



Número: **0828797-79.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **03/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ERISNALDA PEREIRA SANTOS (AUTOR)		TIAGO LUIZ TEIXEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
6588193	03/10/2019 11:00	DOC	Documentos

SINISTRO 3180316803 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO PACHECO

JUNIOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - EPP

BENEFICIÁRIO FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

CPF/CNPJ: 07419798370

Posição em 18-06-2019 15:25:39

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.



PJ CORRETORA
DE SEGUROS
11 JUL 2018
DPVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	3.991.402	DATA DE EXPEDIÇÃO	05/12/13
NOME	FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA		
FILIAÇÃO	ERISNALDA PEREIRA SANTOS		
NATURALIDADE	MARCOS ANTONIO SOARES DOS REIS	DATA DE NASCIMENTO	16/11/2003
DOC. ORIGEM	TERESINA-PI		
CERT. NASC.	722 L A-3 F 122		
EXP. TERESINA-PI	12/01/04		
TERESINA-PI	074.197.983-70		
ASSINATURA DO DIRETOR, C. 12.111			
LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83			





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

Nº LAUDO: 61020
AIH: 2218100156228

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

CNES
5828856

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

CNES
5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS	NOME DO PACIENTE FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA	NASCIMENTO 16/11/2003	SEXO M	PRONTUÁRIO 462591
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOME DA MÃE ERISNALDA PEREIRA DOS SANTOS	RESPONSÁVEL FRANCISCO GABRIEL	
CEP	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 1328
BAIRRO ALTO DA RESSURREICAO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO TERESINA	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM OMBRO ESQ.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
DOR + EDEMA + DEFICIT MOTOR .NESSECITA DE CIRURGIA .

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
RX E A AVALIACAO ORTOPEDICA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
S420 - FRATURA DA CLAVICULA

CID 10 SECUNDARIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

LEITO/CLÍNICA
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

CARÁTER
URGENCIA

DATA SOLICITAÇÃO
20/03/2018

ARTIUR SAMPAIO SOARES DE SOUSA
CPF: 64384314353

DATA ADMISSÃO
20/03/2018 17:47

DATA ALTA
23/03/2018 09:00

MOTIVO ALTA
MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

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

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

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

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

HENRIQUE ALMEIDA FILHO
CPF: 05500931334

CRM:

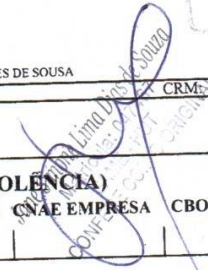
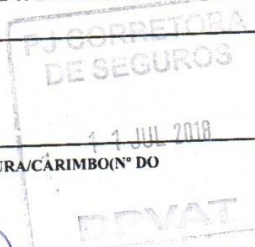
DATA ANALISE: 20/03/2018 18:39:42

CPF

CRM

DATA ANALIS:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:







**Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**



RECEITUÁRIO

**PJ CORRETORA
DE SEGUROS**

26 SET 2018

Paciente: _____

LAUDO MEDICO

DPVAT

Alesto, para as devidas fins de direito,
que Francisco Gabriel Soares Pereira,
vítima de acidente de trânsito em
20 de março de 2018, foi atendido e
operado no HUT devido a fratura de
elavícula direita e ao fraco do
tratamento apresentado dor residual
e limitação funcional em torno do
857. CSP-10. M25-5x 542-0

Flávio Maciel B. de S. D. Diniz
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 5102

Teresina(PI), 03/09/2018

Médico

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1528 - Fax: (86) 3216-1520
CEP: 64.014-090 - Teresina - Piauí • C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA (Prontuário: 462591)**
Endereço: RUA ESPERANÇA 1328 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 16/11/2003 Idade: 14a4m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 656255
Requisição: 823301 Solicitação: 20/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1018999 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040060

Data Exame: 20/03/2018

CLAVICULA ESQUERDA

O estudo radiológico do clavícula esquerda foi realizado nas incidências em pa/perfil.
os seguintes aspectos foram observados:

