RECEBIDO

04 AGO 17

GRUPO [illegible] ADORES ABRAFEM

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

01242735138

090028924

1 01117276993 2017

GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA

****

06872470399 PIT 4873

9C2KC2200HR508946

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA ALCO/GASOL

HONDA/CG 160 FAN ESDI 2017 2017

021701462CG PERTIC VERMELHA

0

00000005

SEGURO PAGO

PBT: 000.89

ALIENACAO FIDUCIARIA
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA

TERESINA 09/05/2017

JOAO MARIA DO NASCIMENTO
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO / SEGURO DPVAT

01242735138

06872470399 PIT-4873 2017

ESTE É O RESULTADO DA SEARCH DPVAT.
PARA MAIS INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO
ACESSE WWW.SEGURODPVAT.COM.BR

2017 09/05/2017

1 06872470399 PIT-4873

01117276993 HONDA/CG 160 FAN ESDI

2017 9C2KC2200HR508946

060,96 006,77 067,73

004,45 000,53 140,77

X 09/05/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT

SUC-2015

Prefeitura de 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
Hospital de Urgência de Teresina-HUT

Fabio Marcos de Sousa

Diretor Técnico – HUT

CRM: 3336

RECEBIDO
04 JAN. 2018
GRUPO SEGURADOR
PBMASTER

Rua Otto Tito, 1826, Bairro Redenção.
Teresina-PI. CEP 64017-776.
CNPJ 11.577.205/0001-03

86 3218-5199

diretorlageralhut@gmail.com

Diretoria Técnica

NOME DO PACIENTE: Gabriel Pein dos Santos Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 449924

RECEBIDO
04/02/13

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 (OK)
CIR. GERAL ~~SUS~~ OK
ORTOPEDIA OK
SUTURA OK

URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0022-02

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: IGNORADO(GABRIEL REIS)		Prontuário: 449924	
Mãe: IGNORADO		Pai: IGNORADO	
End.Resid.: AV MARANHÃO - SACY - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 01/01/1999	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 estava sem capacete. Exame físico prejudicado (bastante emmagrecido e sonolento). Requisito série trauma p/ avaliação. Apresenta ferimento em calcanhar (D) e em região parietal (E).

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: CRANIO 07-98
DATA: 28/07/17

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

Diagnóstico Inicial: SaO2 98%

TECNÓLOGO

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:
Rx da coluna cervical
Rx de tórax
Rx de pelve
Rx de calcanhar (D)
US abdominal
TC de crânio

ALTA:
( )Melhorado ( )Administrativo
( )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 Souza
Cirurgião Geral
CRM-PI 4345

Prof. Solicitante
Internação:

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO CARLOS SOUSA
Neurocirurgião
CRM-PI 1770

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: 20/07/2017 06:45:58
(ACLM)

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: [illegible]

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

TCE - [illegible]
Se [illegible]
GCS 9 (AV 2 RV 2 AM: 5) PTFA.

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

TC de crânio
+ MIA toxemia
+ Neuroestimulo / LAD
CM: Internação / 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. ECG: Sonolento / não Responsivo / Não Colaborativo no exame. FCC, abrasão (D) / Escoriações em extremidades / mão (E)
GCS: 6
CE + fratura mão (E) HD = TCE / Politrauma / fratura [illegible] 5ª dedo mão (E) sem desvio / abrasão [illegible] (D) [illegible]

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

Alta hospitalar com Dx = R+ mão (E) / pelvis / abrasão (D) / Retorno após exame. Interrupção pela Neurocirurgia
Quinta feira / sala de Gesso
CS: 10M Obs = Não foi realizado o R+ oblíquo da mão (E) e um perfil do abrasão (D) do membro inferior
Aguardando realização do exame p/ nova avaliação

Carimbo/Assinatura Prof. Parecerista

195109

FMS SUS HUT

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

I.D- 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 - SACI - 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 cinto (JT) em TCE
Alcoolado, confuso, inconsciente, ECG=13
TCcraniano- hemorragia subaracnóide frontal, frontotemporo

21 - Condições que justificam a internação:

Risco de vida / 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. Marcus Vinicius G. Santos
Neurocirurgião
CRM 3989

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-Nº Reg.Conselho:

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (MARIA SILVA)
Consulta Local: 61:96
Consulta SUS:
Impressão: 28/07/2017 16:30:09

PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:	MÉDICO ASSISTENTE
28/07/17 TCE - pneumencefalo CO = alcoolismo, cardiopata		NEURO

