

Controle de d... x Audiências x Upload x Consulta proce... x 0800525-33.20... x Merge PDF file... x Tribunal de Jus... x WhatsApp x + -

tpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=521233&ica=44bd58986e98c47a938f96fdb9d... Pausada

Apps Babylon Search http://feed.helperb... Google www.esdc.com.br/R... hao123 - O melhor... chrome-extension/... Histórico Outlook - helderjus... - Questões de conc...

Pje ProceComCiv 0800525-33.2020.8.18.0078
ANTONIO DA CRUZ COSTA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

11448595 - CONTESTAÇÃO (2744125 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 20/08/2020 20:07:30

20 Aug 2020

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 11448593 - CONTESTAÇÃO
 - 11448595 - CONTESTAÇÃO (2744125 CONTESTACAO 01)
 - 11448596 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 11448598 - Procuração (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 11448599 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS (2))
 - 11448600 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

05 Aug 2020

- EXPEDIÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS.
 - 11173514 - Citação

downloadBinario.seam 1 / 9

2744125- CI/ 2020-03052/ A CLASSIFICAR

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Processo: 080052533202008180078

Ativar o Windows
Assa a configuração de computador para ativar o Windows.

Exibir todos

prot+pc.pdf prt.pdf

20:08 20/08/2020



20/08/2020

Número: **0800525-33.2020.8.18.0078**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Cível da Comarca de Valença do Piauí**

Última distribuição : **15/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO DA CRUZ COSTA (AUTOR)		ANTONIO HELDER IZIDORIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11448 596	20/08/2020 20:07	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190345837 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DA CRUZ COSTA **Data do acidente:** 13/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranioencefálico com fratura occipital.

Descrição do exame físico: Paciente refere crises de cefaleia e tontura de forte intensidade, com varias idas ao pronto socorro. Relata discreto déficit de memória.
Paciente traja-se adequadamente. Nega crises convulsivas. Déficit de sensibilidade em região occipital. Sem uso de medicação de uso contínuo, somente analgésico. Sem déficits de movimentos.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador. Refere alta médica.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 11/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: alteramos a conclusão do examinador, que estabeleceu indenização com base em sintomas. Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190345837 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DA CRUZ COSTA **Data do acidente:** 13/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.(P3/7/13/17)
FRATURA INCOMPLETA NO OSSO OCCIPITAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190345837

Vítima: ANTONIO DA CRUZ COSTA

Data do Acidente: 13/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO DA CRUZ COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14378540

Pag. 01081/01082 - carta_01 - INVALIDEZ

00030541





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190345837

Vítima: ANTONIO DA CRUZ COSTA

Data do Acidente: 13/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00741/00742 - carta_02 - INVALIDEZ

00030371



Carta nº 14396183





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190345837

Vítima: ANTONIO DA CRUZ COSTA

Data do Acidente: 13/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO DA CRUZ COSTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem seqüela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00577/00578 - carta_04 - INVALIDEZ

00060289



Carta nº 14447930





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

033.444.743-75 ANTONIO DA CRUZ COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENTA 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3882

CONTA:

00024690

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento do processo de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 297 do Código Penal.



Local e Data, VALENÇA DOPOA 25/04/19
Nome:
CPF:
(*) Assinatura de quem assina A ROG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:
CPF:
Assinatura

2ª Nome:
CPF:
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/2018

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

119-754167543-2

29/ABR/2019

HORA DE 12:03:10

LOI: 16.018561-0
LOCALIDADE: VALENCA DO PIAUI
AG. VINCULADA: 3887

TERM: 0152300

CONTROLE: 715769370

DEPOSITO EM DINHEIRO

3887 013 00024690-9

ANTONIO DA CRUZ COSTA

VALOR : 5,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO - A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

119-754167543-2

2ª VIA



produtos quinze dias. Se precisar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia do documento.

Atenção: o recibo de aposta original é o único comprovante que o habitante o receber eventuais prêmios de loterias. Confira os dados corretos no recibo de aposta. O prazo para receber o prêmio é de 90 dias, a contar da data de sorteio do concurso. Para sua segurança, somente adquira bilhetes em pontos de vendas autorizados pela CAIXA.

ESTE RECIBO É UM TÍTULO AO PORTADOR. PARA TORNA-LO PESSOAL E INTRANSFERÍVEL, PREENCHA SEUS DADOS:

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

End: _____

Este recibo é individual e em caso de eventual premiação não é permitida sua divisão a mais de um beneficiário.

SAC CAIXA: 0800 7226 0101 (informações, sugestões, reclamações e elogios) Dúvidas ou falhas: 0800 7226 2452. Cidadãos: 0800 7226 0207. Ouvidor: 0800 7226 7474 (reclamações não solucionadas e denúncias) ou www.caixa.gov.br



A vida útil dos dados impressos neste comprovante é de 5 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: evite expor o papel à luz do sol, líquidos fluorescentes, fontes de calor, à umidade excessiva e ao contato com gases ou outros produtos químicos. Se precisar manter o recibo por mais tempo, providencie cópia do documento.

Atenção: o recibo de aposta original é o único comprovante que o habitante o receber eventuais prêmios de loterias. Confira os dados corretos no recibo de aposta. O prazo para receber o prêmio é de 90 dias, a contar da data de sorteio do concurso. Para sua segurança, somente adquira bilhetes em pontos de vendas autorizados pela CAIXA.

