

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190028646      **Cidade:** Floriano      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO      **Data do acidente:** 21/04/2016      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo crânio-facial com fratura frontal (predominando na linha média) e hematoma epidural.

**Descrição do exame** Refere cefaleia com características de cefaleia pós-traumática em uso continuado de medicação analgésica, tonturas físicas: e insônia pós trauma.

**Resultados terapêuticos:** Realizou tratamento conservador.

**Sequelas permanentes:** Dano neurológico

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190028646      **Cidade:** Floriano      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO      **Data do acidente:** 21/04/2016      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/02/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (HEMATOMA EPIDURAL).  
FRATURA DE OSSO FRONTAL

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012806/19

Número do Sinistro: 3190028646

Vítima: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

CPF: 050.105.343-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/04/2016

JOSE EDIVAN MOURA  
CARVALHO

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Outros

## 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](http://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: 19/03/2019  
Nome: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS  
CPF: 630.353.673-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

---

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

---

Ozeas Chaves Vieira Junior

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012806/19

Número do Sinistro: 3190028646

Vítima: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

CPF: 050.105.343-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/04/2016

JOSE EDIVAN MOURA  
CARVALHO

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Outros

**JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO : 050.105.343-39**

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](http://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: 09/04/2019  
Nome: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS  
CPF: 630.353.673-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Paula Vargens Mendes da Costa

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012806/19

**Vítima:** JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

**CPF:** 050.105.343-39

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/04/2016

JOSE EDIVAN MOURA  
CARVALHO

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ERIOMAR ALVES DOS SANTOS : 630.353.673-53

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

### JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO : 050.105.343-39

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](http://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: 11/01/2019  
Nome: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS  
CPF: 630.353.673-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Ozeas Chaves Vieira Junior

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190028646**

**Vítima: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

**Data do Acidente: 21/04/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 15 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028646**

**Vítima: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

**Data do Acidente: 21/04/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

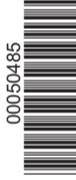
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 22 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190028646**

**Vítima: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

**Data do Acidente: 21/04/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

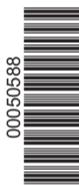
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Março de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028646**

**Vítima: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

**Data do Acidente: 21/04/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 20 de Março de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028646**

**Vítima: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

**Data do Acidente: 21/04/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190028646**

**Vítima: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

**Data do Acidente: 21/04/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS**

**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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190028646

Vítima: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Data do Acidente: 21/04/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000000096-5

Conta: 0000055286-0

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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). Apênas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 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").





**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
JOSE EDIVAN Moura Carvalho	050.105.343-39	ESTUDANTE
Endereço	Número	Complemento
CONJ. HERMÉS PACHECO 8-A	23	CASA
Bairro	Estado	CEP
Campo Velho	PR	64800 000
Email	Telefone (DDD)	
	89 99404 5016	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	NRO.		
BANCO DO BRASIL	001		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0096-	5	55286	0
(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/banco. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

*[Assinatura]*

11 JAN. 2019

FLORIANÓPOLIS, 01 de Outubro de 2018

Local e Data

*x Jose Edivan Moura Carvalho*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
11 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002-470



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104347.002367/2018-81

Unidade de Registro: 2ª DRPC - FLORIANO

Resp. pelo Registro: Nayliê Fonseca Pereira Rocha

Data/Hora: 21/12/2018 - 10:08

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

2º DP DE FLORIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Endereço

BR 343/PROXIMO A UESPI, Nº:

Complemento

Data/Hora

21/04/2016 - 01:00

Bairro

REDE NOVA

Ponto de Referência

478158

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ EDIVAN MOURA CARVALHO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3240445 SSP PI

Mãe: MARIA DOS REMÉDIOS DE MOURA CARVALHO

Endereço: QUADRA A CASA 23, Nº

Bairro: CONJUNTO HERMES PACHECO

Cidade: FLORIANO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE ESTAVA SE DESLOCANDO PELA BR 343, NO DIA E HORA CITADOS ACIMA, EM DIREÇÃO À SUA CASA, QUE NAS PROXIMIDADES DA UESPI OUTRO INDIVÍDUO CONDUZINDO OUTRA MOTOCICLETA INVADIU A SUA PREFERENCIAL E BATEU NA FRETE DE SUA MOTOCICLETA, QUE EM FUNÇÃO DO CHOQUE FICOU DESACORDADO E FOI SOCORRIDO PELO SAMU, QUE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES E DIAGNOSTICADO TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO GRAU LEVE, QUE FOI TRANSFERIDO PARA O HUT EM TERESINA/PI E TRATADO COM MEDICAMENTOS, QUE ENCONTRA-SE COM CEFALÉIA, TONTURA, ESQUECIMENTO E DESMAIOS DE VEZ EM QUANDO: CID S09. ERA O QUE TINHA A DECLARAR.

José Edivan moura carvalho

Nayliê Fonseca Pereira Rocha - Mat. 0867632



JOSÉ EDIVAN MOURA CARVALHO - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 104347.000344/2019-11**



Unidade de Registro: 2º DP DE FLORIANO

Resp. pelo Registro: Erick Fonseca Dias

Data/Hora: 13/02/2019 - 11:01

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

21/04/2016 - 01:00

2º DP DE FLORIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

CONJUNTO HERMES PACHECO

FLORIANO

Endereço

BR 343 PRÓXIMO A UESPI, N°

Ponto de Referência

Complemento

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: JOSÉ EDIVAN MOURA CARVALHO

RG: 3240445 SSP PI

Mae: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO

Endereço: QUADRA A CASA 23, N°

Bairro: CONJUNTO HERMES PACHECO

Cidade: FLORIANO

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

**Natureza(s) da Ocorrência**

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

**VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)**

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA POP100

2012 ODU7286 9C2HB0210CR450979

471463647

Preta

Condutor: JOSÉ EDIVAN MOURA CARVALHO

RG: 3240445 Órgão: SSP UF RG: PI

Erai: QUADRA A CASA 23 Número: Complemento:

Cidade: FLORIANO UF: PI Bairro: CONJUNTO HERMES PACHECO

Proprietário: LEONARDO CARDOSO SOARES

Erai: RUA HONORATO DE SOUSA LIMA Número: 66

Cidade: FLORIANO UF: Bairro: CAMPO VELHO

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA O NOTICIANTE QUE ESTAVA SE DESLOCANDO PELA BR 343, NO DIA E HORA CITADOS ACIMA, EM DIREÇÃO À SUA CASA, QUE NAS PROXIMIDADES DA UESPI OUTRO INDIVÍDUO CONDUZINDO OUTRA MOTOCICLETA INVADIU A SUA PREFERENCIAL E BATEU NA FRETE DE SUA MOTOCICLETA, QUE EM FUNÇÃO DO CHOQUE FICOU DESACORDADO E FOI SOCORRIDO PELO SAMU, QUE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES E DIAGNOSTICADO TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO GRAU LEVE, QUE FOI TRANSFERIDO PARA O HUT EM TERESINA/PI E TRATADO COM MEDICAMENTOS, QUE ENCONTRA-SE COM CEFALÉIA, TONTURA, ESQUECIMENTO E DESMAIOS DE VEZ EM QUANDO: CID 509 ERA O QUE TINHA A DECLARAR.