ALERGIAS

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	18:00	17:31h - Pct consciente, orientado, fácies comum, afebril, eupneico, normocorado. AVP em MSD. Sem queixas no momento. Encaminhado p/ P7.
4. Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h	24/06	
5. Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)		
6. Haldol 1amp IM (SOS) se agitação intensa		
7. Fenitoína 2ml EV 8/8h	22/06	T: 36,5°C PA: 14x8 mmHg; FC: 80
8. SSVV 6/6h		

ANTONIO CARLOS SOUSA Neurocirurgião CRM PI 2138833

MÉDICO/CRM:

PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES: TCE, Guaxinim OE

DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO: 31/07/2017

MÉDICO ASSISTENTE: Antonio Carlos

ALERGIAS: TCG: D4 TCG, L AD

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
1.	Dieta livre		8h Encaminhado p/ TC
2.	SF 0,9% 500ml EV dia ( )1° KCL 10% 10ml/soro		
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.	Fenitoína 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		

TCcrânio sem complicações 18:30.

MÉDICO/CRM: Neurocirurgião CRM-PI 3[illegible]

Enfermeira COREN-PI 388.417

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
DATA: 31/07/17 às 08:15

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA NEUROLÓGICA DO HU

Clínica Neurológica

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

NOME: Gabriel Reis Data: 31/07/2017

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

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

Sandra Lais C. Belém
Enfermeira
COREN-RJ 283.417

Prescrição, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem: VIRE

PREFEITURA DE TERESINA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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
c.d. Ds

	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
Nutricionista
CRN/PI 2218

Dr. Elton Cezerra
CPF: CID. 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: 617969
Requisição: 781660 Solicitação: 28/07/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 945827 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: 940.719.343-87 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: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA** **(Prontuário: 449924)**
Endereço: RUA JOAO SIGUEIRA ARAUJO 3651 - 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 2466
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 3857 - 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: 26/07/2017 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: 64017-770 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: 05.522.917/0002-02

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: 617869
Requisição: 761663 Solicitação: 28/07/2017 Solicitante: FAB O MARCOS DE SOUSA
Controle: 949832 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 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 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

CNPJ: 2715[illegible] - IE: 19[illegible]
Av. Dario Arcoverde, 1082, Ininga - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 723 2000 ou 115 / (86) 3216-3199

MATRÍCULA: 1594174235 | INSCRIÇÃO: 150760872 | MÊS/ANO: 07/2018

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 DO HIDRÔMETRO: 410A004727

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	LIDO	FATURADO
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]

CATEGORIA: RESIDENCIAL - Normal

LEITURA: ANTERIOR 10/07/2018 561 | ATUAL 15/08/2018 561

COMUNICADOS | CALCULO VENCIMENTO: VOLUME: [illegible] | CORES: [illegible]

DEMONSTRATIVO DOS SERVIÇOS DA FATURA

TARIFAS/TAXAS

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

RESIDENCIAL: FAIXA DE CONSUMO (M3 E L/H)

NÃO RESIDENCIAL: FAIXA DE CONSUMO (M3 E L/H)

VENCIMENTO: 27/08/2018 | TOTAL A PAGAR: R$ 11,63

OBSERVAÇÕES / ANOMALIAS

IMPORTANTE: 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

[illegible] Lei Federal [illegible] Art. [illegible] Art. 2º, §1º, Inciso [illegible]

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

PARÂMETROS	AVO BRUTO REALIZADO	AVO BRUTO DA CONCENTRAÇÃO	AVO BRUTO EM DESCONTO DA DPF	DESVIO	VALOR CONTROLE
[illegible]	5,63	5,45	[illegible]	[illegible]	0 20,5 00 mg/L
CLORO L/PS	2,022	2,538	389	7,03	Inferior a 15,00
[illegible]	3,639	2,232	[illegible]	[illegible]	[illegible]

RECEBIDO
04 AGO. 2018
GRUPO SEGURADOR BRASPRE

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: 28/07/11
03 PRO (código): 2856
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:

12 05

Local da Ocorrência

10 Endereço: AV. Maranhão
11 Bairro: Saci
12 Município-UF: Ter - 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
(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

04 432 (01)

Acidente de Transporte

19 Vítima: (2) 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) 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 83; Resp.; PA 130x80; TAX.; Sat02 98
25 Local da lesão
26 Pupilas: (1) 1- Iguais 2- Desiguais
27 Pulso: Radial (1) (1) 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; Moderada; 7; Intensa; 10
30 Fratura: 1- Sim; Exposta; Fechada; 2-Não; 3-Suspeito

Assistência

31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não): protetores, tirantes, curtos
Aspiração; (1) Prancha longa/curta; Imobilização de extremidades; Glicemia; Oxigênio; (1) Colar cervical; Reanimação cardiopulmonar; Acesso Venoso; (1) Curativos; Kred; Assistência obstétrica; 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 suspeita de fraturas, corte na testa. Realizado curativo compressivo.