ESTE RECIBO É UM TÍTULO AO PORTADOR. PARA TORNA-LO PESSOAL E INTRANSFERÍVEL, PREENCHA SEUS DADOS:

20/08/2020 20:07:29



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

499 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000182/2019-06

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Raimundo Nonato De Oliveira Rufino

Data/Hora: 21/02/2019 - 17:42

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

PROXIMO A GRANJA MOREIRA, Nº: S/N

Complemento

Data/Hora

13/01/2019 - 08:30

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO DA CRUZ COSTA

RG: 575178589 SP SP

Mãe: MARIA DE JESUS DA CONCEIÇÃO

Pai: LUIS DA COSTA MUNIZ

Endereço: RUA ANTONIO LUIS, Nº 235

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ - CEP: 64300-000

Telefone(s): 89-8445-2593

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA, 125 FAN

Ano: Placa:

2010 NIK6125

Chassi:

9C2JC4120AR081497

Renavam:

214352650

Cor:

Vermelha

Condutor: ANTONIO DA CRUZ COSTA

RG: 575178589 Órgão: SP UF RG: SP

End: RUA ANTONIO LUIS Número: 235 Complemento:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: PI Bairro: AMANDO LIMA

Proprietário: LUIS DA COSTA MUNIZ

End: LOCALIDADE JOÃO PIRES Número:

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ UF: Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

RELATO DA OCORRÊNCIA

A vítima compareceu a esta delegacia de Polícia Civil de Valença do Piauí-PI e relatou que dia 13 de janeiro de 2019 por volta das 08:30 horas conduzia o veículo acima identificado nas proximidades do prédio da Granja Moreira em Valença do Piauí-PI, no cruzamento da rua São José com a rua Arlindo Nogueira, quando uma pessoa conduzindo outro veículo tipo motocicleta não obedeceu a placa de trânsito e avançou chocando-se com o veículo conduzido pelo vítima; Que foi arremessado no chão; Que foi socorrido e levado e levado por familiares para o Hospital Regional Eustáquio Portela em Valença do Piauí onde foi atendido pelo Dr. Thalys CRM 7068 e liberado; Que oito dias depois sentiu dor de cabeça e deu entrada no hospital regional Eustáquio Portela e recomendado fazer exames tomografia na clínica de DR Antonio Bonfim e constatou fratura incompleta do osso occipital direito e foi feito encaminhamento para o Hospital de Urgência de Teresina - HUT. Era o que tinha a queixar-se.

Raimundo Nonato De Oliveira Rufino - Mat. 1083104
AGENTE DE POLÍCIA

Antonio da Cruz Costa
ANTONIO DA CRUZ COSTA - Notificante
Responsável pela Informação

Boletim de Ocorrência emitido em: 21/02/2019 17:42 - SisBO@2011-2019 ATI

Página 1/2

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

033.444.743-75 ANTONIO DA CRUZ COSTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

ANTONIO DA CRUZ COSTA
NÃO INFORMADO RUA JOSÉ MARRGROS FERREIRA 235 URBANO
Bairro: AMANDOLIMA Cidade: VALENÇA Estado: PIAUI CEP: 64.300.000
E-mail: Tel. (DDD):

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

RENTA 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3887

CONTA:

00024690

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 29º do Código Penal.



Local e Data:

VALENÇA DO PIAUI 25/04/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina a ROGN

Antonio da Cruz Costa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
 AV SANTOS DUMONT,
 CENTRO, VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000
 CNPJ: 06553564001100
 (89) 3465-1015 - (89) 3465-1369
 HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0230203 Registro: 77360
 Data: 13/01/2019 Hora: 10:02:00
 Funcionário: EDIMAR Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO
Senha 15 SUS

ANTONIO DA CRUZ COSTA

Nasc.: 26/07/1987 Idade: 31 ANOS, 5 MESES, 18 DIAS Profissão:
 End.: ANTONIO LUIZ, 0 - Bairro: AMANDO LIMA Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI
 Cor: PARDA Telefone: () - Mãe: MARIA DE JESUS DA CONCEICAO E Pai: LUIS DA COSTA MUNIZ
 Clínica: CLINICA GERAL Demanda: DEMANDA ESPONTANEA Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA
 0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

*paciente chegou ao pronto socorro
 com dor no peito*

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Exames complementares realizados

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

*CP Diapirone 0,5mg po
 CP Metoprolol 50mg po*

*11-10
 Dr. Auricélia Pereira Ló
 Enfermeira
 COREN-PI 1240598*

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 10:16:43

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não

Queixa/História: TONTURA E CEFALALGIA APÓS QUEDA DE MOTO

Alergias: NEGA

Medicação Usual:

PA: 130x80 mmHg TAX: 0% FR: 0 mmpm SAT 02: 0 Dor:
 FC: 62 bpm Glicemia: 0 mg/dl Peso: 0 kg ECG: 0

Observação: RELATA QUEDA DE MOTO

Conduta: ENC AOA CCLINICCO

*Auricélia Pereira Ló
 Enfermeira
 COREN-PI 1240598*

406836 - AURICELIA PEREIRA LÓ
 Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino: ____

Hora: ____:____

Antonio da Cruz Costa
 ANTONIO DA CRUZ COSTA

*Tallys Francisco da Luz Cam
 MEDICO
 CRM-PI 7056*

7068 - TALLYS FRANCISCO DA LUZ CAM

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO DA CRUZ COSTA

RG nº 57.574.858-9 data de expedição 02/08/13 Órgão SSP/SP

CPF nº 033.444.743-75 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>RUA JOSE MARREIROS FERRAZ</u>
Número	<u>285</u>
Apto / Complemento	<u>URBANO</u>
Bairro	<u>AMANDO LIMA</u>
Cidade	<u>VALERIA</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64.300.000</u>
Telefone de Contato	<u>(29) 999316641 / 994093745</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: VALERIA DO PIAUÍ / 25/04/19

Assinatura do Declarante: Antonio da Cruz Costa

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019





Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

MATRICULA	Hidrometro	Referencia
1732974-4	A07N381001	ABR/2019

Nome/Razão Social/Endereço	AG= 176
ERISVAN ALVES DE CARVALHO	
RUA JOSE MARREIROS FERRAZ, 235	
AMANDO LIMA	
VALENCA 64300000	

Situação	Rel.	Categorias de Uso	Inscrição
3/1	1	Com. Ind. Pto	113 1 06 0349 0005-000