- Fratura no terço médio da clavícula.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/03/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Jane Simone Lima Dias de Souza
Médico(a): 047467
SAÚDE - HUT
CONFIRME COM O ORIGINAL





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001818/2018-45

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO **Resp. pelo Registro:** Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 08/06/2018 - 09:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável	Data/Hora
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO	20/03/2018 - 17:00
Tipo Local	
VIA PÚBLICA	
Município	Bairro
TERESINA	DIRCEU ARCOVERDE I
Endereço	
AV. PRINCIPAL DO DIRCEU, Nº:	
Complemento	Ponto de Referência
	PRAÇA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCOS ANTONIO SOARES DOS REIS Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante
 RG: 1067576 PI
 Mãe: MARIA ANTONIETA DOS REIS
 Endereço: RUA ESPERANÇA, Nº 1328
 Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO
 Cidade: TERESINA
 Telefone(s): 86-9448-2937

Nome: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA Tipo Envolv.: VITIMA
 RG: 3991402 PI
 Mãe: ESRISNALDA PEREIRA SANTOS
 Pai: MARCOS FRANCISCO SOARES DOS REIS
 Endereço: RUA ESPERANÇA, Nº 1328
 Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO
 Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
 1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 TITAN EX, PLACA PIG-3995-PI, COR BRANCA, RENAVAL 01195007644, PROP. DE RAIMUNDO KENEDY OLIVEIRA DOS SANTOS, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, SENTIDO AV. JOAQUIM NELSON, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO, CAINDO EM SEGUIDA. A VITIMA FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA, FILHO DO NOTICIANTE, ERA PASSAGEIRO DA MOTO E FOI SOCORRIDO PELO PRÓPRIO NOTICIANTE E LEVADO PARA A UP. DEPOIS DEU ENTRADA NO HUT. (PRONT. 462591). TESTEMUNHA: VALDEVAN DE OLIVEIRA SILVA, BR-343, KM 12, POVOADO ATALAIA. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Francicleide Lima
 Francicleide Lima Cordeiro - Mat. 1945629
 AGENTE DE POLÍCIA

MARCOS ANTONIO SOARES DOS REIS
 MARCOS ANTONIO SOARES DOS REIS - Noticiante
 Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Boletim de Ocorrência emitido em: 15/10/2018 11:24 - SisBO@2011-2018 ATI





REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL MINISTERIO DA JUSTIÇA DETRAN - PI		DETRAN - PI CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO	
Nº 012038163512 R.HTRC EXERCÍCIO 2016		Nº 012038163512 R.HTRC EXERCÍCIO 2016	
NOME DY OLIVEIRA DOS SA		NOME DY OLIVEIRA DOS SA	
PLACA BBE-5005		PLACA BBE-5005	
CHASSI 9C2K31650R05819		CHASSI 9C2K31650R05819	
COMBUSTÍVEL GASOLINA		COMBUSTÍVEL GASOLINA	
ANO FAB. 2014		ANO FAB. 2014	
ANO MOD. 2014		ANO MOD. 2014	
CATEGORIA PARTICU		CATEGORIA PARTICU	
COR PREDOMINANTE BRANCA		COR PREDOMINANTE BRANCA	
VENC. COTA ÚNICA 1º IPVA 2º IPVA 3º IPVA		VENC. COTAS 1º IPVA 2º IPVA 3º IPVA	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - OF (R\$) 000,00		PRÊMIO TOTAL (R\$) 000,00	
DATA DE PAGAMENTO 03/06/2016		DATA DE PAGAMENTO 03/06/2016	
OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES	
A/FID. DA TERESINA		ADMINISTRADORA DE COMS NAC ICM	
LOCAL		LOCAL	
TERESINA		TERESINA	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
PI Nº 012038163512 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatsegurodotransito.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204	
VIA 1	CPF / CNPJ 04874237398
REMAVAM 0195007644	MARCA/MODELO HONDA/SG 150 TITAN EX
ANO FAB. 2014	Nº CHASSI 9C2K31650R05819
PRÊMIO TARIFÁRIO	
FNS (R\$) 000,00	DEVATRAM (R\$) 000,00
CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00	OF (R\$) 000,00
CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00	TOTAL SERVIÇO (R\$) 292,01
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	PAGAMENTO <input type="checkbox"/> PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO 02/06/2016	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.248.608/0001-04 www.seguradoralider.com.br	

