIDO
07 MAR 2019
GRUPO SEGURANÇA
SENASPE

RECEBIDO
07 MAR 2019
GRUPO SEGURANÇA
SENASPE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PI Nº 01393813633
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	PLACA	EXERCÍCIO
1	01117276993		2019

NOME
GADRIEL PRIO DOS SANTOS SILVA
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF/CNPJ	LACRE
06872470399	PIT-4073

PLACA ANT/UF	CHASSI
	9C2KC2200HR508946

COMBUSTÍVEL	CONSUMO
FAB/MOTOCICLO/MENHUMA	ALCOOL/GAS

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 160 FAN ESDI	2017	2017

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
002P/0163CC	PARTICU	VERMELHA

IPVA

CONTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
		1ª IPVA
		2ª
		3ª PAGO

VALOR IPVA	PARCELAMENTO COTAS

SEGURO PAGO

VALOR DO SEGURO	PRÊMIO TOTAL	DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES
A/TTB - ADMINISTRADORA DE CONS NAC NOV DR

LOCAL	DATA
VERELSINA	21/03/2019

ASSINATURA DO AGENTE
DATRAN (PRAZO DEFINIDO - PI)

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 01393813633 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2019	21/03/2019

VIA	CPF/CNPJ	LACRE
1	06872470399	PIT-4073

RENAVAM	MARCA/MODELO
01117276993	HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB.	CILINDRADA	Nº CHASSI
2017	09	9C2KC2200HR508946

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00	000,00	000,00
000,00	000,00	000,00

COMUNICADO	VENCIMENTO
☐ COMUNICADO	☐ PARCELADO 11/03/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

RECEBIDO
07 MAI 2019
GRUPO SEGURADOR
30 MAI 2019

HONDA
Consórcio

CITE SALVADOR BA PL11
GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA
R JOAO SIQUEIRA ARAUJO LT 5 CS 3851, 3851 SOCIEDADE ESPIRITA
SANTO ANTONIO
64032-450 TERESINA PI

cepisa

SEU CEPISA

019320450

ABRIL/2019 04-04-2019

SEÑORA REIS DOS SANTOS
R. PE MELO 3851 4021
CPF: 03855461500872

U-URBANO

	13904		03/04/2019
	13806		01-03-2019
	1,000		02-05-2019
	04		01-04-2019
	05		01-04-2019

NORMAL

MAR/20	23
FEV/19	123
JAN/19	82
DEZ/18	61
NOV/18	150
OUT/18	221
SET/18	303
AGO/18	196
JUL/18	265
JUN/18	166

CONSUMO 04 A 05 0,007770 - 65,04
CONTR. ILUMINAÇÃO PÚB. (COSIP) 7,38

NOTIFICAÇÃO DE AVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

REVISÃO TARIFÁRIA EXTRAORDINÁRIA MÉDIA DE -1,15% A PARTIR DE 05/04/2019 - CONFORME RESOLUÇÃO ANEEL 2.521/2019. DÚVIDAS LIGUE 0800 280 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15 20 25 28 29 Parabéns! Até o dia 22-04-2019, não consumiu energia acima da média nessa Unidade Consumidora.

RECEBIDO
07 MAI 2019
PROTEGURADOR
ASMARE

	17,09		
	34,53		
	5,84		
	2,85		
		65,04	66,33
		22,00%	
			14,58

HUT Teresina

DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos por solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 28/07/2017 do (a) paciente GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA o(s) seguinte (s) dado(s) abaixo:

1. Nome: onde consta IGNORADO (GABRIEL REIS) para **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA.**
2. Nome da mãe: onde consta IGNORADO para **SANDRA REIS DOS SANTOS.**
3. Nome do pai: onde consta IGNORADO para **FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA.**
4. Data de nascimento: onde consta 01/01/1999 para **16/07/1998**.
5. Endereço: AV. MARANHÃO – SACY – TERESINA – PI para **RUA JOÃO S ARAUJO(VL D MAZZA), 3851 – SANTO ANTONIO- TERESINA – PI.**

Teresina, 28 de dezembro de 2017

Fábio Marcos de Sousa
Diretor Técnico
CRM 6336
Hospital de Urgências de Teresina-HUT