Período de Consumo	Data de Consumo
11/03/2019	10/04/2019

Mês/Ano	Leitura	Consumo	Qtdm
10/18	1201	10	0
11/18	1213	12	0
12/18	1223	10	0
01/19	1235	12	0
02/19	1247	12	0
03/19	1258	11	0
04/19	1270	12	0

Forma de Faturamento	FATURADO P/ CONSUMO NORMAL
Cód. Responsável	028589240
Código da Verificação	01
Consumo Médio	11
Consumo Faturado	12

Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)
001	ÁGUA	39,44
001	MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	0,84
001	JUROS DE MORA 001/001	1,28
001	MANUTENCAO HIDROMETRO	1,90

VENCIMENTO	16/04/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	43,46
------------	------------	---------------------	-------

AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 2 VALOR: R\$ 43,46
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetros	Turbidez	Cor	Oxigênio	pH	Ferro	Cobalto	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 8,5	0,3	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação	1.50	3.10	7.21	0.00	0.00		
Valor Médio							

PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.

CONCLUSÃO: A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPTSA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu GIVALDO DO NASCIMENTO

RG nº 2.112.027, data de expedição 26/03/14, Órgão SSP/PI

CPF nº 972.574.783-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>RUA ANTONIO LUIS</u>
Número	<u>1180</u>
Apto / Complemento	<u>URBANO</u>
Bairro	<u>AMANDOLINA</u>
Cidade	<u>VALENÇA</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64.300.000</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 999316611 / 994093745</u>
E-mail	<u>givaldo.nascimento@vivo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: VALENÇA DO PIAUÍ / 25/04/2019

Assinatura do Declarante: Givaldo do Nascimento

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019





Av. Marechal Castelo Branco, 101 - Norte - Teresina - PI
Inscrição Estadual: 19.301.656-7 / CNPJ: 05.845.747/0001-27
Internet: www.agespisa.com.br
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

MATRICULA 1732850-0		Hidrômetro A07N261994		Referência ABR/2019
Nome/Razão Social/Endereço MIRIAN DANTAS NOGUEIRA RUA ANTONIO LUIS, 1180 AMANDO LIMA VALENCA 64300000				
AG= 176				
Situação 5/1	Rgs. 1	Categorias de Uso Cat. Ind. Pub.	Inscrição 113 1 06 0337 0130-000	
Período de Consumo 11/03/2019		Período de Faturamento 10/04/2019		Índice 30
Histórico de Consumo				
Mês/Ano	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
10/18	1332	18	0	0
11/18	1349	17	0	0
12/18	1357	8	0	0
01/19	1369	12	0	0
02/19	1375	6	0	0
03/19	1381	10	0	0
04/19	1381	10	0	0
Forma de Faturamento FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO				
Cód. Residencial 028682089		Código de Verificação 01		
Consumo Médio 11	Cons. Fio Água	Cons. Fio Esgoto		
Consumo 10	Consumo Indicado 10			
DESCRIÇÃO DA FATURA				
Água Nome do Serviço				

VENCIMENTO 16/04/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 28,72
AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 3 VALOR: R\$ 28,72
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA COM-ORME-CONT-2018/2019-MP						
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Coliformes Totais
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 9,5	0,3	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas						
Nº Amostras Realizadas						
Nº Amostras que Atende Legislação	1,50	3,10	7,21		0,00	0,00
Valor Médio						
PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RECIPIENTES SEMESTRALMENTE.						
CONDIÇÃO						
A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.						
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL						

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 22 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GIVALDO DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF 772.574.783 168 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTONIO DA CRUZ COSTA inscrito (a) no CPF sob o nº 033.444.743 75 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima ANTONIO DA CRUZ COSTA inscrito (a) no CPF sob o nº 033.444.743 75 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
RUA ANTONIO LUIS		1180	URBANO
Bairro	Amendo Lima	Estado	CEP
Valença		Piauí	64.300-00
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
givaldo.nascimento@yahoo.com.br		99/999316611	994093745

Valença-Pi, 25 de ABRIL de 2019

Local e Data

Givaldo do Nascimento
Assinatura do Declarante

OLDRL001 V001/2017

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUIS DA COSTA MUNIZ
 RG nº 412.013, data de expedição 05/09/79,
 Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 186.538.528-08 com
 domicílio na cidade de Valença, no Estado de
PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PV João Pires, nº 512
 complemento RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima ANTONIO DA CRUZ COSTA o condutor era
ANTONIO DA CRUZ COSTA
 Veículo: PAT/MOTOCICLETO/VENTHUMA
 Modelo: HONDA 166 125 FANES
 Ano: 2010/2010
 Placa: XIR 6125
 Chassi: 9C220412 0A081497
 Data do Acidente: 13/01/2019
 Local e Data: Valença do Piauí/30/01/2019

Luis da Costa Muniz
 Assinatura do Declarante



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



2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
 Rua Euripedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

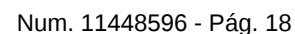
RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: LUIS DA COSTA MUNIZ, DOU FE,
 EM TEST. DA VERDADE, VALENÇA DO PIAUÍ 01/05/2019.
 Emol: 13,85 - TST: 0,77 - FPP: 0,10 - Selo: 0,26 - total: 14,98 - Selo: ABN 31020
 (F180F21)
Ana Cláudia Melão L. F. Chaves Barbosa
 Ana Cláudia Melão Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCRIVENTE

Ana Cláudia Melão L. F. Chaves Barbosa
 Escrevente Autorizada

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



SABEMI – REC. EM 27 MAI 2019



SABEMI – REC. EM 27 MAI 2019





Clinica
Dr. Helder
Oliveira

Av. Prof. João Soares, 966 - Centro
Valença do Piauí-PI
CNPJ: 04.015.067/0001-50

RECITUÁRIO

Nome:

Antonio da Cruz Costa

Paciente vítima de acidente de trânsito
(SIC), dia 13/01/2019, ao exame:

Traumatismo craniano com fratura
incompleta no arco occipital direito,
alguiloal, sendo submetido a trata-
mento conservador, alta do tratamento

25/04/2019, com redução da capaci-
dade cognitiva de aproximadamente

30%, no momento do exame.