PJ CORRETO
 DE SEGUROS
 1 1 JUL 2016
 DPVAT

3180 316803

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0251433/18
Vítima: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA
CPF: 074.197.983-70

Data do Acidente: 20/03/2018
CPF de: Próprio Titular do CPF: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

Francisco Gabriel Soares Pereira
Seguradora

DOCUMENTOS ENTREGUES

- Sinistro
- Boletim de ocorrência
- Comprovação de ato declaratório
- Declaração de Inexistência de IML
- Declaração do Proprietário do Veículo
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

Nota
3180 449 851
B.O
Docum Indentificao

ERISNALDA PEREIRA SANTOS : 033.597.523-25

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência
- Documentos de identificação

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/07/2018
Nome: ERISNALDA PEREIRA SANTOS
CPF/CNPJ: 033.597.523-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2018
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

ERISNALDA PEREIRA SANTOS

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

WATTS
9523 8568





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001818/2018-45

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: De Sousa

Data/Hora: 08/03/2018 - 09:29

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável	Data/Hora
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO	20/03/2018 - 17:00
Tipo Local	
VIA PÚBLICA	
Município	Bairro
TERESINA	DIRCEU ARCOVERDE I
Endereço	
AV. PRINCIPAL DO DIRCEU, Nº:	
Complemento	Ponto de Referência
	PRAÇA

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCOS ANTONIO SOARES DOS REIS	Tipo Envolv: NOTICIANTE
RG: 1067576 PI	
Mãe: MARIA ANTONIETA DOS REIS	
Endereço: RUA ESPERANÇA, Nº 1328	
Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO	
Cidade: TERESINA	
Telefone(s): 86-9448-2937	
Nome: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA	Tipo Envolv: VITIMA
RG: 3991402 PI	
Mãe: ESRISNALDA PEREIRA SANTOS	
Pai: MARCOS FRANCISCO SOARES DOS REIS	
Endereço: RUA ESPERANÇA, Nº 1328	
Bairro: ALTO DA RESSURREIÇÃO	
Cidade: TERESINA	

SISTEMA DE SEGURANÇA



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência
 1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 TITAN EX, PLACA PIG-3995-PI, COR BRANCA, RENAVALM 01195007644, PROP. DE RAIMUNDO KENEDY OLIVEIRA DOS SANTOS, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, SENTIDO AV. JOAQUIM NELSON, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO, CAINDO EM SEGUIDA. A VITIMA FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA, FILHO DO NOTICIANTE, ERA PASSAGEIRO DA MOTO E FOI SOCORRIDO PELO PRÓPRIO NOTICIANTE E LEVADO PARA A UP. DEPOIS DEU ENTRADA NO HUT. (PRONT. 462591), TESTEMUNHA: VALDEVANILDE OLIVEIRA SILVA, BR-343, KM 12, POVOADO ATALAIA. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa
 Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
 AGENTE DE POLÍCIA

Marcos Antonio Soares dos Reis
 MARCOS ANTONIO SOARES DOS REIS - Noticiante
 Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



NOME/ENDEREÇO: PAULO CESAR V DE SOUSA
 MORADOR
 RUA SÃO FRANCISCO B A RESSURREICA, No. 01328 GURUPI,
 TERESINA PI - CEP: 64090380

LOCALIZAÇÃO: 017-90033-001915 GRUPO: 017 NÚMERO DO HÍDRÔMETRO: A05N: 15782

HISTÓRICO DE CONSUMO	ECONOMIA R. CATEGORIAS / PROTEÇÃO
MÊS/ANO TIPO LIDO FATURADO	Normal
02/2018 06.400 31,45	
01/2018 06.400 31,45	
12/2017 06.400 31,45	
11/2017 06.400 31,45	

26/05/2018 LETEIRA CONSUMO MÊS M3 PIS.PASEP LEI 12.741/2012
 ANTERIOR 26/05/2018 238 COFINS

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA
RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)	DEBÍTO REFERENTE ÁGUA = 31,45 > Residencial-Normal 11,0 m3 31,45
NÃO RESIDENCIAL FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)	

VENCIMENTO 07/06/2018 TOTAL A PAGAR 31,45

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES
 DEBÍTO(S) ARQUIVADO(S) (ACÚMULO DE DEBÍTO(S)). ATENÇÃO - SUJEITO A CORTE. PROCURE A LOJA DE ATENDIMENTO.