*X de J. Edivan Moura Carvalho*

JOSÉ EDIVAN MOURA CARVALHO - Noticiante

Responsável pela Informação

Erick Fonseca Dias - Mat. 2272229  
 AGENTE DE POLÍCIA

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 FEB. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002470

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

Nome Completo da Vítima

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

CPF da Vítima

030.105.343-39

Data do Acidente

23/04/2016

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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 médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

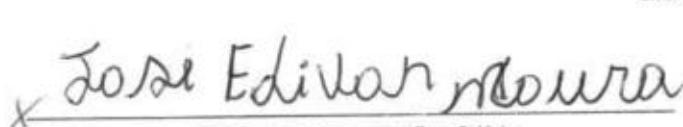
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

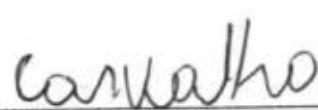
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002470

Fioriano PE 01 de Abril de 2016

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

### \*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00096-5

CONTA: 00000055286-0

---

Nr. da Autenticação CBEC5189F01197C6



SECRETARIA  
MUNICIPAL  
DE SAÚDE



SAMU  
192

DATA: 21/04/16

**SAMU FLORIANO  
REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

AMBULÂNCIA ACIONADA:  USB /  USI /  USA /  USR /  OUTRA

LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR 343 (UESPI) 1020

NOME DO PACIENTE: JONI EDUARDO DE MELLO FONSECA IDADE:

SEXO:  M  F

SAÍDA DA C.R. 01:00:14  
SAÍDA DO LOCAL \_\_\_\_\_  
SAÍDA DO HOSPITAL \_\_\_\_\_

CHEGADA AO LOCAL 01:03:16 18

CHEGADA AO HOSPITAL \_\_\_\_\_

CHEGADA A C.R. \_\_\_\_\_

- |   |                      |                              |                 |
|---|----------------------|------------------------------|-----------------|
| 01- <input checked="" type="checkbox"/> | ACIDENTE DE TRÂNSITO | 09- <input type="checkbox"/> | QUEDA           |
| 02- <input type="checkbox"/>            | AGRESSÃO FÍSICA      | 10- <input type="checkbox"/> | AFOGAMENTO      |
| 03- <input type="checkbox"/>            | URG. PSIQUIÁTRICA    | 11- <input type="checkbox"/> | F. ARMA BRANCA  |
| 04- <input type="checkbox"/>            | ENVENENAMENTO        | 12- <input type="checkbox"/> | QUEIMADURA      |
| 05- <input type="checkbox"/>            | CHOQUE ELÉTRICO      | 13- <input type="checkbox"/> | MAL SÚBITO      |
| 06- <input type="checkbox"/>            | URG. OBSTÉTRICA      | 14- <input type="checkbox"/> | F. ARMA DE FOGO |
| 07- <input type="checkbox"/>            | URG. PEDIÁTRICA      | 15- <input type="checkbox"/> | FALSO CHAMADO   |
| 08- <input type="checkbox"/>            | URG. CLÍNICA         | 16- <input type="checkbox"/> | JÁ REMOVIDO     |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA   
FRACO   
AUSENTE

PUPILA:

IGUAIS   
DESIGUAIS

FALA:

NORMAL   
CONFUSA   
NENHUMA

PULSO RADIAL:

FORTE   
FRACO   
AUSENTE

SANGRAMENTO

AUSENTE   
MÍNIMO   
MODERADO   
INTENSO

SINAIS VITais

PRESSÃO ARTERIAL 110 x 70  
PULSO 88  
RESPIRAÇÃO \_\_\_\_\_  
TEMPERATURA \_\_\_\_\_

OBSERVAÇÕES

Sat. 97%

Paciente atordoado = 20 no fundo que é de 24  
muito levemente bate no teto

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Aspiração <input type="checkbox"/>                | Oxigênio <input type="checkbox"/>            | Prancha longa <input type="checkbox"/>      | R.C.P. <input type="checkbox"/>                  |
| KED <input type="checkbox"/>                      | Hemostasia <input type="checkbox"/>          | Traqueostomia <input type="checkbox"/>      | Colar cervical <input type="checkbox"/>          |
| Prancha curta <input type="checkbox"/>            | Curativos e limpeza <input type="checkbox"/> | Assist. obstétrica <input type="checkbox"/> | Entub. Orotraqueal <input type="checkbox"/>      |
| Ventilação artif. <input type="checkbox"/>        | Monitorização <input type="checkbox"/>       | Cricotireoidotomia <input type="checkbox"/> | DPVAT <input type="checkbox"/>                   |
| Acesso-venoso sol; _____ <input type="checkbox"/> | _____ <input type="checkbox"/>               | Outros: _____                               | CONTEUDO NÃO VERIFICADO <input type="checkbox"/> |

11 JAN. 2019

MEDICAÇÕES \_\_\_\_\_

MATERIAL DE CONSUMO \_\_\_\_\_

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

ENTRADA NO HOSPITAL

Melhorado   
Piorado   
Inalterado   
Coma / glasgow

CONDIÇÕES DE GRAVIDADE DE ENTRADA NO HOSPITAL

Severa grav.   
Ileso   
Óbito antes do socorro

Pequena grav.   
Indeterminada

Média grav.   
Óbito durante o atendimento

HOSPITAL DE DESTINO H.T.N

Francisco M.S.  
PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.

Daniel Dionizio  
PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.

CNPJ: 06.553.564/0100-02  
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Senha 9

Sexo: MASCULINO  
SUS

CPF: 050.105.343-39 - RG: 3240445 - SUS:  
Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64600-000

**JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

Nasc.: 15/11/1994 Idade: 21 ANOS, 5 MESES, 7 DIAS Profissão:

End.: HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 -

Bairro: CAMPO VELHO

Cidade: FLORIANO/PI

IBGE: 2203909 Cor: BRANCA Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO

Pai: DIVALDO CARVALHO

Clinica: **ACOLHIMENTO**

Documento: - LUIZ SOLANO DE CARVALHO JUNIOR

Responsavel: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO - O MESMO

**Procedimentos**

22/04/2016 19:43 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA  
 Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco

Azul - Não Urgente

**Motivo do atendimento:**

**QUEIXA/HISTÓRIA**  
PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HOJE NA MADRUGADA, RECEBEU ALTA HOSPITALAR, APRESENTOU VÔMITOS, CEFALÉIA E DOR NO ABDOME.

**OBSERVAÇÃO**

**SINAIS VITAIS**

PA: 130X90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

**ALERGIAS**

NEGA

**MEDICAÇÃO USUAL**



**CONDUTA**

AO PLANTONISTA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
11 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

292866 - LUIZ SOLANO DE CARVALHO

Responsavel: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressões autorizado pela SETAZ 06/96

Nº da Nota Fiscal: 011082395

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CORRUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2018	21/09/2018	82	73,69

MARIA DAS DORES MARTINS SILVA  
CJ HERMES PACHECO S/N Q-A C-23 B-URBANO

CPF: 00056469934315

CEP: 64.800-000 - FLORIANO

ROT: 235.800.11.35.056950

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	8228	Atual: 14/09/2018
Anterior:	8146	Anterior: 14/08/2018
Conferente de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura: 16/10/2018
Consumo Médio:	82	Fim do mês: 13/09/2018
Consumo Faturado:	82	Apresentação: 14/09/2018

NORMAL

31

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1036977		1.1.1.1	76
HISTÓRICO kWh/mês/ano					
Mês/ano consumo					
AGO/18 78 JUL/18 55 JUN/18 76 MAI/18 77 ABR/18 81 MAR/18 71 FEV/18 76 JAN/18 69 DEZ/17 79 NOV/17 90					
CONSUMO 82 A R\$ 0,833227 = 68,32 CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 3,00 CORRECAO MONETARIA IG 07/18-00 0,94 MULTA POR ATRASO 07/18-00 0,91 JUROS DE MORA DE IMPO 07/18-00 0,52 ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 4,09					
TARIFA SEM TRIBUTOS: 82 A R\$ 0,634080					

MENSAGENS IMPORTANTE / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Año Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 25/09/2018. É seu pagamento pode adiar também a inclusão do nome do consumidor na SEMSA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO DFB7.763B.09E4.EED0.5764.2FDC.3CSD.7957