Valença-P, 25/04/19.

Dr. Helder Antonio M. de Oliveira
Médico
CRM 2642
CPF 471.237.133-7

Helder Antonio
CRM 2642

Saúde é Vida

(89) 3465.2647

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



SABEMI – REC. EM 27 MAI 2019



**HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA**

AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0230370
Data: 14/01/2019
Funcionário: HENRIQUE

Registro: 77360
Hora: 19:30:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha **80**

SUS

ANTONIO DA CRUZ COSTA

Nasc.: 26/07/1987 Idade: 31 ANOS, 5 MESES, 19 DIAS Profissão:

End.: ANTONIO LUIZ, 0 -

Bairro: AMANDO LIMA

Civil: CEP: 64300-000

Com: PARDA Telefone: () -

Mãe: MARIA DE JESUS DA CONCEIÇÃO E COSTA Pai: LUIS DA COSTA MUNIZ

Clinica: **CLÍNICA GERAL**

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Cefaléia mudurada

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

*1) GUSTIX - 100mg
2) Dexamet - 10mg
3) Difen - 10mg
Bom dia*

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 20:36:58

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: CEFALÉIA

Alergias: NEGA ALERGIA MED

Medicação Usual:

PA: 132x83 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 78 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: PCT RELATA INICIO DE SINTOMAS APOS QUEDA DE MOTO ONTEM

Conduta: ENC CLINICO GERAL

Laline Costa
404991 - LALINE DA COSTA LEAL
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

Hora:

Antonio da Cruz Costa
ANTONIO DA CRUZ COSTA
Paciente ou Responsável

Helder Antonio Martins de Oliveira
2640 - HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA
Médico Responsável

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369
HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0230475

Data: 15/01/2019

Funcionário: ELDER

Registro: 77360

Hora: 13:56:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 40

SUS

ANTONIO DA CRUZ COSTA

Nasc.: 26/07/1987 Idade: 31 ANOS, 5 MESES, 20 DIAS Profissão:

End.: ANTONIO LUIZ, 0 -

Bairro: AMANDO LIMA

Cor: PARDA Telefone: () -

Mãe: MARIA DE JESUS DA CONCEICAO E COSTA Pai: LUIS DA COSTA MUNIZ

CPF: - RG: 575178589 - SUS: 898003202028806

Civil:

CEP: 64300-000

Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 14:13:44

Severidade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa/História: DOR NA CABECA DEVIDO A TRAUMA

Alergias: NEGA

Medicação Usual:

PA: 114 X 83 mmHg

TAX: 36,4°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 67 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta: ENC. AO CLINICO GERAL

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia

Destino:

Antonio da Cruz Costa
ANTONIO DA CRUZ COSTA
Paciente ou Responsável

Andreia de Sousa Luz
Enfermeira
CORPUS 449583

449583 ANDREIA DE SOUSA LUZ
Enfermeiro Responsável

4710 - SAMUEL G. DANTAS ARRAES
Médico Responsável

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



Nome: ANTONIO DA CRUZ COSTA,
Data: 15/01/2019
Solicitante: TALLYS LUZ CAMINHA
Convênio: PARTICULAR
Código: 59748



EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO

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

RELATÓRIO:

- Parênquima encefálico com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
- Ventrículos laterais, 3º e 4º ventrículos com formas/dimensões normais.
- Não há desvio da linha média.
- Sulcos e fissuras de aspecto normal em relação a idade.
- Cisternas basais sem alterações.
- Ausência de calcificações patológicas.
- Fratura incompleta no osso occipital direito.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura incompleta no osso occipital direito.

(01 filme)

Obs.: Exame realizado em Tomógrafo Multislice que reduz pela metade o tempo de exposição à radiação ionizante.


Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3265

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



SABEMI – REC. EM 27 MAI 2019





HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
CNPJ: 06553564001100
(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369
HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0231528
Data: 23/01/2019
Funcionário: ELDER

Registro: 77360
Hora: 16:09:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 60

SUS

ANTONIO DA CRUZ COSTA

CPF: RG: 575178589 - SUS: 898003202028806

Nasc.: 26/07/1987 Idade: 31 ANOS, 5 MESES, 28 DIAS Profissão:

Civil:

CEP: 64300-

End.: ANTONIO LUIZ, 0 -

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Cor: PARDA Telefone: () -

Mãe: MARIA DE JESUS DA CONCEICAO E COSTA Pai: LUIS DA COSTA MUNIZ

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

Hora: _____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 16:23:44

Prioridade:

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Exame/História: CEFALÉIA INTENSA E DOR NO OLHO DIREITO (SIC)

Alergias: NEGA ALERGIA

Medicação Usual:

PA: 120x70 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT O2: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta:

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência Destino: _____

Antonio da Cruz Costa
ANTONIO DA CRUZ COSTA
Paciente ou Responsável

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA
Enfermeiro Responsável

Hora: _____

2640 - HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA
Médico Responsável

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



SABEMI – REC. EM 27 MAI 2019





Secretaria Estadual de Saúde
HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
 AV. SANTOS DUMONT, S/N - CENTRO
 VALENÇA DO PIAUÍ - PI