NOTIFICAÇÃO

Após 30 dias de vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços, conforme Leis Federais nº. 11.445/2007, Art. 40, inciso V e nº. 8.967/95, Art. 6º, §3º, inciso II.

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, 95P	0,20 a 5,00 mg/L
CLORO LIVRE	2827	2169	658	11,57	Inferior a 15,00
COR APARENTE	3490	2634	752	6,29	6,00-9,50
PH	3373	2952	421	2,97	Inferior a 5,00
TURBIDEZ					

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

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DESCONFORMIDADE	ABSENÇA/MÊS/CI	ABSENTE
COLIFORMES TOTAIS	919	919	0	Ausência	Ausente
ESCHERICHIA COLI					

26/05/2018 07:53
 DATA DA EMISSÃO: HORA DA EMISSÃO:

MATRÍCULA 1389243-7 FATURA Nº 5/2018

VENCIMENTO 07/06/2018 VALOR A PAGAR 31,45

826400002000-4 31151535000-2 00.01815156-9 06090100104-4



***** AVISO DE DÉBITO *****

Prezado Cliente, Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo. Desta modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do 0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos listados serão cobrados na próxima fatura.

MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)	MÊS/ANO	VENCIMENTO	VALOR (R\$)
04/2018	10/05/18	31,45			
03/2018	09/04/18	31,45			
02/2018	10/03/18	31,45			
01/2018	08/02/18	31,45			
12/2017	08/01/18	31,45			



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI N.º 010840897089
0120140182635 77883469018

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

20390153ac87577cb6c56d5d682104241a5153089514

VIA 1 COD. RENAVAM 01195007644 RNTRC

NOME/ENDEREÇO
RAIMUNDO KENNEDY OLIVEIRA DOS SA
NTOS
QD-55 CB-2B CJ RENASCENCA 00000
RENASCENCA PI

CPF/CNPJ 04874237398 PLACA FIG-3995

NOME ANTERIOR
SOL NASCENTE MOTOS LTDA

PLACA ANT./UF - CHASSI 9C2KC1660ER055819

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 TITAN EX ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP/POT/CIL 029/0149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

OBSERVAÇÕES
0 PBT: 000.29
ALIENACAO FIDUCIARIA
ADMINISTRADORA DE CONS NAC HONDA L

LOCAL TERESINA DATA 20/08/2014

SENA BARBOSA DE CARVALHO ALENCAR
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
11 JUL 2018
DPVAT



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Francisco Gabriel Soares Pereira
 DATA DO ACIDENTE 20/03/12 CPF DA VITIMA 034197983-70
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESSO COM
 A VITIMA É Francisco Gabriel Soares Pereira
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua São Francisco Alto da Restauração
 Nº 1328 COMPLEMENTO _____ BARRIO Alto da Restauração
 CIDADE Curitiba UF Paraná CEP 64090-380
 E-MAIL _____ TELEFONE 86, 99997-0660

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTIÊRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIÊRA DE TRABALHO OU CARTIÊRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- TÍTULO DO IMÓVEL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTIÊRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIÊRA DE CASAMENTO OU CARTIÊRA DE TRABALHO OU CARTIÊRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PJ CORRETORA DE SEGUROS

11 JUL 2018

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTIÊRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIÊRA DE CASAMENTO OU CERTIÊRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEQUILÍBRIO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTIÊRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIÊRA DE CASAMENTO OU CERTIÊRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31/07/18
 IDENTIDADE 3.991.402
 ASSINATURA Francisco Gabriel Soares Pereira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____