Fabio Marcos de Sousa
Diretor Técnico – HUT
CRM: 6336

RECEBIDO
07 MAIO 2019
GRUPO SEGURADOR
BSMAFPPS

RECEBIDO
07 MAIO 2019
GRUPO SEGURADOR

Rua Olto Tito, 1020, Bairro Redenção, Teresina-PI, CEP 64001-270, CNPJ: 14.472.356/0001-00
86 3218-6199
site.saude@gmail.com

SAMU 192

PREFEITURA DE MUNICIPAL TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que no dia **28/07/2017** foi socorrido pelo SAMU o Paciente. **Gabriel Reis dos Santos Silva,** vítima de acidente de trânsito tendo sido removido pelo SAMU e levada para o Hospital Unimed - Teresina.

Ressaltamos ainda que a equipe rasurou a ficha do registro de atendimento registrando o nome do mesmo de **Gabriel Reis** invés **Gabriel Reis dos Santos Silva**.

Teresina, 07 de Novembro de 2017.

Marília Voloso Cantanheda
Gerente Administração e Financeira
SAMU

RECEBIDO
07 MAIO 2019
GRUPO SEGURADOR
BMAFPRE

RECEBIDO
07 MAIO 2019
GRUPO SEGURADOR
BMAFPRE

Rua Dionisio Luís Fonseca, 2890, Bairro Marvila
Teresina-PI CEP 64016-000
CNPJ 07.200.000/0001-00

86 3218 - 2880

samu@teresina.pi.gov.br

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro (AVISO)	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
31903100011	068.724.707-99	GABRIEL RÉIS DOS SANTOS SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 425/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: GABRIEL RÉIS DOS SANTOS SILVA — CPF: 068.724.707-99

Profissão: RECUSO — Endereço: RUA TEÓFILO SIQUEIRA ARAÚJO LT 05 — Número: 581 — Complemento: CASA

Bairro: SANTO ANTÔNIO — Cidade: TERESINA — Estado: PI — CEP: 64022-150

E-mail: — Telefone(s): (86) 994024287

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R$1.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$7.001,00 ATÉ R$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (permitida para menores de idade. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1987 (informe o dígito se existir) CONTA: 105024-0 (informe o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (pessoa maior de idade)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: (informe o dígito se existir) CONTA: (informe o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias, com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Por meio da assinatura abaixo, prossigamos na análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, comprometendo-me, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que caso a avaliação não signifique prévia consultoria com Diretoria, avaliação médica da reclamação ao direito de contestá-la, caso discorde do seu resultado.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não — Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: — Vítima deixou neto(a) menor(es)? ☐ Sim ☐ Não — Vítima deixou pais/mãe vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por meio de seguintes beneficiários que se apresentarem e se provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verídica poderá gerar a obrigação de reaver o valor indevido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital do dedo polegar direito (se necessário)

Local e Data,
Nome: GABRIEL RÉIS DOS SANTOS SILVA
CPF: 068.724.707-99

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Gabriel Réis dos Santos Silva
(Assinatura da vítima/beneficiário declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) — Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF: Assinatura

2ª | Nome: CPF: Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não sabe ler ou escrever ou não está em condições de assinar o presente formulário, A ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, conforme indicadas abaixo, que declararam ter lido o texto do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018

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

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO DRCT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001032/2018-28

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Registrado pelo Registro:** Almiralice R Beltro Lobre Carlos

Data/Hora: 19/03/2018 - 14:38

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável	Data/Hora
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO	28/07/2017 - 05:45
Tipo Local	
VIA PÚBLICA	
Município	**Bairro**
TERESINA	SACI
Endereço	
AV. MARANHÃO, Nº:	
Complemento	**Ponto de Referência**

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA 19 ANOS Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante
RG: 5467838
Mae: SANDRA REIS DOS SANTOS
Endereco: RUA JOÃO SERQUEIRA ARAUJO, Nº 3651
Bairro: SANTO ANTÔNIO
Cidade: TERESINA
Telefone(s): 86-3475-6651