PACIENTE: Adriano dos Reis Costa
 LEITO: _____ DATA: 23/04/19

FOLHA DE EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO EM OBSERVAÇÃO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDICAÇÃO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	RUBRICA
2. 2F04 - 1000 EV 2.0g - 3. 3F04 - 1000 EV 2.0g - 4. 4F04 - 1000 EV 2.0g - 5. 5F04 - 1000 EV 2.0g - 6. 6F04 - 1000 EV 2.0g - 7. 7F04 - 1000 EV 2.0g - 8. 8F04 - 1000 EV 2.0g - 9. 9F04 - 1000 EV 2.0g - 10. 10F04 - 1000 EV 2.0g - 11. 11F04 - 1000 EV 2.0g - 12. 12F04 - 1000 EV 2.0g - 13. 13F04 - 1000 EV 2.0g - 14. 14F04 - 1000 EV 2.0g - 15. 15F04 - 1000 EV 2.0g - 16. 16F04 - 1000 EV 2.0g - 17. 17F04 - 1000 EV 2.0g - 18. 18F04 - 1000 EV 2.0g - 19. 19F04 - 1000 EV 2.0g - 20. 20F04 - 1000 EV 2.0g - 21. 21F04 - 1000 EV 2.0g - 22. 22F04 - 1000 EV 2.0g - 23. 23F04 - 1000 EV 2.0g - 24. 24F04 - 1000 EV 2.0g - 25. 25F04 - 1000 EV 2.0g - 26. 26F04 - 1000 EV 2.0g - 27. 27F04 - 1000 EV 2.0g - 28. 28F04 - 1000 EV 2.0g - 29. 29F04 - 1000 EV 2.0g - 30. 30F04 - 1000 EV 2.0g - 31. 31F04 - 1000 EV 2.0g - 32. 32F04 - 1000 EV 2.0g - 33. 33F04 - 1000 EV 2.0g - 34. 34F04 - 1000 EV 2.0g - 35. 35F04 - 1000 EV 2.0g - 36. 36F04 - 1000 EV 2.0g - 37. 37F04 - 1000 EV 2.0g - 38. 38F04 - 1000 EV 2.0g - 39. 39F04 - 1000 EV 2.0g - 40. 40F04 - 1000 EV 2.0g - 41. 41F04 - 1000 EV 2.0g - 42. 42F04 - 1000 EV 2.0g - 43. 43F04 - 1000 EV 2.0g - 44. 44F04 - 1000 EV 2.0g - 45. 45F04 - 1000 EV 2.0g - 46. 46F04 - 1000 EV 2.0g - 47. 47F04 - 1000 EV 2.0g - 48. 48F04 - 1000 EV 2.0g - 49. 49F04 - 1000 EV 2.0g - 50. 50F04 - 1000 EV 2.0g - 51. 51F04 - 1000 EV 2.0g - 52. 52F04 - 1000 EV 2.0g - 53. 53F04 - 1000 EV 2.0g - 54. 54F04 - 1000 EV 2.0g - 55. 55F04 - 1000 EV 2.0g - 56. 56F04 - 1000 EV 2.0g - 57. 57F04 - 1000 EV 2.0g - 58. 58F04 - 1000 EV 2.0g - 59. 59F04 - 1000 EV 2.0g - 60. 60F04 - 1000 EV 2.0g - 61. 61F04 - 1000 EV 2.0g - 62. 62F04 - 1000 EV 2.0g - 63. 63F04 - 1000 EV 2.0g - 64. 64F04 - 1000 EV 2.0g - 65. 65F04 - 1000 EV 2.0g - 66. 66F04 - 1000 EV 2.0g - 67. 67F04 - 1000 EV 2.0g - 68. 68F04 - 1000 EV 2.0g - 69. 69F04 - 1000 EV 2.0g - 70. 70F04 - 1000 EV 2.0g - 71. 71F04 - 1000 EV 2.0g - 72. 72F04 - 1000 EV 2.0g - 73. 73F04 - 1000 EV 2.0g - 74. 74F04 - 1000 EV 2.0g - 75. 75F04 - 1000 EV 2.0g - 76. 76F04 - 1000 EV 2.0g - 77. 77F04 - 1000 EV 2.0g - 78. 78F04 - 1000 EV 2.0g - 79. 79F04 - 1000 EV 2.0g - 80. 80F04 - 1000 EV 2.0g - 81. 81F04 - 1000 EV 2.0g - 82. 82F04 - 1000 EV 2.0g - 83. 83F04 - 1000 EV 2.0g - 84. 84F04 - 1000 EV 2.0g - 85. 85F04 - 1000 EV 2.0g - 86. 86F04 - 1000 EV 2.0g - 87. 87F04 - 1000 EV 2.0g - 88. 88F04 - 1000 EV 2.0g - 89. 89F04 - 1000 EV 2.0g - 90. 90F04 - 1000 EV 2.0g - 91. 91F04 - 1000 EV 2.0g - 92. 92F04 - 1000 EV 2.0g - 93. 93F04 - 1000 EV 2.0g - 94. 94F04 - 1000 EV 2.0g - 95. 95F04 - 1000 EV 2.0g - 96. 96F04 - 1000 EV 2.0g - 97. 97F04 - 1000 EV 2.0g - 98. 98F04 - 1000 EV 2.0g - 99. 99F04 - 1000 EV 2.0g - 100. 100F04 - 1000 EV 2.0g -	19.04.19		

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/08/2020 20:07:29
 http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082020072878600000010843817
 Número do documento: 20082020072878600000010843817



SABEMI – REC. EM 27 MAI 2019



SOLICITAÇÃO: ANTONIO DA CRUZ COSTA -
20190123194672
STATUS: ENCERRADA

Informações Gerais

- Paciente:** ANTONIO DA CRUZ COSTA - 898003202028806 - 26/07/1987 (31 anos), Valença do Piauí, Mãe: MARIA DE JESUS DA CONCEIÇÃO E COSTA (/pacientes/195575)
- Leito:** Hospital de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha - HUT (Teresina/PI) - Neurologia / Adulto / Ambos (/estabelecimentos/121)
- Class. Risco:** Emergência

VISÃO GERAL

Estab. Solicitante
Hospital Regional Eustáquio Portela (Valença do Piauí/PI)