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 14,15	Base de Cálculo: 68,32
Energia: 26,89	Aliquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 4,23	Valor do ICMS: 15,03
Encargos: 4,28	Valor do PIS: 0,66
Tributos: 18,77	Valor do COFINS: 3,08

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

6,03 12,06 24,12 3,49 6,98 13,95 3,54  
0,00 0,00 0,00

11 JAN. 2019

FLORIANO 07/2018 16,04

ROT: 235.800.11.35.056950

 Eletrobras  
Distribuição Piauí

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0234081-0	73,69
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
09/2018	21/09/2018

Nº da Nota Fiscal: 011082395 FCAM

83600000000 7 73690017000 1 00000000234 5 08100918008 4



SEQ.: 00037 UC: 0234081-0 DT.LEIT.: 14/09/2018 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 8228 NORMAL TOTAL: 73,69 CARGA: 004  
DT.VENC.: 21/09/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2701



**AGESPISA**  
Águas e Esgotos do Piauí S/A

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**

MATRÍCULA

371479-9

Hidrômetro

A07N25E599

Referência

SET/2018

Nome/Razão Social/Endereço

ERIONAR ALVES DOS SANTOS  
AVE SEN PETRONIO PORTELA NUNES, 759  
CAMPO VELHO  
FLORIANO 64808485

AG= 79

Situação  
Água/Esgoto  
3/1

Categorias de Uso  
Res. Com. Ind. Pub.

Inscrição

41 2 07 0509 0017-000

DIAS CONSUMO

Período de Consumo:

15/08/2018

17/09/2018

33

Historico de Consumo

Lerme Consumo Diam.

Mês/Ano	Lerme	Consumo	Diam.
03/18	1994	15	0
04/18	2010	16	0
05/18	2031	21	0
06/18	2050	19	0
07/18	2068	18	0
08/18	2085	17	0
09/18	2104	19	0

Forma de Faturamento

FATURADO P/ CONSUMO NORMAL

Cód. Responsável Código da Tarifa

904220532

01

Consumo Médio Cons. Fixo Água Cons. Fixo Esgoto

17

Consumo Consumo Faturado

19

19

DESCRIÇÃO DA FATURA

Valor (R\$)

Cód. Nome do Serviço	72,09
ÁGUA	1,36
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	1,42
JUROS DE MORA 001/001	2,35
MANUTENCAO HIDROMETRO	

VENCIMENTO

24/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

77,22

PAGUE ATÉ O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS MORA.  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2914/2011 MS							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Colif. Total	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 9,0	0,3	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação	0,71	0,00	1,16	7,15	0,00	0,00	0,00
Valor Médio							

CONCLUSÃO: PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.

Mensagens:  
A AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR.  
EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL.

MATRÍCULA

Agente

**AGESPISA**  
Águas e Esgotos do Piauí S/A  
Atendimento ao Consumidor 08000 86 8888

Inscrição

41 2 07 0509 0017-000

AG= 79

Categorias de Uso

Res.

1

Com.

Ind.

Pub.

Matrícula

371479-9

Referência

SET/2018

VENCIMENTO

24/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

77,22

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

82630000000-5 77220001820-2 37147990920-7 18000000001-8

TUDO NAO VERIFICADO

7-1 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Eriuvalv Alves dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 630.353.673 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Edivan Moura Esquivelho inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.105.343 / 39, do sinistro de DPVAT cobertura INACIODEZ da Vítima José Edivan Moura Esquivelho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.105.343 / 39, 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			
<u>Av. Peronorio Porteira</u>	<u>Número</u>		
Bairro	<u>759</u>		
<u>Campo Velho</u>	Cidade	<u>Complemento</u>	
	<u>FLORIANÓ</u>	<u>Casa</u>	
Email	<u>Estado</u>		
<u>genteseguradora@hotmail.com</u>	<u>PI</u>		
	<u>CEP</u>		
	<u>64808 410</u>		
	<u>Telefone comercial(DDD)</u>		
	<u>89 99416 - 8849</u>		
	<u>Telefone celular (DDD)</u>		
	<u>89 99416 - 8849</u>		

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**

**DPVAT**

**CONTEUDO NAO VERIFICADO**

**11 JAN. 2019**

Florianó-PI, 01 de Outubro de 2018

Local e Data

Eriuvalv Alves dos Santos

Assinatura do Declarante

**GENTE SEGURADORA S.A.**

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LEONARDO CARVALHO SOARES,  
RG nº 3.652.993, data de expedição 18/10/11,  
Órgão SSP-PI, portador do CPF nº 064.615.093-64, com  
domicílio na cidade de Fioriano, no Estado de  
Pi, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Horácio de Sousa Lima, nº 66,  
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JOSÉ EDIVAN NOUAS CARVALHO cujo o condutor era  
JOSÉ EDIVAN NOUAS CARVALHO.

Veículo: Motocicleta  
Modelo: Honda pop/100

Ano: 2012

Placa: ODU-7286

Chassi: 9C2H80210CR450979

Data do Acidente: 21/10/2016

Local e Data: FIORIANO-PI 01 Outubro 2018

 Assinatura do Declarante

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
te do sinistro  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

11 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470



CARTÓRIO LEAL 2º OFÍCIO DE NOTAS,  
PROTESTOS, ESCRITURAS, PROCURAÇÕES  
E REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS

Rua Fernando Marques, 819 - Centro  
Fioriano/PI - CEP 64880-000  
Fone/Fax: (89) 3522-2527  
e-mail: cartorioleal2@hotmail.com

### RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de

Leonardo Carvalho Soares

Como  Verdadeira  Autêntica  Semelhança  
Dou fé. Fioriano/PI, 05/10/2018

Gilcete Ferreira

Gilcete Ferreira da Silva Almeida - Tabelião

Gilvane Ferreira da Silva - Tch. Substituta

Juelle Nunes Gomes Cavalcante - Escrevera



Selo de Fiscalização e Autenticidade

Poder Judiciário

Estado do Piauí

Área de Notas

Cartório Leal

RECONHECIMENTO DE FIRMA

ABJ 50129



SECRETARIA  
MUNICIPAL  
DE SAÚDE



SAMU  
192

DATA: 26/04/16

SAMU FLORIANO  
REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: (X) USB / ( ) USI / ( ) USA / ( ) USR / ( ) OUTRA

LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR-343 (UESPI)

NOME DO PACIENTE: José Edson da Mota Pavan IDADE:

SEXO:  M  F

SAÍDA DA C.R. 01:00:14

SAÍDA DO LOCAL

SAÍDA DO HOSPITAL

33.26 CHEGADA AO LOCAL 01:03:16 18

CHEGADA AO HOSPITAL

CHEGADA A C.R.