CONFERE COM O ORIGINAL
Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administrativa SAMU

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

Socorristas
Médico
AE/TE: Eliano
Enfermeiro
Condutor: Wilson Batista

Versão: 27.11.2011

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. 20
GRUPO SEGURADOR
BRMAPRE

Teresina, 07 de Novembro de 2017.

Marília Veloso Cantanhede
Gerente Administração e Financeira
SAMU

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 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	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)**
	86199543862

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
SEGURADORA

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

Gabriel Reis dos Santos Silva — Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Gabriel Reis dos Santos Silva — 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

SSP v. 1.0

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 **Operador 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: 3467638
Mãe: SANDRA REIS DOS SANTOS
Endereço: RUA JOÃO SIRQUEIRA ARAUJO, Nº 2851
Bairro: SANTO ANTÔNIO
Cidade: TERESINA
Telefone(s): 86-9475-6651

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 449824. ERA O QUE TINHA A NOTICIAR.

Gabriel Reis dos Santos Silva

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097016
AGENTE DE POLÍCIA

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

Almiralice R. Lebre Carlos
Escrivã Especial
Mat.: 009761-6

Delegado de Polícia

RECEBIDO
04 ABR 2018
GRUPO DE APOIO ADMINISTRATIVO
SSMA/PPE

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

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) 99545 9662

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 D/V: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 105074 D/V: 0 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:
AGÊNCIA NRO.: D/V: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: D/V: (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: 1005 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:
GABRIEL REIS

VALOR TOTAL: 300.00
VALOR DINHEIRO: 300.00

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

1ª Via - Via Cliente

RECEBIDO
04/03/2018
GRUPO ORGANIZADOR

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

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	Data do cadastramento: 20/05/2019
Nome: GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA	Nome: SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA
CPF: 068.724.703-99	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 MAI 2010
RESPONSÁVEL

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
CIR. GERAL
ORTOPEDIA
SUTURA OK

URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Piauí 1820 Redenção - Fone: 86 3225 4872
86-21 CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.017/0022-07

BOLETIM DE ENTRADA - HE

DADOS 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
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: AMBULANCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRANSITO VITIMA EM MOTOCICLETA CONDUTOR
Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não
Trânsito?: Não
Tipico: Não
CID Secundário: T290

DADOS CLÍNICOS:

Paciente vítima de acidente motociclístico (colisão motor-carro) [illegible] acompanhante relata que esteve sem capacete [illegible] desorientado, bastante [illegible] e [illegible] [illegible] apresenta ferimento [illegible]

HUT-DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME crânio 07/18

PA: 100 x 70 mmHg
Pulso:
FC: 80
DATA: 28/07/17
Saturação Periférica:
SaO2 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

SAÍDA:
( ) Melhorado
( ) Óbito
( ) Inalterado
( ) Pedido
( ) Administrativa
( ) Por Indisciplina
( ) Por Evasão

( ) Retornar à Unid. Origem:
( ) Transferência:
Data saída: / /
Hora:

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

DESTINO:
( ) Família
( ) IML
( ) Inst. Retol.

( ) Internação na Unidade
Proced. Solicitado:
0701040027
CID Competível:
S063

Prof. Solicitante
Informação:

Responsável Pelo Atendimento
Carimbo- Assinatura - Profissional - HS

URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Fone 1820 Redenção - Fone: 86 3225 4872

CNPJ CGC: 60017-770 CNES: 05.527.917/0022-02

Emp: 28/07/2017 06:41:11

(9024)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: IGNORADO (GABRIEL REIS)		Prontuário:	449924
Mãe: IGNORADO		Pai: IGNORADO	
End.Resid.: AV MARANHAO - SNC - 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: Indefinida
Motivo do Procura: ACIDENTE DE TRANSITO VITIMA DE MOTOCICLETA (MOTO		Convênio: 0 %

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

TCE - Coma induzido

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

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

TC de crânio

RM Tomografia

Neurocirurgia / LAD

CM: Internação / TTO conservador.