Médico Solicitante
HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA

Usuário Solicitante
Usuário Padrão

Senha
20190123194672

Observação solicitante
Regulado via Central de Regulação Municipal PARA HUT DR. FCO DANTAS RECEBEU A SENHA 57960/495471941

Caráter
Urgência

Tipo de Leito
Neurologia

CiDs
Fratura da base do crânio

Procedimentos

Descrição Clínica

PACIENTE REFERE ACIDENTE DE TRÂNSITO (SIC) COM CEFALÉIA EM CAPACETE, VÔMITOS INCOERENTES, DESORIENTAMENTO, AFASIA, APRAXIA. SOLICITADO TC DE CRÂNIO: FRATURA INCOMPLETA DO OSSO OCCIPITAL DIREITO, GLASSGOW 12 assistência Ventilatória: Não necessita Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): Não tem Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): 92mg/dl Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 12 Saturação de oxigênio (0 a 100% ou Não Informado): 98% ambiente Frequência respiratória (0 a 80 rpm ou Não Informado): 26rpm Frequência cardíaca (60 a 180 bpm ou Não Informado): 110bpm Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado): 130/80

Protocolo de Atendimento
Assistência Ventilatória: Não necessita

Hemoglobina (0 a 50 g/dl ou Não Informado): Não tem

Glicemia (0 a 500 mg/dl ou Não Informado): 92mg/dl

Escala de Glasgow (0 a 15 ou Não Informado): 12

EVOLUÇÃO

Id: 57.960

Auto: 495471941

HUT

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



SABEMI – REC. EM 27 MAI 2019



Frequência cardíaca (0 a 180 bpm ou Não Informado): 110bpm

Pressão arterial (em mmHg ou Não Informado): 130/80

Observações

Dados de Notificação da Senha

Data	Usuário	Solicitante	Executante
23/01/2019 20:28	Cristiana Josefina de Oliveira	Regulado* via Central de Regulação Municipal PARA HUT DR. FCO DANTAS RECEBEU A SENHA 57960/495471941	Regulado via Central de Regulação Municipal

Atualizações no Fluxo

Data	Usuário	Status	Motivo
23/01/2019 18:26	HELDER MARTINS	Pendente	
23/01/2019 18:39	Regina Lucia Oliveira Ramos	Fila de Espera	
23/01/2019 18:39	Regina Lucia Oliveira Ramos	Fila de Espera	Envio para a Regulação Municipal
23/01/2019 19:30	Usuário Padrão	Regulada	Regulado via Central de Regulação Municipal por HENRIQUE ALMEIDA FILHO às 23/01/2019 18:47. Autorização de número: 495471941
23/01/2019 20:28	Cristiana Josefina de Oliveira	Encerrada	Notificação das senhas aos Envolvidos.

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019

assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 20/08/2020 20:07:29

SABEMI – REC. EM 27 MAI 2019



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 4448
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522 917/0021-02

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO DA CRUZ COSTA		Prontuário: 500685	
Mãe: MARIA DE JESUS DA CONCEIÇÃO COSTA	Pai:		
End.Resid.: RUA JOSE MAREIRA FERRAZ N 235 - AMANDO LIMA - VALENÇA DO PIAUI - PI - CEP: 64300-000			
Nascimento: 26/07/1987	Idade: 31a5m29d	Sexo: Masculino	Fone: 89-94452-593
Responsável: FRANCISCA DALVA	CNS: 898003202028806		
Profissão: LAVRADOR	Documento: CPF: 033.444.743-75		
G. Instrução: Fundamental Completo	E.Civil: Concubinato		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 704370	Entrada: 24/01/2019 13:50:18	Convênio: SUS	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR DE CABEÇA/CEFALEIA/ENXAQUECA			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve Histórico Clas. Risco: DEFININDO A HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO O CARRO EM 13/01/2019. RELATO DE T.C. DEFALEIA, NÁUSEAS, DESMAIO, TONTURA, NEGA OUTRAS QUINTAS, SÍMPTOMAS L. 13/01/19		CLEBIANA MARQUES ATENÇÃO ALFES COREN PI 136883 Em: 24/01/2019 14:07:12

SSVV: (Hora: ____ : ____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 11 DIAS, REFERE QUE EVOLUIU COM TONTURA HÁ 3 DIAS E CEFALEIA. ESTAVA SEM CAPACETE. NEGA SINCOPE, OU VÔMITOS.

- A. VIAS AERIAS PERVIAS, FÁSICO
- B. MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILDS.
- C. PE, ET, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES.
- D. PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES
- SEM SINAL DE LESÃO EM CABEÇA.
- E. SEM ESCORIAÇÕES. EXAME NEUROLÓGICO NORMAL

Exames Complementares:

Exames Complementares:

Prescrição Médica:

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto):

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
CRM: Em: 24/01/2019 14:21:01

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



**HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA**AV SANTOS DUMONT,
CENTRO, VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0231737

Data: 25/01/2019

Funcionário: DANRLEY

Registro: 77360

Hora: 10:00:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 22

SUS

ANTONIO DA CRUZ COSTA

Nasc.: 26/07/1987 Idade: 31 ANOS, 5 MESES, 30 DIAS Profissão:

End.: ANTONIO LUIZ, 0 -

Bairro: AMANDO LIMA

Cor: PARDA

Telefone: () -

Mãe: MARIA DE JESUS DA CONCEICAO E COSTA Pai: LUIS DA COSTA MUNIZ

CPF: - RG: 575178589 - SUS: 898003202028806

Civil:

CEP: 64300-000

Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI

Clínica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301010043 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:*Prontidão em guiar o veículo com
velocidade.*

Hora: ____:____

☐ Internação**Exames Complementares:****Diagnóstico provável:***Cirrose***Prescrição Médica:**