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 074197983-70	Nome completo da vítima Francisco Gabriel Soares Pereira
---------------------------	--------------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Eusmalda Pereira Santos	CPF titular da conta	Profissão Recuso
Endereço Rua São Francisco	Número 1328	Complemento
Bairro Alto da Ressurreição	Cidade Cerqueira	Estado Praia
Fmail	CEP 64090-380	Telefone (DDD) (86) 99997-0660

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

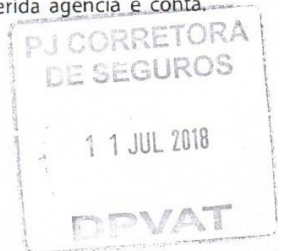
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1607	D/V	CONTA NRO. 4499	D/V 1
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Cerqueira, 12 de **Junho** de **2018**
Local e Data

Eusmalda Pereira Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF.001 V001/2017





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

Casos com vítima interdita 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 Francisco Cabyl Soares Brito CPF da Vítima 074197983-70 Data do Acidente 20/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal _____ CPF do Representante legal _____
Email _____ Telefone (DDD) (86) 99997-0660

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Bezenor 12 de Junho de 2018
Local e Data



Erismalda Pereira Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Raimundo Kennedy Oliveira dos Santos

RG nº 3.600.878, data de expedição 15/02/2017

Órgão SSR-PI, portador do CPF nº 048.742.373-98, com

domicílio na cidade de Teressina, no Estado de

Piauí, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

Rz 10 Pq do Sol N: 1701, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

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

vítima Franuico Gabriel Soares pereira cujo o condutor era

Mauron Antonio Soares dos Reis.

Veículo: Motocicleta

Modelo: HONDA CG 150 TITAN EX

Ano: 2014

Placa: PIG 3795

Chassi: 9L2KCJ660E055819

Data do Acidente: Teressina - Pz 05/06/2018

Local e Data: _____

Raimundo Kennedy Oliveira dos Santos
Assinatura do Declarante



Mauron Antonio Soares dos Reis

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

1 JUL 2018



2º Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis - 3ª Circunscrição - Teresina - Piauí
Teresina - PI - CEP 64.048-502 / fone: (086) 3304-2199 - email cartoriohepi@gmail.com
Belª Merylane de Oliveira Sousa - Tabela Interina - Portaria nº 3088/2017 - P.J/PI/CGJ/EXPCGJ/Teresina-Piauí

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE RAIMUNDO KENNEDY OLIVEIRA DOS SANTOS EM TEST. DA VERDADE. DOU FÉ. TERESINA, 05/06/2018 10:57:19

FAMÉLIA RAIZA SILVA BARBOSA - ESCRIVÃO AUTORIZADA
Emcl. 3.71 T.J. 0.74 Selo: 0.25 Total: 4.70





NOME DO PACIENTE: Francisco Gabriel Soares Pereira
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 462591

PJ CORRETORA
DE SEGUROS
1 1 JUL 2018
DEVAT

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

IMP: 03/03/2018 17:47:14
(RESOLUÇÃO)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA		Prontuário: 462591
Mãe: ERISNALDA PEREIRA SANTOS	Pai: ERISNALDA PEREIRA SANTOS	
End. Resid.: RUA ESPERANÇA 1328 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI - CEP: 64000-000		
Nascimento: 16/11/2003	Idade: 14a:4m:4d	Sexo: Masculino Fone: - -
Responsável: O MESMO	CNS: 701805293890773	
Profissão:	Documento: CPF: - - -	
G. Instrução: Fundamental Completo	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

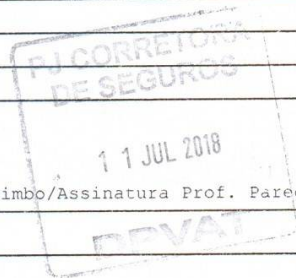
Código: 656255	Data: 20/03/2018 17:47:14	Clas. Cor: Indefinido
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)	Convênio: S U S	