Carimbo/Assinatura Prof. Parecerista

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

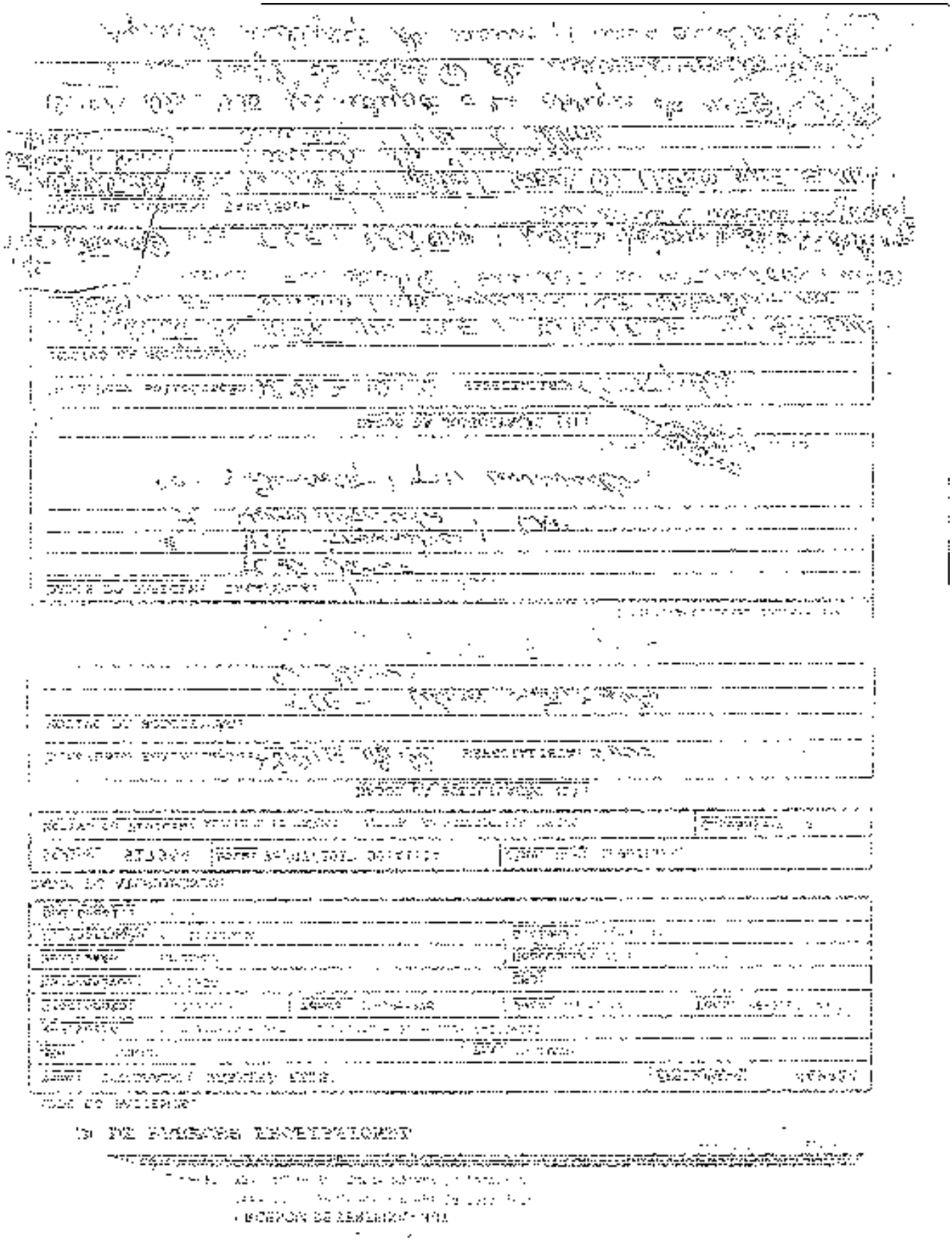
Acidente de moto com TCE e escoriações em membros. ET= Sonolento / não responsivo / não obedecendo ordens - FCL. Glasgow 9 / Escoriações em extremidades, mão E.

(6h)- TCE + fratura mão E HD= TCE / Politrauma / fratura [illegible] sem desvio / [illegible]

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / :

Alta hoje (28/07) Rx mão E / pelve / crânio D / retorno após exame Interrupção da Neurocirurgia Orientação / sala de Gesso

(15:10h) Obs= Não foi realizado o Rx obliquo da mão E e um perfil do crânio D da maneira correta. Aguarda realização do exame p/ nova avaliação



195109

SUS HUT

PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH): ID-9388

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	195109

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: IGNORADO (GABRIEL REIS) — 6 - Prontuário: 449926

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

11-Mãe: IGNORADO — 12-Raça: 06-01674-4R27

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

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

17-Cod.IBGE: 221100 — 18-UF: PI — 19-CEP: 64000-020

19-Munic: TERESINA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Quado chuado (SIC) em TCE