- |     |   |                      |
|-----|---|----------------------|
| 01- | X | ACIDENTE DE TRÂNSITO |
| 02- |   | AGRESSÃO FÍSICA      |
| 03- |   | URG. PSIQUIÁTRICA    |
| 04- |   | ENVENENAMENTO        |
| 05- |   | CHOQUE ELÉTRICO      |
| 06- |   | URG. OBSTÉTRICA      |
| 07- |   | URG. PEDIÁTRICA      |
| 08- |   | URG. CLÍNICA         |

- |     |  |                 |
|-----|--|-----------------|
| 09- |  | QUEDA           |
| 10- |  | AFOGAMENTO      |
| 11- |  | F. ARMA BRANCA  |
| 12- |  | QUEIMADURA      |
| 13- |  | MAL SÚBITO      |
| 14- |  | F. ARMA DE FOGO |
| 15- |  | FALSO CHAMADO   |
| 16- |  | JÁ REMOVIDO     |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA   
FRACO   
AUSENTE

PUPILA:  
IGUAIS   
DESIGUAIS

FALA:  
NORMAL   
CONFUSA   
NENHUMA

PULSO RADIAL:

FORTE   
FRACO   
AUSENTE

SANGRAMENTO  
AUSENTE   
MÍNIMO   
MODERADO   
INTENSO

SINAIS VITais  
PRESSÃO ARTERIAL   
PULSO   
RESPIRAÇÃO   
TEMPERATURA

10 x 70  
88

OBSERVAÇÕES

Paciente atropelado por trator que está a 40 metros da estrada com o torso

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- |                    |                          |                     |                          |                    |                          |                         |                          |
|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Aspiração          | <input type="checkbox"/> | Oxigênio            | <input type="checkbox"/> | Prancha longa      | <input type="checkbox"/> | RCP                     | <input type="checkbox"/> |
| KED                | <input type="checkbox"/> | Hemostasia          | <input type="checkbox"/> | Traqueostomia      | <input type="checkbox"/> | Colar cervical          | <input type="checkbox"/> |
| Prancha curta      | <input type="checkbox"/> | Curativos e limpeza | <input type="checkbox"/> | Assist. obstétrica | <input type="checkbox"/> | Entub. Orotatequel      | <input type="checkbox"/> |
| Ventilação artif.  | <input type="checkbox"/> | Monitorização       | <input type="checkbox"/> | Cricotireoidotomia | <input type="checkbox"/> | DPVAT                   | <input type="checkbox"/> |
| Acesso-venoso sol: | <input type="checkbox"/> |                     | <input type="checkbox"/> | Outros:            | <input type="checkbox"/> | CONTEUDO NÃO VERIFICADO | <input type="checkbox"/> |

MEDICAÇÕES

11 JAN. 2019

MATERIAL DE CONSUMO

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

ENTRADA NO HOSPITAL

Melhorado   
Piorado   
Inalterado   
Coma / glasgow

CONDIÇÕES DE GRAVIDADE DE ENTRADA NO HOSPITAL

Severa grav.	<input type="checkbox"/>	Pequena grav.	<input type="checkbox"/>	Média grav.	<input type="checkbox"/>
Iluso	<input type="checkbox"/>	Indeterminada	<input type="checkbox"/>	Óbito durante o atendimento	<input type="checkbox"/>
Óbito antes do socorro	<input type="checkbox"/>				

HOSPITAL DE DESTINO H.T.N.

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.

Daniel Dionicio  
PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.

CEP: 06.553.504/0101-04  
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Senha 9

Sexo: MASCULINO

SUS

CPF: 050.105.343-39 - RG: 3240445 - SUS:  
Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000

**JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

Nasc.: 15/11/1994 Idade: 21 ANOS, 5 MESES, 7 DIAS Profissão:

End.: HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 -

Bairro: CAMPO VELHO

Cidade: FLORIANO/PI

IBGE: 2203909 Cor: BRANCA

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO

Pai: DIVALDO CARVALHO

Clinica: ACOLHIMENTO

Documento: - LUIZ SOLANO DE CARVALHO JUNIOR

Responsável: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO - O MESMO

Responsible: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO - O MESMO

**Procedimentos**

22/04/2016 19:43 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA  
 Vermelho - Emergência  Laranja - Muito Urgente  Amarelo - Urgente  Verde - Pouco

Azul - Não Urgente

**Motivo do atendimento:**

**QUEIXA/HISTÓRIA**  
PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HOJE NA MADRUGADA, RECEBEU ALTA HOSPITALAR, APRESENTOU VÔMITOS, CEFALÉIA E DOR NO ABDOME

**OBSERVAÇÃO**

**SINAIS VITAIS**

PA: 130X90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

**ALERGIAS**

NEGA: -

**MEDICAÇÃO USUAL**



**CONDUTA**

AO PLANTONISTA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
11 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470

292866 - LUIZ SOLANO DE CARVALHO

Responsável: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

## RELATÓRIO FISIOTERAPÉUTICO

RELATO PARA OS DEVIDOS FINS QUE QUE O SR. JOSÉ EDVAN MOURA CARVALHO, PORTADOR DO RG: 3.240.445 E CPF: 050.105.343-39, VITIMA DE UM ACIDENTE DETRANSITO COM UMA MOTOCICLETA NO DIA 22 DE ABRIL 2016, ONDE DEU ENTRADA NO HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES EM FLORIANO-PI COM DIAGNOSTICO DE TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFALICO GRAU LEVE E FOI TRANSFERIDO PARA O HUT EM TERESINA-PI, NO MOMENTO ENCONTRA-SE COM CEFALÉIA, TONTURA, ESQUECIMENTO E DESMAIOS DE VEZ EM QUANDO.

CID: S09

SÃO JOÃO DO PIAUÍ-PI, 27 DE SETEMBRO DE 2018.

  
Dr. Douglas da Costa Rodrigues  
Fisioterapeuta  
CREFI TO Nº 239064-F

---

DR. DOUGLAS DA COSTA RODRIGUES  
CREFI TO Nº 239064-F FISIOTERAPEUTA





SECRETARIA  
MUNICIPAL  
DE SAÚDE



SAMU

192

DATA: 21/04/16

**SAMU FLORIANO**  
**REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

AMBULÂNCIA ACIONADA:  USB /  USI /  USA /  USR /  OUTRA \_\_\_\_\_

LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR 343 (UESPI) 1020

NOME DO PACIENTE: José Edson de Moraes Conval IDADE: 33

SEXO:  M  F CHEGADA AO LOCAL 01/04/16 18

SAÍDA DA C.R. 01/04/16

SAÍDA DO LOCAL \_\_\_\_\_

SAÍDA DO HOSPITAL \_\_\_\_\_

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 01- <input checked="" type="checkbox"/> | ACIDENTE DE TRÂNSITO |
| 02- <input type="checkbox"/>            | AGRESSÃO FÍSICA      |
| 03- <input type="checkbox"/>            | URG. PSIQUIÁTRICA    |
| 04- <input type="checkbox"/>            | ENVENENAMENTO        |
| 05- <input type="checkbox"/>            | CHOQUE ELÉTRICO      |
| 06- <input type="checkbox"/>            | URG. OBSTÉTRICA      |
| 07- <input type="checkbox"/>            | URG. PEDIÁTRICA      |
| 08- <input type="checkbox"/>            | URG. CLÍNICA         |

23 26 CHEGADA AO LOCAL 01/04/16 18

CHEGADA AO HOSPITAL \_\_\_\_\_

CHEGADA A C.R. \_\_\_\_\_

- |                              |                 |
|------------------------------|-----------------|
| 09- <input type="checkbox"/> | QUEDA           |
| 10- <input type="checkbox"/> | AFOGAMENTO      |
| 11- <input type="checkbox"/> | F. ARMA BRANCA  |
| 12- <input type="checkbox"/> | QUEIMADURA      |
| 13- <input type="checkbox"/> | MAL SÚBITO      |
| 14- <input type="checkbox"/> | F. ARMA DE FOGO |
| 15- <input type="checkbox"/> | FALSO CHAMADO   |
| 16- <input type="checkbox"/> | JÁ REMOVIDO     |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

- ALERTA   
FRACO   
AUSENTE

PUPILA:

- IGUAIS   
DESIGUAIS

FALA:

- NORMAL   
CONFUSA   
NENHUMA

PULSO RADIAL:

- FORTE   
FRACO   
AUSENTE

SANGRAMENTO

- AUSENTE   
MÍNIMO   
MODERADO   
INTENSO

SINAIS VITais

- PRESSÃO ARTERIAL   
 110 x 70  
PULSO   
RESPIRAÇÃO   
TEMPERATURA

88

OBSERVAÇÕES

Paciente alcoolizado no fundo que é de metade de cachaça em um vaso

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| Aspiração <input type="checkbox"/>         | Oxigênio <input type="checkbox"/>            | Prancha longa <input type="checkbox"/>      | RCP <input type="checkbox"/>                                |
| KED <input type="checkbox"/>               | Hemostasia <input type="checkbox"/>          | Traqueostomia <input type="checkbox"/>      | Colar cervical <input type="checkbox"/>                     |
| Prancha curta <input type="checkbox"/>     | Curativos e limpeza <input type="checkbox"/> | Assist. obstétrica <input type="checkbox"/> | Entub. Orotraqueal <input type="checkbox"/>                 |
| Ventilação artif. <input type="checkbox"/> | Monitorização <input type="checkbox"/>       | Cricotireoidotomia <input type="checkbox"/> | DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT <input type="checkbox"/> |
| Acesso-venoso sol: _____                   | _____ <input type="checkbox"/>               | Outros: _____                               | CONTEUDO NÃO VERIFICADO <input type="checkbox"/>            |

MEDICAÇÕES \_\_\_\_\_

MATERIAL DE CONSUMO \_\_\_\_\_

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

ENTRADA NO HOSPITAL CONDIÇÕES DE GRAVIDADE DE ENTRADA NO HOSPITAL

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Melhorado <input type="checkbox"/>      | Severa grav. <input type="checkbox"/>           | Pequena grav. <input type="checkbox"/> | Média grav. <input type="checkbox"/>                 |
| Piorado <input type="checkbox"/>        | Leso <input type="checkbox"/>                   | Indeterminada <input type="checkbox"/> | Óbito durante o atendimento <input type="checkbox"/> |
| Inalterado <input type="checkbox"/>     | Óbito antes do socorro <input type="checkbox"/> |  |  |
| Coma / glasgow <input type="checkbox"/> |   |  |  |

HOSPITAL DE DESTINO H.T.N.

Gravidez avançada

Daniel Browne

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.

**JOSE EDVAN DE MOURA CARVALHO**

Nasc.: 15/11/1994 Idade: 21 ANOS,5 MESES,7 DIAS Profissão: LAVRADOR  
End.:HERMES PACHECO Q A CASA 23, 0 - Bairro: CAMPO VELHO Cidade: FLORIANO/PI  
Cor: PARD@ Telefone: ( ) - Mãe: MARIA DO REMEDIO DE MOURA Pai: DIVALDO CARVALHO

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 685 - FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO

Responsavel: JOSE EDVAN DE MOURA CARVALHO - O MESMO Temp.: °C Peso:Kg P.A.:

**Procedimentos**

22/04/2016 1:19 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal:

Acordou de moto + alcool + RCR PA. 100x70

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

SF - 100ml EV 05:30  
Dipirona - 3ml 05:30  
AD - 17ml 05:30

Procedimentos/exames realizados:

Tinotriptor - 20mg

Ass. Técnico

AD - 18ml EV 05:30

02:09 Glicemia capilar 116 mg/dl Repara

PA 120x70 mm Hg sanguineo 107

8:28

dr. Aluísio G. S. Neto CRM-PI 5835 CPF: 035.962.413-83

Alto hospitalar 9:00h  
+ orientações

Dr. Aluísio G. S. Neto  
CRM-PI 5835  
CPF: 035.962.413-83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
11 JAN. 2019
GENTE SEGUROADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

11º dos Remédios de Moura Carvalho

CNPJ: 06.553.564/0103-62  
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Funcionário: PAULLENTI

Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO  
**SUS**

**JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

Nasc.: 15/11/1994 Idade: 21 ANOS, 5 MESES, 7 DIAS Profissão:

End.: HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 -

Bairro: CAMPO VELHO

Cidade: FLORIANO/PI

Cor: BRANCA

Telefone: ( ) -

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA

CPF: 050.105.343-39 - RG: 3240445 - SUS -

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-0

Pai: DIVALDO CARVALHO

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 1423 - AUGUSTO CESAR AMARAL GUIMARAES

Responsavel: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

**Procedimentos**

22/04/2016 19:43 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: *Auricula de onda, c/ fadiga, o sintoma*

**Exame clinico/fisico:****Diagnostico provavel:**

1. S. F 0,97 - 1000m (500) *20:05*  
2. ECG normal Zona 500mz no SOROKOKAI

3. Olhos, Diplopia + P/la Scl 6x20x20

4. AD + Tlaxtil av. 20:20 *00:00*

**Procedimentos/exames realizados:****Ass. Técnico**

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES  
FLORIANO - PIAUÍ  
CONFERENCIA 10/01/2017  
PDT 13/14/2017  
ASSISTENTE TÉCNICO



*Felizman de M. Soello*  
Dr. *Gesar Amaral Guimaraes*  
Médico  
CRM: 1423 - PI



DATA: 23/04/16

192

Nº:

**SAMU FLORIANO**  
**REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

AMBULÂNCIA ACIONADA  USB /  USI /  USA /  USR /  OUTRA Campo sulho

LOCAL DA OCORRÊNCIA R. Alvaro Pochero Q A C 23

NOME DO PACIENTE: José Dívar de souza convolto IDADE: 21

SEXO:  M  F

SAÍDA DA C.R.

11:13

SAÍDA DO LOCAL

17:24

SAÍDA DO HOSPITAL

11:38

CHEGADA AO LOCAL 11:20

CHEGADA AO HOSPITAL 17:28

CHEGADA A C.R.

11:40

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 01-                                     | ACIDENTE DE TRÂNSITO |
| 02-                                     | AGRESSÃO FÍSICA      |
| 03-                                     | URG. PSIQUIÁTRICA    |
| 04-                                     | ENVENENAMENTO        |
| 05-                                     | CHOQUE ELÉTRICO      |
| 06-                                     | URG. OBSTÉTRICA      |
| 07-                                     | URG. PEDIÁTRICA      |
| 08- <input checked="" type="checkbox"/> | URG. CLÍNICA         |

- |     |                 |
|-----|-----------------|
| 09- | QUEDA           |
| 10- | AFOGAMENTO      |
| 11- | F. ARMA BRANCA  |
| 12- | QUEIMADURA      |
| 13- | MAL SÚBITO      |
| 14- | F. ARMA DE FOGO |
| 15- | FALSO CHAMADO   |
| 16- | JÁ REMOVIDO     |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA   
FRACO   
AUSENTE

PUPILA:

IGUAIS   
DESIGUAIS

FALA:

NORMAL   
CONFUSA   
NENHUMA

PULSO RADIAL:

FORTE   
FRACO   
AUSENTE

SANGRAMENTO

AUSENTE   
MÍNIMO   
MODERADO   
INTENSO

SINAIS VITais

PRESSÃO ARTERIAL  
PULSO  
RESPIRAÇÃO  
TEMPERATURA

120 x 70

77

SAT. 98%

OBSERVAÇÕES

Paciente apresentando vomito +  
Cefalgie, o mesmo esfui assistente de motor  
2 dias.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- |                    |                          |                     |                          |                                 |                          |                    |                                     |
|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| Aspiração          | <input type="checkbox"/> | Oxigênio            | <input type="checkbox"/> | Prancha longa                   | <input type="checkbox"/> | RCP                | <input type="checkbox"/>            |
| KED                | <input type="checkbox"/> | Hemostasia          | <input type="checkbox"/> | Traqueostomia                   | <input type="checkbox"/> | Colar cervical     | <input type="checkbox"/>            |
| Prancha curta      | <input type="checkbox"/> | Curativos e limpeza | <input type="checkbox"/> | Assist. obstétrica              | <input type="checkbox"/> | Entub. Orotraqueal | <input type="checkbox"/>            |
| Ventilação artif.  | <input type="checkbox"/> | Monitorização       | <input type="checkbox"/> | DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT | <input type="checkbox"/> |                    |                                     |
| Acesso-venoso sol: | <u>mvs</u>               |                     |                          | CONTEUDO NAO VERIFICADO         |                          | transporte         | <input checked="" type="checkbox"/> |