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 10:26:33

Prioridade:☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente**Queixa/História:** CEFALIA, PACIENTE RELATA QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO DIA 13/01/2019**Alergias:** NEGA ALERGIA MED.**Medicação Usual:** NIMESULIDA 2 X AO DIA

PA: 130X70 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 98

Dor:

FC: 71 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: NEGA DM E HAS**Conduta:** ENC. AO CLINICO*Maryanna Tallyta Silva Barreto*
Enfermeira
COREN-PI 487.640
*Maryanna*487640 - MARYANNA TALLYTA SILVA BARRETO
Enfermeiro Responsável

Hora:

Dados da Alta☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:*Antonio da Cruz Costa*ANTONIO DA CRUZ COSTA
Paciente ou Responsável*Dr. Tallys Luz Caminha*
MÉDICO
CRM-PI 70687068 - TALLYS FRANCISCO DA LUZ CAMINHA
Médico Responsável

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



SABEMI – REC. EM 27 MAI 2019





HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV. SANTOS DUMONT, S/N - CENTRO
VALENÇA DO PIAUÍ - PI

PACIENTE: Arturo Pineda Lopez

LEITO:

DATA:

FOLHA DE EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO EM OBSERVAÇÃO

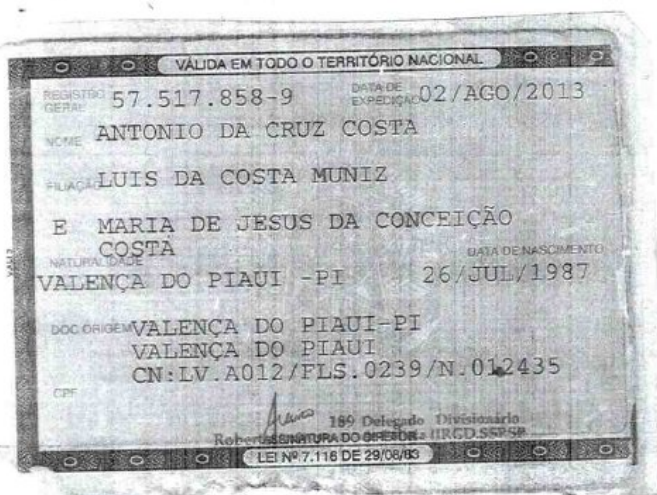
EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDICAÇÃO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	RUBRICA
60) Hipercolesterolemia Sanguínea Clonidina 0,5mg 61) Hipertensão arterial Clonidina 0,5mg 62) Insuficiência cardíaca Clonidina 0,5mg 63) Insuficiência renal Clonidina 0,5mg 64) Insuficiência hepática Clonidina 0,5mg 65) Insuficiência pulmonar Clonidina 0,5mg 66) Insuficiência sistêmica Clonidina 0,5mg 67) Insuficiência urinária Clonidina 0,5mg 68) Insuficiência vascular Clonidina 0,5mg 69) Insuficiência cardíaca congestiva Clonidina 0,5mg 70) Insuficiência cardíaca congestiva com insuficiência renal Clonidina 0,5mg 71) Insuficiência cardíaca congestiva com insuficiência renal e insuficiência hepática Clonidina 0,5mg 72) Insuficiência cardíaca congestiva com insuficiência renal e insuficiência hepática e insuficiência pulmonar Clonidina 0,5mg 73) Insuficiência cardíaca congestiva com insuficiência renal e insuficiência hepática e insuficiência pulmonar e insuficiência sistêmica Clonidina 0,5mg 74) Insuficiência cardíaca congestiva com insuficiência renal e insuficiência hepática e insuficiência pulmonar e insuficiência sistêmica e insuficiência urinária Clonidina 0,5mg 75) Insuficiência cardíaca congestiva com insuficiência renal e insuficiência hepática e insuficiência pulmonar e insuficiência sistêmica e insuficiência urinária e insuficiência vascular Clonidina 0,5mg 76) Insuficiência cardíaca congestiva com insuficiência renal e insuficiência hepática e insuficiência pulmonar e insuficiência sistêmica e insuficiência urinária e insuficiência vascular e insuficiência cardíaca congestiva Clonidina 0,5mg 77) Insuficiência cardíaca congestiva com insuficiência renal e insuficiência hepática e insuficiência pulmonar e insuficiência sistêmica e insuficiência urinária e insuficiência vascular e insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência cardíaca congestiva Clonidina 0,5mg 78) Insuficiência cardíaca congestiva com insuficiência renal e insuficiência hepática e insuficiência pulmonar e insuficiência sistêmica e insuficiência urinária e insuficiência vascular e insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência cardíaca congestiva Clonidina 0,5mg 79) Insuficiência cardíaca congestiva com insuficiência renal e insuficiência hepática e insuficiência pulmonar e insuficiência sistêmica e insuficiência urinária e insuficiência vascular e insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência cardíaca congestiva Clonidina 0,5mg 80) Insuficiência cardíaca congestiva com insuficiência renal e insuficiência hepática e insuficiência pulmonar e insuficiência sistêmica e insuficiência urinária e insuficiência vascular e insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência cardíaca congestiva Clonidina 0,5mg	11:57 12:00 12:05 12:10 12:15 12:20 12:25 12:30 12:35 12:40 12:45 12:50 12:55 13:00 13:05 13:10 13:15 13:20 13:25 13:30 13:35 13:40 13:45 13:50 13:55 14:00 14:05 14:10 14:15 14:20 14:25 14:30 14:35 14:40 14:45 14:50 14:55 15:00 15:05 15:10 15:15 15:20 15:25 15:30 15:35 15:40 15:45 15:50 15:55 16:00 16:05 16:10 16:15 16:20 16:25 16:30 16:35 16:40 16:45 16:50 16:55 17:00 17:05 17:10 17:15 17:20 17:25 17:30 17:35 17:40 17:45 17:50 17:55 18:00 18:05 18:10 18:15 18:20 18:25 18:30 18:35 18:40 18:45 18:50 18:55 19:00 19:05 19:10 19:15 19:20 19:25 19:30 19:35 19:40 19:45 19:50 19:55 20:00 20:05 20:10 20:15 20:20 20:25 20:30 20:35 20:40 20:45 20:50 20:55 21:00 21:05 21:10 21:15 21:20 21:25 21:30 21:35 21:40 21:45 21:50 21:55 22:00 22:05 22:10 22:15 22:20 22:25 22:30 22:35 22:40 22:45 22:50 22:55 23:00 23:05 23:10 23:15 23:20 23:25 23:30 23:35 23:40 23:45 23:50 23:55 24:00		