[illegible] insônia, EG=13

[illegible] hemotransfusão

Falta de vaga / Necessidade de tratamento especializado

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

Aspirina

23-Diagnóstico Inicial: — 24-CID Princ.: S06B — 25-CID Sec.: — 26-CID Causas Assoc.:

Outros traumatismos intracranianos

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28-Cód.Proced.: 0309040092 — 29-Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MÉDIO)

25-Clínica: — 30-Caráter: 02 — Ident.: 01 — 31-Docum.: CPF — 32-Doc. Méd. Solic.: 888.624.703-60

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: FABIO SOARES DE SOUSA — 34-Data Solicitação: 20/07/2017

35-Ass.Carimbo Méd.Sol.: Dr. Fabio Soares de Sousa Neurocirurgião CRM 4980

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-Seguro: — 41-Sinistro:

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

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

AUTORIZAÇÃO

46 - CNES do Prestador Autorizador: — 47-Data Autorização:

48-Documento: ( )CNS ( )CVP — 49-Núm. Documento:

50-Nome do Profissional Autorizador (Nº Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Gabriel Reis dos Santos

Usuário: [illegible]
Consulta Local: [illegible]
Consulta SUS:
Impressão: 20/07/2017 [illegible]

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	Ext

DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:	MÉDICO ASSISTENTE
28/07/17 TCE: Hemorrágico com edema cerebral		NEURO

ALERGIAS

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
			REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA DATA 28/07/17 MÉDICO EXAME LAUDO PROVISÓRIO
1.	Dieta zero — Visto Nutricionista Glenda Sampaio CRN/PI 7563		
2.	SF 0,9% 500ml EV 24h	08:55	
	KCL 10% - 10ml/soro		
3.	Ranitidina 1amp + AD EV lento 8/8h	P6	17:33h Pct consciente, orientado, fácies, eupneico, normocorado, AVP em MSD, sem [illegible] momento, encaminhado p/ P7.
4.	Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h	24/05/16	
5.	Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)		
6.	Haldol 1amp IM (SOS) se agitação intensa		
7.	Fenitoína 2ml EV 8/8h	P6	T: 36,5° FR 14 FC 82 P: 80
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	DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO:	MÉDICO ASSISTENTE
TCE, Guaxinim OE	31/07/2017	Antonio Carlos

ALERGIAS: TCG: D4 TCE h AD c/ TC bacia

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
1.	Dieta livre		8h Encaminhado p/ TC cranio
2.	SF 0,9% 500ml EV dia ( )1° KCL 10% 10ml/soro		MUT DR. ZENON ROCHA
3.	Ranitidina 1amp + AD EV 8/8h	14 22 06	DATA: 31/07/2017 08:15
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 cetoacidose
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		

TCanw com complicações
18:30: Atto Rocha

MÉDICO/CRM:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM DA CLÍNICA NEUROLÓGICA DO HUT

CLÍNICA NEUROLÓGICA - POSTO 7 DN: / / Idade: ENFERMARIA: 211 LEITO: Extra

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 ( )FOT ( ) 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 ( )Outra:
7. **Diurese:** ( )Espontânea ( )Fralda ( )Dispositivo Urinário ( )SVD ( )Diúrese ( )Hematúria ( )Anúria ( )Oligúria ( )Outros: ___ dias ( )Diarréia ___ dias
8. **Evacuações:** ( )Regular ( )Constipado ___ dias ( )Outros:
9. **Sono e repouso:** ( )Satisfatório ( )Insatisfatório ___ dias
10. **Drenos:** ( ) Ausência de dreno ( )Sucção ( ) Kher ( )Penrose ( )Tórax ( )NeuroDrain Bólsa Coletora ( )NeuroDrain Pera ( )Outros:
11. **Pele e Mucosa:** ( ) Normocoradas ( )Hipocoradas ( ) Hidratadas ( )Íntegra ( )Curativo - Equimose Periorbitária ___ ( )Batle- Equimose Retroauricular ( )Edema ___ ( )Escoriações ___ ( )Lesão por pressão ___ ( )Outros:
12. **( )ADMISSÃO:**

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

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

Alergia: ( )Não ( )Sim, quais?

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

Medicamentos em Uso:

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

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	119x90	72				
24h							
06h							

Admissão/ Anotações / Evolução

Pc em BEG, consciente, orientado, fala, deambula sem apoio de ca, dieta VO com boa aceitação, sem queixas no momento.