MEDICAÇÕES

mvs

11 JAN. 2010

11 JAN. 2010

MATERIAL DE CONSUMO

mvs

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

ENTRADA NO HOSPITAL

CONDIÇÕES DE GRAVIDADE DE ENTRADA NO HOSPITAL

- |                |                          |                        |                          |               |                          |                             |                          |
|----------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Melhorado      | <input type="checkbox"/> | Severa grav.           | <input type="checkbox"/> | Pequena grav. | <input type="checkbox"/> | Média grav.                 | <input type="checkbox"/> |
| Piorado        | <input type="checkbox"/> | lesão                  | <input type="checkbox"/> | Indeterminada | <input type="checkbox"/> | Óbito durante o atendimento | <input type="checkbox"/> |
| Inalterado     | <input type="checkbox"/> | Óbito antes do socorro | <input type="checkbox"/> |               |                          |                             |                          |
| Coma / glasgow | <input type="checkbox"/> |                        |                          |               |                          |                             |                          |

HOSPITAL DE DESTINO

HFM

J. N. Andrade

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.

anerdo + j. s. t. t. n.

PROFISSIONAL DA EQUIPE DO SAMU

2016.04.23.00.63  
HUT

## Ficha de Encaminhamento

Da Unidade  
HRTN

Floriano (PI)

Para:

HUT

Neurocirurgia

Nome da Pessoa Encaminhada

José Edirson Moura Carvalho

Registro

Motivo do Encaminhamento

Paciente vítima de acidente automobilístico há 2 dias, que  
entrou no pronto socorro fazendo pelo SAMU com queixa  
de cefaleia intensa associada a vários episódios de vomitar. Ao EF:  
Boj ATA, consciente, orientado, apreensivo. CP: 2/2/2/2. PA: 120x80.  
Realizado TC crânio evidenciando fratura de fratura de fratura  
em região ponto-punctal.

Observações:

Dr. Davi Magalhães Nunes  
MEDICO  
CRM-PI: 6081

Obs.: Deve ser arquivada no Centro de  
Saúde, Unidade Mista e Hospital Local ou  
Regional.

Em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

Responsável Pelo Encaminhamento

Da Unidade

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original

Diagnóstico e Orientações:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTENDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelhos de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470

\_\_\_\_\_

Responsável Pelo  
Encaminhamento

Obs.: Esta ficha deverá ser devolvida ao  
local de origem através do próprio paciente  
devidamente fechada.

SGPJ: 06.553.564/0100-04  
+ (89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Senha 9

Sexo: MASCULINO  
SUS

**JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

Nasc.: 15/11/1994 Idade: 21 ANOS, 5 MESES, 7 DIAS Profissão:

End.: HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 -

IBGE: 2203909 Cor: BRANCA Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO

CPF: 050.105.343-39 - RG: 3240445 - SUS:

Civil: SOLTEIRO(A)

CEP: 64600-00

Bairro: CAMPO VELHO

Cidade: FLORIANO/PI

Pai: DIVALDO CARVALHO

Clinica: ACOLHIMENTO Documento: - LUIZ SOLANO DE CARVALHO JUNIOR

Responsavel: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO - O MESMO

**Procedimentos**

22/04/2016 19:43 0301060001 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

**Motivo do atendimento:**

**QUEIXA/HISTÓRIA**

PCT VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HOJE NA MADRUGADA, RECEBEU ALTA HOSPITALAR, APRESENTOU VÔMITOS, CEFALEIA E DOR NO ABDOME

**OBSERVAÇÃO**

**SINAIS VITAIS**

PA: 130X90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

**ALERGIAS**

NEGA

**MEDICAÇÃO USUAL**



**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN, 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

Responsavel: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

292866 - LUIZ SOLANO DE CARVALHO

CNPJ: 06.553.564/0103-62  
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Funcionario: PAULLENT

Senha 9

Sexo: MASCULINO  
SUS

### JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Nasc.: 15/11/1994 Idade: 21 ANOS,5 MESES,7 DIAS Profissão:

End.: HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 -

Bairro: CAMPO VELHO

Cidade: FLORIANO/PI

Cor: BRANCA

Telefone: ( ) -

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA

Pai: DIVALDO CARVALHO

CPF: 050.105.343-39 - RG: 3240445 - SUS:

Civil: SOLTEIRO(A)

CEP: 64800-000

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 1423 - AUGUSTO CESAR AMARAL GUIMARAES

Responsavel: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO - O MESMO

Temp.: °C Peso: Kg

P.A.:

### Procedimentos

22/04/2016 19:43 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal: *Acidente de moto, c. fôlego, o int.*

### Exame clinico/fisico:

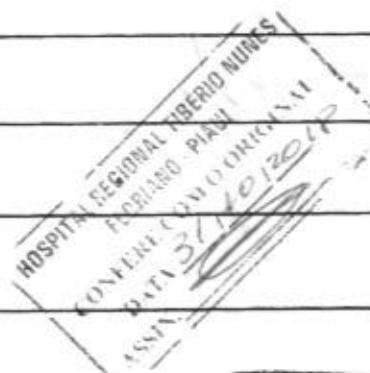
### Diagnostico provavel:

1. S. F 0,9% - 1000m 1<sup>2</sup> (500) 20:05  
2. Hidronotropona 500ml no Sor 0% *ok*  
3. Glucos Dipironat 1000ml 20:20  
4. Adit. Tilitil 0% 20:20

### Medicação:

### Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

*Dr. Augusto Amaral Guimaraes*  
Médico  
CRM: 1423 - PI

*Felizman de M. Soelle*





SECRETARIA REGIONAL TIBERIO RUISES  
GABRIEL FERREIRA, S/N,  
MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000  
CNPJ: 06.553.564/0103-62  
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

**Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)**  
Atendimento: P0349544  
Data: 23/04/2016  
Funcionário: CARLEJANE  
**Senha 32 SUS**  
Registro: 53524  
Hora: 11:28:00  
Tipo: CONSULTA  
Sexo: MASCULINO

**JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

Naç.: 15/11/1994 Idade: 21 ANOS, 5 MESES, 8 DIAS Profissão:

End.: HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 -

Cor: BRANCA

Telefone: ( ) -

Bairro: CAMPO VELHO

Cidade: FLORIANO/PI

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA

Pai: DIVALDO CARVALHO

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 6081 - MEDICO

Responsável: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

120X80

**Procedimentos**

23/04/2016 11:28 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

23/04/2016 11:28 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Queixa principal:

Dores a cavar

Exame clinico/físico:

A

Diagnóstico provável:

Adolescente com dores no abdômen

Medicação:

1º Ipratropio - Inalação 100 mcg 12:33 Kyo  
2º Febre 16 crm  
3º Rantidom - Supos 100 mg, EV, dia

Ass. Técnico

Procedimentos/exames realizados:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Goethal de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-000

Dr. Davi Magalhães L. Novais  
MÉDICO  
CRM-PI: 6081

11º dos Remedios de Moura Carvalho

Responsável: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

2 - CNES  
2365146  
4 - CNES  
2365146

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
898002308115906  
10 - NOME DA MÃE  
MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO  
12 - ENDEREÇO  
HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 - CAMPO VELHO  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
FLORIANO

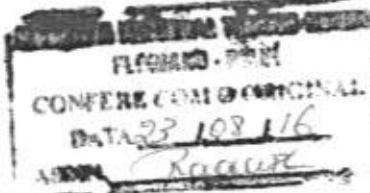
6 - N° DO PRONTUÁRIO  
53524  
8 - DATA DE NASCIMENTO  
15/11/1994  
9 - SEXO  
Masc X 1 Fem 2  
11 - TELEFONE DE CONTATO  
(89) 9417-8901  
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO  
2203909  
15 - UF  
PI  
16 - CEP  
64800-000

*38018*

JUSTIFICATIVA DA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Acidente motociclístico há 01 semana +  
dor abdominal persistente*



*ESTAMPEMADA*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

*Paciente*

*AIH DIGITADA*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

*USG Abdomen*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

*Contusão abdominal pós-trauma*

21 - CID PRINCIPAL 22 - CID SECUNDARIO 23 - CAUSAS ASSOC.