SABEMI – REC. EM 27 MAI 2019



<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082020072878600000010843817>

Número do documento: 20082020072878600000010843817



SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.112.027 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/03/14

NOME
GIVALDO DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO
ESMERALDA MARIA DO NASCIMENTO SANTIAGO

NATURALIDADE
VALENÇA DO PIAUI-PI DATA DE NASCIMENTO
01/11/1980

DOC. ORIGEM
CERT. CASAM. 2623 L 7B F 150V
EXP VALENÇA DO PIAUI-PI 13/07/12

TERESINA - PI
972.574.783-68 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 26/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTIN"

Givaldo do Nascimento
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN PI Nº 8633181998
0120100084394 28130802681

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 214352633 RNTRO

NOME/ENDEREÇO
LUIS DA COSTA MUNIZ
PV JOAO PIRES
CENTRO 00000
PI

CNPJ 18653852908 PLACA
NIK-6125

PICOS MOTOS PERAS SERVICOS LTDA

PLACA ANT/UF 9C2JC4120AR081497

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA COLÉTIVEI
GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TAN ES ANO FAB 2010 ANO MOD 2010

SERIE/NOV/DIL 02F/0124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE
VERMELHA

OBSERVAÇÕES
PBT: 000.29

SEM RESTRICOES O SOMENTE PARA TRANSFERENCIA
GUARDE EM LOCAL SEGURO

VALÊNCIA DO PLACA 14/06/2010

EXPEDIDOR

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190345837**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO DA CRUZ COSTA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JOSE MARREIROS FERRAZ, 235 - AMANDO LIMA - Valença do Piauí - PI - CEP 64300-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp / SP**] **575178589**

Data e local do acidente: [**13/01/2019**] **Valença do Piauí**

Data e local do exame: [**11/06/2019**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Traumatismo cranioencefálico com fratura occipital

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

Paciente refere crises de cefaléia e tontura de forte intensidade, com varias idas ao pronto socorro. Discreto déficit de memória.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento conservador. Refere alta médica.

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

[**X**] Sim [] Não

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

Paciente traça-se adequadamente. Refere crises de cefaléia e tontura frequentes, com varias idas ao pronto socorro. Nega crises convulsivas. Déficit de sensibilidade em região occipital. Sem uso de medicação de uso contínuo, somente analgésico. Sem déficits de movimentos.

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

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



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Neurológico

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190345837 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DA CRUZ COSTA **Data do acidente:** 13/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânioencefálico com fratura occipital.

Descrição do exame físico: Paciente refere crises de cefaleia e tontura de forte intensidade, com varias idas ao pronto socorro. Relata discreto déficit de memória.
Paciente traja-se adequadamente. Nega crises convulsivas. Déficit de sensibilidade em região occipital. Sem uso de medicação de uso contínuo, somente analgésico. Sem déficits de movimentos.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador. Refere alta médica.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 11/06/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: alteramos a conclusão do examinador, que estabeleceu indenização com base em sintomas. Procedida avaliação médica na cidade de Picos.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190345837 **Cidade:** Valença do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO DA CRUZ COSTA **Data do acidente:** 13/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.(P3/7/13/17)
FRATURA INCOMPLETA NO OSSO OCCIPITAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR
(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: ANTONIO DA CRUZ COSTA
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado civil: SOLTEIRO
Identidade: 57.572.858-9-SSP/SP
CPF: 033.444.743-75
Profissão: NÃO INFORMADO
Endereço: RUA JOSE MARRGROS FERRAZ 235 VALENÇA-PIAUÍ
CEP: 64.300.000
Telefone: (89) 994452593

OUTORGADO:

Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado civil: DIVORCIADO
Identidade: 2.112.021 SSP/PI
CPF/CNPJ: 972.574.783-68
Profissão: NÃO INFORMADO
Endereço: RUA ANTONIO LUIS 1180 VALENÇA DO PI
CEP: 64.300.000
Telefone: (89) 999316611

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. COBERTURA INVALIDEZ e DANOS.

DATA DO AB'DENT 13/01/2019
x Antonio da Cruz Costa
Assinatura do Outorgante
(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)

VALENÇA DO PI/30/01/2019
Local e data

2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
Rua Euripedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1174

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO DA CRUZ COSTA, DO
FE. EM TEST. DA VERDADE. VALENÇA DO PI/PI 05/02/2019.
Emol: 3,85 - 170,77 - RPP: 0,10 - Selos: 0,26 - Total: 4,98 - Selos: 31021
(F160P22)
Ana Claudia Melo L. F. Chaves Barbosa
Ana Claudia Melo Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCRIVÃO



Escrevente Autorizada
Ana Claudia Melo L. F. Chaves Barbosa

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177499/19

Vítima: ANTONIO DA CRUZ COSTA

CPF: 033.444.743-75

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/01/2019

Titular do CPF: ANTONIO DA CRUZ COSTA

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

GIVALDO DO NASCIMENTO : 972.574.783-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANTONIO DA CRUZ COSTA : 033.444.743-75

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/05/2019
Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO
CPF: 972.574.783-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2019
Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES
CPF: 026.874.120-40

GIVALDO DO NASCIMENTO

JULIANE CAMPOS RODRIGUES