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 CO. OD

ALERGIAS:

DATA/HORA DA PRESCRIÇÃO: 30/7/17

MÉDICO ASSISTENTE: Neuro

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
1.	Dieta Leve		
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)		N2
6.	Haldol 1amp IM (SOS) se agitação intensa		
7.	Fenitoína 100mg IV 02/02h		
8.	SSVV 6/6h		

Maria Rodrigues
Visto Nutricionista
CRN-PI 2319

Dr. Elton Pizerra
CPF: 010.[illegible].633-70
NEUROCIRURGIA
CRM-PI 6516

MÉDICO/CRM:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Filho 2820 Redenção - Zona: 86 3221 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.532.917/0022-02

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
Prontuário: 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 mento-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 3645
Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tico 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4072
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA** **(Prontuário: 449924)**
Endereço: RUA JOAO SIQUEIRA ARAUJO 3051 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-040
Nascimento: 16/07/1998 Idade: 19a0m12d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 617991
Requisição: 781681 Solicitação: 28/07/2017 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Convênio: 946020 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: 462.054.993-72 CRM PI 2465
Proctological (Responsável)

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1020 Redenção Fone: 86 3229 4802
TS639DXA-2I CRM: 66017-770 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: 16/07/1998 Idade: 19a;1m;22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 617969
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: 133.503.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 1872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.599.917/0002-02

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: 19a1m22d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 617969
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: 135.993.173-68 CRM-PI 1341
Profissional Responsavel

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Lima 2820 Redenção - Fone: 86 3229 4672
TERESINA PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.579.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA** (Prontuário: 440924)
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: 617559
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: 133.902.173-68 CRM PI 1341
Profissional Responsável

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tido 1620 Renascença - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-32

LAUDO MÉDICO

Paciente: **GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA** **(Prontuário: 449924)**
Endereço: RUA JOAO SIGUEIRA ARAUJO 3861 - SANTO ANTONIO - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 16/07/1996 Idade: 19ano1m15d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 165109
Requisição: 762450 Solicitação: 31/07/2017 Solicitante: ANTONIO NUNES MARTINS
Controle: 947790 Convênio: S U S CLINICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 211 EXTRA 001

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0208010079 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.

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
07 AGO 2017

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 de dieta prescrita;	M T N
4) Registrar frequência e características das eliminações fisiológicas;	ATENÇÃO
5) Promover conforto;	M T N
6) Comunicar o 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) Curativos: ( )sim ( )não Região: Secreção: ( ) Sim ( ) Não ( )mucoguinolenta ( )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 sentonado 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; Atent Em TRM torracolombar pode ser elevada em até 40° conforme figura ao lado →	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 este cuidado SUPERVISIONAR, ORIENTAR, ENCAMINHAR E AUXILIAR NO BANHO
( ) Ferida cirúrgica	Avaliar e descrever processo de cicatrização da ferida cirúrgica; Oferecer alívio da dor mediante analgesia 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 dos membros inferiores	Administrar antigeotrópicos 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, cuidado a aparência circunvizinha.
( ) Mobilidade no leito prejudicada	Mudar a posição do paciente, a cada 2 h; Mudança de Decúbito em bloco para TRM; Ranqueio no leito para pacientes com Aneurisma; Encorajar 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	

...ura Municipal de Teresina

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

SAMU 192

Dados da Chamada

01 Nº da chamada: 4329
02 Data da chamada: 28/07/14
03 PRO (código): 8836
04 Saída da PA: 6113
05 Chegada ao local: 6125
06 Saída do local: 6516
07 Chegada ao 1º hospital: 6411
08 Saída do 1º hospital:
09 Chegada ao 2º hospital:

Local da Ocorrência

10 Endereço: AV: Marginal
11 Bairro: Saci
12 Município-UF: Ilsi - 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 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 82; Resp.; PA 150x90; TAX.; Sat. 98
25 Local de lesão
26 Pupilas: 1-Iguais 2-Desiguais
27 Pulso: Radial 1-Cheio 2-Fino; Central 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-Suspeita

RECEBIDO

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) Kitotone, b) Tiramfa, c) Cetos; 07 AMP; 20ml

Hospital de Destino

32 Hospital de Destino: HUT

Condições de entrada

33 Condições de entrada: 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado
34 Óbito: Antes do socorro; 1-Sim 2-Não; Não Removido; Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

Paciente 18 anos, sinais hipotensivos de ingesta alcoólica, [illegible] Costa Lima [illegible], colar cervical, realizado [illegible]

CONFERE COM O ORIGINAL
Gerente Administrativa SAMU

Médico
CRM-PI [illegible]
Responsável pela recepção

Socorristas
Médico
Enfermeiro
Condutor

Data: 27.11.2014

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PI — Nº 01393B113633
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