*R 69*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*0301060088*

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

CLINICA MEDICA

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

( ) CNS (x) CPF

29 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

035962413-83

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

*DEPARTAMENTO DE SINISTROS*

*DPVAT*

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

*Aluisio G. S. Neto*

*CRM-PI 5835*

*COP: 035.962.413-83*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRAB. TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

*11 JAN. 2019*

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

*GENTE SEGUROADORA S.A.*

*Rua Coelho de Resende, 465 Loja C*

*Centro - Norte CEP: 64.002-470*

*( ) DESPROTEGIDO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO*

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

LUIZ ROSENDO ALVES DA SILVA

M220390901

49 - N° DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

*75520*

45 - DOCUMENTO 46 - N° DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS (x) CPF

06007538591

47 - DATA DA

48 - ASS. E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

*2216/60 658090*

Atendimento	I038018
Data:	29/04/2016
Hora:	15:27

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0  
FLORIANÓ/PI

Nº AIH

ALMERIN

## BOLETIM DE ADMISSÃO

53524 - JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

SOLTEIRO(A) - Sexo: MASCULINO - 15/11/1994 - 21 ANOS, 5 MESES, 14 DIAS

Clinica: CLINICA MEDICA Enfermaria: 29- ENFERMARIA 29 - F Leito: 0081 Convênio: SUS

Escolaridade: ANalfabeto Médico: 5835 - ALUISIO GOMES DE SOUSA NETO

CPF: 050.105.343-39 RG: 3240445 C/N: SIS Prenatal:

Endereço: HONORATO DE SOUSA LIMA, N° 70 - CEP: 64800-000 Bairro: CAMPO VELHO

Cidade: 2203909- FLORIANÓ/PI Profissão: Telefone: ( ) -

Pai: DIVALDO CARVALHO Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO

Responsavel: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO - ( ) -- O MESMO

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnóstico Definitivo:

Diaria de Acompanhante:

Sim

Não

Resultado Adm.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<input type="checkbox"/>	Curado	<input type="checkbox"/>	Removido	<input type="checkbox"/>	-48 Horas
<input type="checkbox"/>	Melhorado	<input type="checkbox"/>	Pedido	<input type="checkbox"/>	+48 Horas
<input type="checkbox"/>	Inalterado	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>	Obito
<input type="checkbox"/>	Piorado	<input type="checkbox"/>	Indisciplina		

Transferido \_\_\_\_\_

### História Clínica

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

Diagnóstico Provável

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

ALUISIO GOMES DE SOUSA NETO

M

**Secretaria de Saúde do Estado do Piauí  
Hospital Regional “Tibério Nunes”**

**PRESCRICANO MÉDICO**

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT.	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE	DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIOS	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
João Estevam da Silva C.						20/04/16	SL	SL TA HOSP RL NUN				
								Dr. Sérgio Silveira				
								MÉDICO				
								CRM-PI 6134				
<b>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DIVAT</b>												
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO												
11 JAN. 2019												
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470												

**Secretaria de Saúde do Estado do Piauí  
Hospital Regional “Tibério Nunes”**

## PRESCRIÇÃO MÉDICO

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PIAUÍ**  
**Hospital Regional "Tibério Nunes"**

C.N.P.J. 06.553.564/0103-62

Telefones: (0xx) 89 3522-1333/1489 - Telefax (0xx) 89 3522-1323.  
Praça Idelfonso Ramos, S/N - Bairro Mangueirinha / CEP: 64800-000 / Floriano - Piauí.

29/04/2016

Floriano - PI \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome: José Edvaldo de Melo

Médico Solicitante: \_\_\_\_\_

DEPARTAMENTO DE SINISIKU  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

**LAUDO ABDOME SUPERIOR**

Equipamento - Exame realizado em modo bidimensional com equipamento convexo, na freqüência de 3,5Mhz.

Fígado - Apresenta-se com topografia, forma, volume, contornos, superfícies e dimensões normais, a ecogenicidade do parêquima hepático é preservada. O sistema porta e veias supra-hepáticas estão com trajeto e calibre normais.

Vesícula Biliar topo, contém bem depois das estruturas em seu interior.

Vias Biliares - As vias biliares intra e extra hepáticas foram identificadas com o calibre espectacular.

Pâncreas - Com topografia, forma, dimensões e parenquimas normais.

Rins - Tópicos, com contornos regulares e volumes normais.

Cortical preservada e sistema pielocalcial com distribuição regular e textura acústica habitacional.

Baço - De tamanho normal apresentando parênquima causticamente homogêneo.

exame abdominal: normal.

Ligado live. CONCLUSO

em seu interior

USG normal

Dr. Kelmar de Andrade Martins



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Sara Covas Monteiro Pereira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 401215

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
11 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

**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".





## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO		<u>Prontuário:</u> 401215
<u>Mãe:</u> MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO		<u>Pai:</u> DIVALDO CARVALHO
<u>End.Resid.:</u> FLORIANO - CENTRO - FLORIANO - PI - CEP: 64800-000		
<u>Nascimento:</u> 15/11/1994	<u>Idade:</u> 21a:5m:8d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> - - -
<u>Responsável:</u> O MESMO		
<u>Profissão:</u> NAO INFORMADO		
<u>G. Instrução:</u> Não alfabetizado		
<u>End.Local.:</u> - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 538720	<u>Data:</u> 23/04/2016 18:12:33	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR		
<u>Motivo da Procura:</u> DOR DE CABEÇA/CEFALÉIA/ENXAQUECA			<u>Convênio:</u> S U S	
<u>Acid.Trab.:</u> Não	<u>Caso Policial:</u> Não	<u>Pl.Saúde:</u> Não	<u>Trauma:</u> Não	<u>Maus Tratos:</u> Não

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 23/04/16 19:36 ESPECIALISTA: Neurocirurgião  
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente vindo de Aristedo Soárez por meio de ordens, com perda consciente, apurando cefaléia Dominicana, neurotraumatismo. No momento, G-14; PUP: 20mm; Fonctionamento: Et. Crânio: Traumatismos extrínsecos no Vértebra; SI: Discos lumbares; Cisterna Vertebral.  
Cd: Conservadora.