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 160, ANO 2017, PLACA PIT-4873, PROPRIETÁRIO/CONDUTOR, ACIMA QUALIFICADO, RELATA A VITIMA QUE TRAFEGAVA NA AVENIDA MARANHÃO, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO INVADIU A PREFERENCIAL E COLIDIU COM A MOTO DA VITIMA, ONDE O MESMO FOI LESIONADO, SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA O HUT. PRONTUÁRIO 449924. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085168
AGENTE DE POLÍCIA

GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA 19 ANOS - Noticiante
Responsável pela Informação

RECEBIDO
07 MAIO 2019
GALVÃO SEGURADOR
SENAFEBE

Delegado de Polícia

RECEBIDO
07 MAIO 2019
GALVÃO SEGURADOR
SENAFEBE

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº da ocorrência SUSEP: | CPF da vítima: 068724703-99 | Nome completo da vítima: Gabriel Reis dos Santos Silva

CLASSIFICAÇÃO DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Gabriel Reis dos Santos Silva | CPF: 068.724.703-99

Nacionalidade: BRASILEIRO | Endereço: RUA JOÃO SEGURO A LADO 03 | Número: 3351 | Complemento:

Bairro: SEGUNDO AGRONISO | Cidade: TERESINA | Estado: PI | CEP: 64032-450

E-mail: gabriel.rds@gmail.com | Tel.(DDD): 86 99475-6681

Declaro, para todos os fins de direito, sob as penas da lei, ser verdadeira a informação acima informada, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:
☐ NÃO QUERO INFORMAR ☒ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 1.500,00 ☐ R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00 ☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para contas abertas no Brasil)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1957 (informar o último dígito) CONTA: 105024 (informar o último dígito) 0

☐ CONTA CORRENTE (salvo exceções)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ (informar o dígito verificador) CONTA: _____ (informar o dígito verificador)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

☐ No 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.

Por meio do presente, solicito a necessária isenção do laudo do IML de modo que seja feita a indenização do Seguro DPVAT, por meio de exame médico-pericial realizado, com base no prontuário médico apresentado, concordando, desde já, em não obter a avaliação médica da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes incapacitantes de acordo com a tabela, conforme Lei 6.194/74, art. 7º, §1º, alegando que essa providência não significa perda do direito de avaliação médica ou renúncia ao direito de indenização, caso discorde do seu resultado.

MORTE

DECLARAÇÃO DE LINHOS 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: | Vivia de fato com companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima era casada (no civil), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tiveram filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou testamento (ato de última vontade)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pensão alimentícia vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, mediante a indenização do Seguro DPVAT por morte aos legítimos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, ficando claro, ainda, de que quo quer omissão na declaração não verídica poderá acarretar a obrigação de devolver o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Supresso data da vítima ou inexistência do sinistro

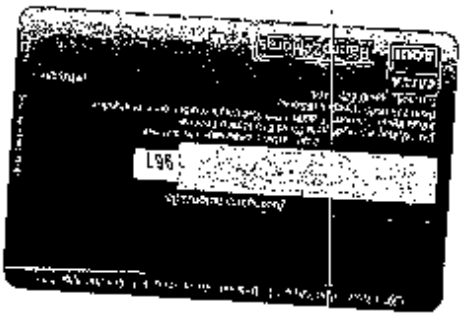
Local e Data: _____
Nome: Gabriel Reis dos Santos Silva
CPF: 068724703-99
(*) Assinatura de quem assina a rogo: _____
Gabriel Reis dos S Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (falecido ou não)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura
2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima deverá indicar alguém de sua confiança para assinar a rogo, caso não possua alfabetização, mediante o que, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, comprovando ser de sua confiança, sob as penas da lei, e que não sabe ler e escrever.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.201 V001/2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180154138 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA CRANIANA NO OSSO FRONTAL ESQUERDO ESTENDENDO-SE AO TETO DA ÓRBITA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM do médico: 52.34194-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Ivone S. Valice