CIR	CÓD. RENAVAM	PLACA	EXERCÍCIO
1	01117276993		2019

NOME
GADRIEL PRIO DOS SANTOS SILVA
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF/CNPJ	PLACA
06872470399	PIT-4073

PLACA ANT/UF	CHASSI
	9C2KC2200HR508946

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA	ALCOOL/GAS

MARCA/MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 160 NAK VADI	2017	2017

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
002P/0162CC	PARTICU	VERMELHA

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

SEGURO	PAGO	DT INÍC	PRÊMIO TOTAL R$	DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES
A/TTO DE ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON

TERESINA		21/03/2019

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 01393B113633 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

CIR	CÓD. CONTROLE	PLACA
1	06872470399	PIT-4073

RENAVAM	MARCA/MODELO
01117276993	HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB.	COR	Nº CHASSI
2017	69	9C2KC2200HR508946

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

	VENCIMENTO
X COTA ÚNICA / PARCELADO	11/03/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

RECEBIDO
07 MAI 2019
GRUPO SEGURADOR 30 ANOS

RECEBIDO
20 MAIO 2019

HONDA
Consórcio

FAC
Honda
Correios

CITGE 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

7210341637205600200007120500200 19

Data do pr. Lapso 27/09/19

cepisa

SANDRA REIS DOS SANTOS
R. PE HELO 3851 2021
CPF: 03855461500372

U-URBANO

Leitura	13904
Consumo de Faturamento	13806
Consumo	1,000
Dias	28
Leitura	03/04/2019
Vencimento	01-03-2019
Emissão	02-05-2019
Apresentação	01-04-2019
Próx. Leitura	01-04-2019

MAR/19	21
FEV/19	121
JAN/19	82
DEZ/18	61
NOV/18	150
OUT/18	221
SET/18	303
AGO/18	196
JUL/18	285
JUN/18	166

CONSUMO 01 A 01 0,007770 - 65,04
CONTR. ILUMINAÇÃO PÚB. (COSIP) 7,33

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

REVISÃO TARIFARIA EXTRAORDINARIA MEDIA DE -1,15% A PARTIR DE 05/04/2019. CONFORME RESOLUÇÃO ANEEL 2.521/2020.
IGUE AMPE 280.0000 E FACA JUNTO VENCIMENTO 1'S 30 25 23 25
Parabens! Ate o dia 25-04-2019, nos consultores [illegible] nessa Unidade Consumidora.

Energia	17,09
Demanda	34,53
Multa	5,84
Valor	65,04
Alíquota	22,00%
Valor	14,18

RECEBIDO
07 MAI 2019
ASSEGURADOR

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

Fabio Marcos de Sousa
Diretor Técnico
Hospital de Urgências de Teresina-HUT

Fabio Marcos de Sousa
Diretor Técnico – HUT
CRM: 6336

RECEBIDO
07 MAIO 2019
GRUPO SEGURADOR
SSMAFPRS

RECEBIDO
07 MAIO 2019
GRUPO SEGURADOR
SSMAFPRS

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
BBMAPFRE

RECEBIDO
07 MAIO 2019
GRUPO SEGURADOR
BBMAPFRE

a Dolinel Luís Ferraz, 2880, Bairro Marvila
INHO-PI CEP 64016-050
117 977.20/0015-00
86 3218 - 2880
chl.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

NB do sinistro no INSS:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
3190310011	068.724.703-99	GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) – CIRCULAR SUSEP Nº 405/2012

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA — CPF: 068.724.703-99

Profissão: RECUSO — Endereço: RUA JOÃO SIQUEIRA ARAUJO LT 05 — Número: 5851 — Complemento: CASA

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

E-mail: — Telefone(s): (86) 994024393

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 (preferencialmente titular da conta)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

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

☐ CONTA CORRENTE (não recomendado)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: (informar o dígito se existir) CONTA: (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE EXAME DO IML – PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

20 MAI 2019

Por motivos assinalados, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, comprometendo-me, desde já, em não alegar a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com o direito à avaliação médica da vítima ao direito de contestá-lo, caso discorde do seu resultado.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS – PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CC) ☐ Divorciado ☐ 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 cônjuge (casamento)? ☐ 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 morte aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração falsa verdadeira poderá gerar a obrigação de devolver o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital do sinistrado (polegar direito)

Local e Data:

Nome: GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA

CPF: 068.724.703-99

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gabriel Reis dos Santos Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: CPF: Assinatura