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ :__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____ :__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/____ :__	ESPECIALISTA:
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:	
Carimbo/Assinatura Solicitante	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____ :__

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº _____

Proc. Nº _____

Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 22, 03, 18

NOME DO PACIENTE: Fw Gabriel Soares Pereira	PRONTUÁRIO Nº: 462594
DIAGNÓSTICO: fr. L. de cervicela D	CIRURGIA:
ANESTESIA: bloq. + geral	Nº DA SALA: 08 Frontiers
CIRURGIÃO: Joo Tse	CPF Nº: [Stamp: LEO 08 Frontiers TRAUMATOLOGIA E ORTOPEdia CRM-PI 2660 SBOT 10306]
AUXILIAR: Hanielo Lima	CPF Nº:
ANESTESIA:	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Valdirene	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI n.º 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	-		LUVA Nº 7,0	PAR	04	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7,5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	-		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	100		PVPI DE GERMANTE	ML	-	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	-	
ÁGUA OXIGENADA	ML	-		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	02		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	-		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	-	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	01	
GASES	PAC.	03		SONDA URETRAL 12	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.	-		crepom	unid	03	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				Eléctrodo		05	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.				Escova		03	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON n.º 30 unid		02					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL n.º 0		01		CIRCULANTE: Conexico			
PROLENE							





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
 HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROF. ZENON ROCHA
 SERVIÇO DE ANATOMIA PATOLÓGICA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
 CENTRO CIRÚRGICO

Nome do Paciente Franusco Gabriel Soares Pereira		
Diagnóstico pré-operatório frat. clavícula (D)		
Operação - Tipo Osteossíntese de clavícula		
Cirurgião Leu Tse	1° Assistente Thales Cunha R3	
2° Assistente	3° Assistente	
Instrumentador Valdirone	Anestesiologista Dr. Eduardo	Anestesia
Anestésico(a)		
Data da Operação 22/03/18	Início	Fim
Diagnóstico pré-operatório		
frat. de clavícula (D)		
Relatório Imediato do Patologista		
Acidente Durante a Operação		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)		
<p>paciente em DDit, caclura de prova, sel bloqueio + gesso</p> <p>Assepra, antiséptico e campos estéril</p> <p>Crusca Franusco sobre clavícula (D)</p> <p>Redução por plomo</p> <p>Redução cruenta de fratura</p> <p>Fixação cl. placa + parafusos</p> <p>Síntese por plomo</p> <p>hipótese</p>		

Leu Tse
 TRAUMATOLOGIA E ORTOFEDIA
 CRM-PI 10226



PRESCRIÇÃO MÉDICA



PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
<p>NOVE DO PACIENTE Francisco Gabriel S. Pereira</p>				
<p>DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES A Chave</p>				
<p>DATA: 21/07/19 HORA: 14:30 <small>Medic. Silvo</small></p>				
<p>Paciente em tratamento com medicação para hipertensão arterial sistêmica. Paciente em tratamento com medicação para hipertensão arterial sistêmica.</p>				
<p>24h. P.A 96 x 49 mmHg</p>				
<p>P. 58 bpm T. 36.4°C</p>				
<p>06h. P.A 107 x 62 mmHg</p>				
<p>P. 66 bpm T. 35.5°C</p>				
<p>Leito Roberto de Almeida Silvo</p>				
<p>Téc. Enfermagem</p>				
<p>COREN-PI 027815</p>				

Dr. Caio Valdeir Neto
ORÇEDIA E FARMACOLOGIA
CRP 13784

Carla Pereira
A SAO/Leandro

Amorim

Medic. Silvo

COREN-PI 027815

Mod: 007

MÉDICO/CRM:



PSISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PÓS - OPERATÓRIO - SRPA

NOME FRANCISCO GABRIEL S. PEREIRA IDADE _____ anos DATA 03/03/2018

HORÁRIO DE ADMISSÃO 11 hs 30 min TIPO DE ANESTESIA GERAL () RAQUE ABLOQUEIO () PERIDURAL () SEDAÇÃO

CIRURGIA REALIZADA Clonculu - D CIRURGIÃO _____

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	
	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSAO ARTERIAL (mmHg)	<u>131/87</u>	<u>121/85</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>88</u>	<u>81</u>
SATURAÇÃO DE O2 (%)	<u>100%</u>	<u>100%</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)	_____	_____
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)	_____	_____
NOME/ MATRÍCULA	<u>Salute</u>	<u>Salute</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK			ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Movimenta dois membros	1	1 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Tem apnéia	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	PA em 20-49% do nível anestésico	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Desperta, se solicitado	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Não responde	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SATURAÇÃO O2	É capaz de manter saturação de O2 maior de 92% respirando em ar ambiente	2	2 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>
	Necessita de O2 para manter saturação maior que 90%	1	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	Apresenta saturação de O2 menor que 90%, mesmo com suplemento de O2	0	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL 09

ASS. Maria de Fátima Mendes Brito

10

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

11:30 Admitido no SRPA em POI de ato cirurgico para fazer
tumor em clonculu D. sob epato do bloqueio + geral. Sonda
emprego, respirando ar ambiente. Fu com unctivos limp.
13:50 - Suqe estável, quietas. liberado da SRPA. - Day

RAIO-X REALIZADO

5/13/18

120

13:50

Day

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

[] [] [] [] [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] [] [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] MÉD



PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	LÍNICA	ENE ou APT.	LEITO
<i>Flavio Gabriel S. Pereira</i>	462591				
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS	HORÁRIO	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE		
			<i>CRTOP</i>		
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA: <i>20 / 03 / 18</i> HORA: <i>18:30</i>					
<ul style="list-style-type: none"> 1 - Dieta geral 2 - SE 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ramitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h 7 - CCGG + SSVV 					
OBSERVAÇÕES					
<p><i>18:30 Puncionado AVE em MSD</i> <i>utilizado gelco 16</i> <i>utilizado Milena</i> <i>18:30 - Admitido no posto</i> <i>01 Sem acompanhamento, job</i> <i>custódia policial. chega</i> <i>alergia medicamentosa</i></p>					
<p><i>Luiz Carlos de Sousa Torres</i> <i>CRM-PI 12881</i></p>					

MÉDICO/CRM:

Mod: 007





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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA (Prontuário: 462591)**
Endereço: RUA ESPERANÇA 1328 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 16/11/2003 Idade: 14a4m7d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 656255
Requisição: 823301 Solicitação: 20/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1018998 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 20/03/2018

OMBRO ESQUERDO

O estudo radiológico do ombro esquerdo foi realizado nas incidências em pa/perfil:
Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no terço médio da clavícula.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 23/03/2018

ELIANE RODRIGUES MENDES

CPF: 261.144.103-00 CRM-PI 2710

Profissional Responsável

Jane Simone Lima Dias de Souza
Matrícula: 0417487
SIA: HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





Estado do Piauí
 Prefeitura Municipal De Teresina
 Fundação Municipal de Saúde - FMS



05.522.0196030917
 Carimbo do Estabelecimento Solicitante
 Hospital
 Dr. Zenon Rocha
 Rua Dr. Otto Tito, 1825 - Redenção
 CEP: 64.017-775
 Teresina PI

Central de Regulação de Consulta

Ficha para Agendamento de Consulta

Especialidade: Ortopedia Nº Cartão SUS: _____

Nome do Paciente (preencher sem abreviar): Francisco Gabriel Soares Pereira Raça/Cor: _____

Nascimento: / / Idade: 14 Sexo: Masc. Fem. RG/CPF: _____

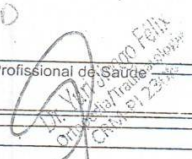
Nome da Mãe: _____ CEP: _____

Endereço (Logradouro, Número/Lote): _____

Bairro: _____ Complemento: _____

Município: _____ UF: _____ Fones: _____

Dados Clínicos: Pó - operatório aguarda D

Data: / / Carimbo/Assin. do Profissional de Saúde: 