CONEXÃO COMERCIAL MAPFRE
PRODUTIVIDADE NUM CLICE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DPVAT

Tipo de Processo
(●) Processo Novo ( ) Documentos Complementares

Atendente
FLAVIA ALVES DE ARAUJO

Tipo de Sinistro
Invalidez Permanente/Total

Agência
SUCURSAL TERESINA

Nome do Requerente
DEVALDINO FRANCISCO DA SILVA

Nome da Vítima
GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA

CPF da Vítima
06872470399

Documentos Complementares

- [x] Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- [ ] CPF da Vítima
- [ ] DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- [x] Boletim de Ocorrência Policial
- [ ] Identidade / CPF do Procurador
- [ ] Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- [ ] CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- [ ] Proc Ori e Específica p/ recto. do Seguro DPVAT
- [ ] Comprovante de Residência do Requerente
- [ ] Comprovante de Residência do Procurador

Morte

- [ ] Certidão de Óbito **(Cópia autenticada)**
- [ ] Laudo do Exame Cadavérico
- ESPOSO(A) **(Cópia autenticada)**
- [ ] Certidão de Casamento Atualizada **(Cópia autenticada)**
- [x] Autorização de Pagamento
- [ ] Prova de Companheirismo junto ao INSS
- [ ] Declaração de Dependentes na Rec.Fed.
- [ ] Prova de Dependência na CTPS
- [ ] Certidão de Nascimento ou Casamento
- [ ] Declaração de Únicos Herdeiros
- [ ] Certidão de Nascimento
- [ ] Certidão de Óbito dos Genitores
- [ ] Alvará Judicial

Invalidez Permanente

- [ ] Laudo do IML com Alta Definitiva **Cópia autenticada**

Outros Doctos. Entregues e Observações

PROTUÁRIO HUT/AUT DE PAGAMENTO/DECL DE AUSENCIA IML/COPIA DE CRLV/BO/COMP DE ENDEREÇO/COPIA DE RG/ATENDIMENTO SAMU/DECLARAÇAO SAMU/DECLARAÇÃO HUT/COPIA DE EXTRATO DE CONTA

0118056/18

DAMS

- [x] Declaração do Primeiro Atendimento Hospitalar
- [ ] Relatório Médico
- [ ] Comprovantes das Despesas Médico-Hospitalares (originais e quitados)
- [ ] Notas Fiscais de Farmácias acompanhadas das respectivas Receitas (originais e quitadas)
- [ ] Termo de Anuência em casos de Despesas pagas por Terceiros

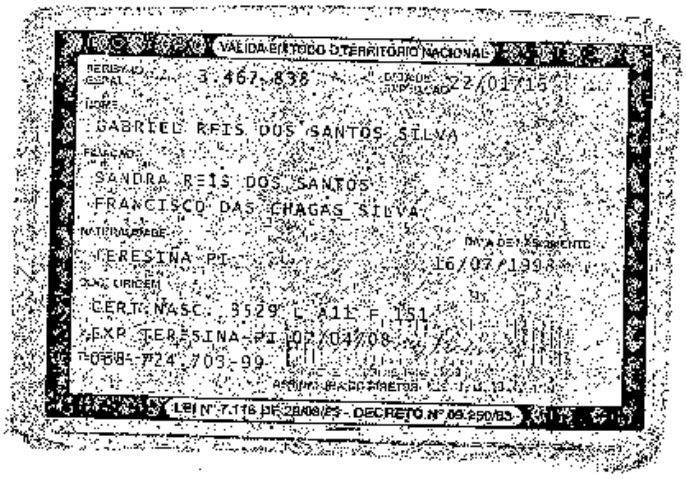
0133929

Informação: Os documentos abaixo relacionados estão pendentes, ficando o prazo de pagamento do sinistro suspenso até a complementação do processo

Documentos Básicos:

- Identidade / Cert de Nasc / CTPS da Vítima
- Identidade / Cert de Nasc / CTPS do Beneficiário
- CPF da Vítima
- CPF do Benef ou no caso de seus Rep Legais
- DUT ou Bilhete de Seguro envolva Ônibus
- Proc Ori e Específica p/ recto. do Seguro DPVAT
- Boletim de Ocorrência Policial Cópia autenticada
- Comprovante de Residência do Requerente

RECEBIDO 04 JUN 2018 GRUPO SEGURADOR ASMAPFRE



RECEBIDO
04/12/20
GRUPO ALIENADOR
PGM-PPR