2º | Nome: CPF: Assinatura

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

(*) A vítima/beneficiário não sabe ler ou escrever e não pode assinar, deverá outra pessoa, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas, maiores e capazes, conforme prevê o art. 215 do Código Civil, no início e ao final 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 **Responsável pelo Registro:** Almiralice Ribeiro Lobre 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.: VITIMA/Noticiante
RG: 3467838
Mãe: SANDRA REIS DOS SANTOS
Endereço: 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 MAI 2019
GRUPO SEQUESTRADOR
SAMAFRE

Delegado de Polícia

RECEBIDO
07 MAI 2019
GRUPO SEQUESTRADOR
SAMAFRE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora LÍDER

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

CADASTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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

Profissão: Vendedor | Endereço: Rua João Segurado Alamo nº | Número: 3351 | Complemento:

Bairro: Santo Antônio | Cidade: Teresina | Estado: PI | CEP: 64032-450

E-mail: gabriel.reis0519@gmail.com | Tel. (DDD): 86 99475-6651

Declaro, para todos os fins de direito, possuir no endereço acima informado, 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$1.501,00 ATÉ R$2.000,00 ☐ R$2.001,00 ATÉ R$3.000,00 ☐ R$3.001,00 ATÉ R$4.000,00 ☐ R$4.001,00 ATÉ R$5.000,00 ☐ R$5.001,00 ATÉ R$7.000,00 ☐ ACIMA DE R$10.000,00 ☐ SEM RENDA

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para contas abertas no nome do beneficiário)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1957 (informar o dígito verificador) CONTA: 105094-0 (informar o dígito verificador)

☐ CONTA CORRENTE (selecione o banco)

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 de 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 INIAL - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

Por meio deste assinalado, referido prazo superior ao de 90 (noventa) dias do pedido de indenização do Seguro DPVAT, por mediação seguradora, com base no requerimento aqui apresentado, concordando, desde já, em não obter a avaliação médica necessária da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 7º, §1º, declarando que esta circunstância não significa prévia concordância com a forma de avaliação médica ou pericial realizada unilateralmente, caso discorde do seu resultado.

MORTE

DECLARAÇÃO DE LINCOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no CC) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tiver filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou cônjuge (ex-cônjuge)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou parentes vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, na ocasião, a indenização do Seguro DPVAT por meio de boletos nominais aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, assumindo, ainda, de que que quem omitir a declaração não vencedora estará sujeito a obrigação de devolver o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não obrigatória)

Local e Data: _____

Nome: GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA

CPF: 068.724.703-99

(*) Assinatura de quem assina a rogo

Gabriel Reis dos S. Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (facultativa)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

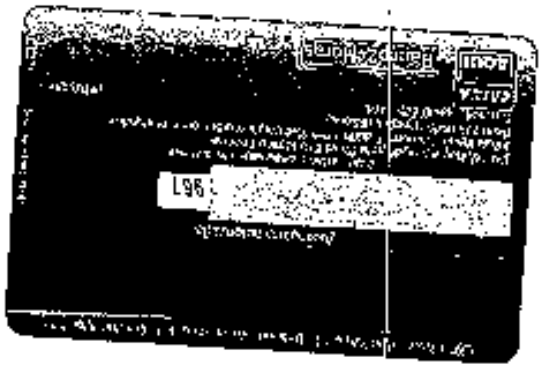
Assinatura do representante legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima deverá assinar a declaração de próprio punho, diretamente, para preencher e assinar a mesma na presença de 2 (dois) testemunhas maiores e capazes, com preferência para os dois mesmos, não sendo necessário o reconhecimento de firma e cadastro. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.201 V001/2018


CAIXA
POUPANÇA
4392 6719 2153 1154
GABRIEL REIS SANTOS SILVA
VISA
Electron


RECEBIDO



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
05872470399

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

011 8 056/18

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 (originas 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 acumplementação do processo

RECEBIDO 04 ABR 2018 SEGURO SEGURADOS ASMAPFRE

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE PIAUÍ

Gabriel Reis dos Santos Silva

0798696

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.467.838 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/01/15

NOME
GABRIEL REIS DOS SANTOS SILVA

FILIAÇÃO
SANDRA REIS DOS SANTOS
FRANCISCO DAS CHAGAS SILVA

NATURALIDADE
TERESINA PI

DATA DE NASCIMENTO
16/07/1993

DOC. ORIGEM
CERT. NASC. 3529 L A11 F 151
EXP TERESINA-PI 07/04/08

CPF 068.724.703-99

ASSINATURA DO DIRETOR

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

RECEBIDO
04/12/20
GRUPO [illegible] DOOR
BRASKEM