Dados do Agendamento

Local do Atendimento: _____

Endereço (Logradouro, Número/Lote): _____

Nome do Profissional de Saúde: _____

Data e Hora do Comparecimento: _____ às _____

Carimbo/Assin. Respons. pelo Agendamento: Claudia Melo Rios
 Aux. Administrativo
 Hospital de Urgência de Teresina

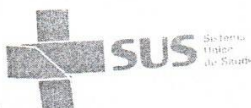
CARO USUÁRIO,

Compareça à unidade de Saúde 30 (trinta) minutos antes da hora marcada.
 Só entregue esta ficha se houver atendimento.
 Se você não for consultado, retorne ao posto mais próximo para que seja agendada nova consulta.
 Esta consulta é paga pelo SUS, é proibida cobrança de qualquer taxa.

Nº DA AUTORIZAÇÃO: _____

Formulário II / 2017





ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

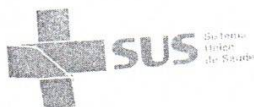
O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo **marcar consulta de retorno para daqui a 10 dias**. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS: Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, Hospital da Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Obs: não retirar a imobilização (tala gessada) até o retorno ao médico

Cirurgia Realizada pelo Dr Law - The Franchies





ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO PÓS CIRÚRGICO:

O paciente deve procurar o Serviço Único de Saúde (SUS) para acompanhamento ambulatorial do tratamento realizado nesta instituição, devendo o mesmo **marcar consulta de retorno para daqui a 10 dias**. O acompanhamento poderá ser realizado por ortopedistas que atendam em clínicas e instituições conveniadas ao SUS ou pelo médico ortopedista que realizou o procedimento.

Clínicas e instituições que atendem pelo SUS: Ambulatórios da rede municipal de saúde, Ambulatório do Hospital Getúlio Vargas, Centro Integrado de Saúde Lineu Araújo, Hospital da Polícia Militar e clínicas conveniadas ao SUS.

Obs: não retirar a imobilização (tala gessada) até o retorno ao médico

Cirurgia Realizada pelo Dr. Luiz - Tde Frouheis



23/03/2018

Comprovante de Agendamento

dujvexou 4 001 001 0

FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE DE TERESINA
COMPROVANTE DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS/EXAMES

Ctrl: dcd3b6a4-6cf68975-81c63199-ff97c0d4

Cadastro: 23/03/2018 09:03:02 Emissao: 23/03/2018

Agenda: 11369377 Autorizacao: 5377411852

Usuario: FRANCISCO GABRYEL SOARES PEREIRA

Cartao SUS: 398002910417583 Nascimento: 15/11/2003

Telefone: (86)99812-1241 Municipio: TERESINA

Local de Atendimento: PRONTO SOCORRO DIRCEU ARCOVERDE II

Endereco: QUADRA 250 CASA A, Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Fones: (08)6321-5920 (08)2157-893

Professional: BRUNO SOARES FREIRE

CBO: MEDICO ORTOFEDISTA E TRAUMATOLOGISTA

Procedimento(s):

0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
Qtde: 1

Comparecimento (Data, Hora): Terca, 3 de Abril de 2018 as 07:30

Apresente este comprovante no ato do atendimento

Nao assine nada em caso de nao haver atendimento

Apresente-se ao local de atendimento 30min antes

CM
Claudia Melo Rios

Aux. Administrativo
Hospital de Urgência de Teresina

Assinatura/Carimbo/Responsavel pelo Agendamento




HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO GABRIEL SOARES PEREIRA** (Prontuário: 462591)
 Endereço: RUA ESPERANÇA 1328 - ALTO RESSURREICAO - TERESINA - PI CEP: 64000-000
 Nascimento: 16/11/2003 Idade: 14a5m8d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 210577
 Requisição: 823768 Solicitação: 22/03/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
 Controle: 1019534 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ANEXO I EXTRA 003

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 22/03/2018

OMBRO DIREITO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós-operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, no terço médio da clavícula.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Partes moles sem alterações.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 24/04/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável

Jane Simone Lima Dias de Souza
 Matrícula: 047467
 SIA: HUT
 CONFERE COM O ORIGINAL