CRM-G. 42222  
 Carimbo/Assinatura do Profissional  
 DR. GILBERTO LOPES

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :

Carimbo/Assinatura do Prof. Parecer

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

**GENTE SEGURADORA S.A.**  
 Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
 Centro - Norte CEP: 64.002470

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE <b>José Edivan Moura Carvalho</b>	PRONTUÁRIO <b>401215</b>	CLÍNICA <b>Neurologia</b>	ENF. ou APTE <b>211/135</b>	MÉDICO ASSISTENTE <b>Ricardo</b>
<b>RELATÓRIO DE ENFERMAGEM</b>				

DATA/HORA  
**26/04/16**

### EVOLUÇÃO MÉDICA:

**AK/22**

**HORÁRIOS**

**OBSERVAÇÕES**

**08:58h P.J de ALTO NEPATO-**

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT**

**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

**11 JAN. 2019**

**GENTE SEGURADORA S.A.**  
Rua Coelho de Resende, 463 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.000-0470

**Schiró C. Beppu**  
Samuel Luis C. Beppu  
Enfermeira  
COREN-PI 388417

- 1 Dieta branda
- 2 SF 0,9% 1000ml EV dia
- 3 Kcl 10% - 10ml / soro
- 4 Fenitoína 100mg VO 12/12h
- 5 Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h
- 6 Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)
- 7 Omeprazol 40mg VO 1x dia
- 8 Dimorf 1,0ml +9,0ml AD- fazer 3ml EV ACM
- 9 Haldol 10 mg EV ACM
- 10 Tylox 30mg VO 8/8h
- 11 Tramadol 100mg + SF 0,9% 100ml EV ACM
- 12 Fisioterapia R e M
- 13 SSVV + CGGG + Cabeceira elevada 30°



**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA DR. ZENON ROCHA**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

211/135



AIH : 221610031042-4

UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

Órgão Emissor: M221100001

NASCIMENTO

15/11/1994

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

3-Nome do estabelecimento executante:

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

D.LIBERA: 28/04/2016

DT. LAUDO: 23/04/2016

PROCED.: 0303040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO

OP.SIST: WELLINGTON

CID: S068

Tony de C.

ASSESSOR DE ATENDIMENTO

CRM-PI 1500 ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

CRM-PI 1500 ASS. MEDICO RESPONSÁVEL

5828856

160473

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

6 - Prontuário: 401215

7-CNS: 898002308115906 8-Nascimento: 15/11/1994 9-Sexo: Masculino

RG: 3240445 - SSPPI

11-Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO

12-Fone: - -

13-Resp: (O MESMO)

14-Cor: Sem Informação

15-Ender: FLORIANO - CENTRO - CEP: 64800-000

17-Cod.IBGE: 220390

18-UF: PI

19-CEP: 64800-000

16-Munic: FLORIANO

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

*Paciente caindo morto -  
com DNE e sinais de  
guarnição.*

21 - Condições que justificam a internação:

*ur*DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

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

*yc: Confusão*

23-Diagnóstico Inicial:

24-CID-Princ:

5068

Outros traumatismos intracranianos

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

1-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:

0303040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)

Tempo SUS

7

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solici.

02

01

CPF

952.819.243-20

*Dr. Renato Vargas de Carvalho Júnior  
Neurocirurgião  
CRM 947*

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

RICARDO MARQUES LOPES DE ARAUJO

23/04/2016

35-Ass. Carimbo Med.Sol. (CRM)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-( ) Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bimete

41-Série:

37-( ) Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-( ) Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

280416

11/04/2016

48-Documento: 49-Num. Documento:

( ) CNS ( ) CPF

50-Ass. Carimbo (Rg.Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (MARCELO PORTO)

Consulta Local: 538720

Consulta SUS:



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 06 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO** (Prontuário: 401215)

Endereço: FLORIANO - CENTRO - FLORIANO - PI CEP: 64800-000

Nascimento: 15/11/1994 Idade: 21a:5m:8d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG

Atendimento: 538720

Requisição: 629423 Solicitação: 23/04/2016

Solicitante: PAULO ANDRE LUZ PEREIRA

Controle: 789514 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 23/04/2016

### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

- FRATURA NA REGIÃO FRONTAL, PREDOMINANDO NA LINHA MÉDIA.
- HEMATOMA EPIDURAL (7,3 x 1,1 cm) NA CONVEXIDADE FRONTAL SUPERIOR BILATERAL, POSTERIORMENTE.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/04/2016

**CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES**

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Profissional Responsável

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470



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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO** (Prontuário: 401215)  
Endereço: FLORIANO - CENTRO - FLORIANO - PI CEP: 64800-000  
Nascimento: 15/11/1994 Idade: 21a 5m:9d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 160473  
Requisição: 629553 Solicitação: 24/04/2016 Solicitante: CLECITON BRAGA TAVARES  
Controle: 789664 Convênio: S U S CLÍNICA NEUROLOGIA - P07 ENFERMARIA 211 LEITO 135

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 24/04/2016

#### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

- FRATURAS ALINHADAS EM OSSO FRONTAL À DIREITA E NA LINHA MÉDIA, BEM COMO NO OSSO PARIETAL ESQUERDO (ALTA CONVEXIDADE/PARASSAGITAL).
- HEMATOMAS SUBDURAIS AGUDOS EM ALTA CONVEXIDADE FRONTAL BILATERAL.
- HEMATOMA SUBGALEAL AGUDO EM REGIÃO FRONTO-PARIETAL ALTA, BILATERALMENTE.
- PARENQUIMA CEREBRAL E CEREBELAR COM COEFICIENTE DE ATENUAÇÃO DENTRO DA NORMALIDADE.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.
- AUSÊNCIA DE CALCIFICAÇÕES PATOLÓGICAS.

(ANTONIO

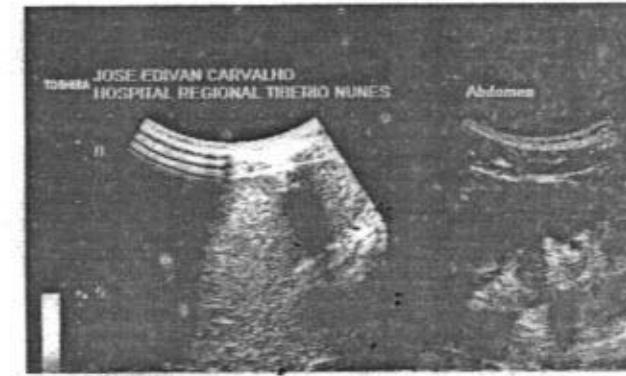
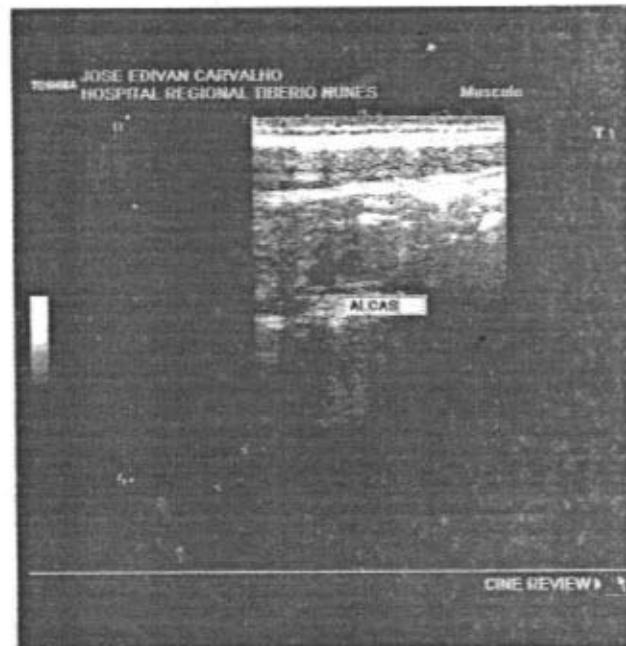
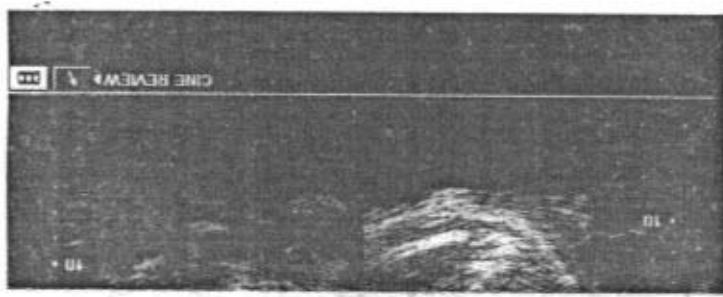
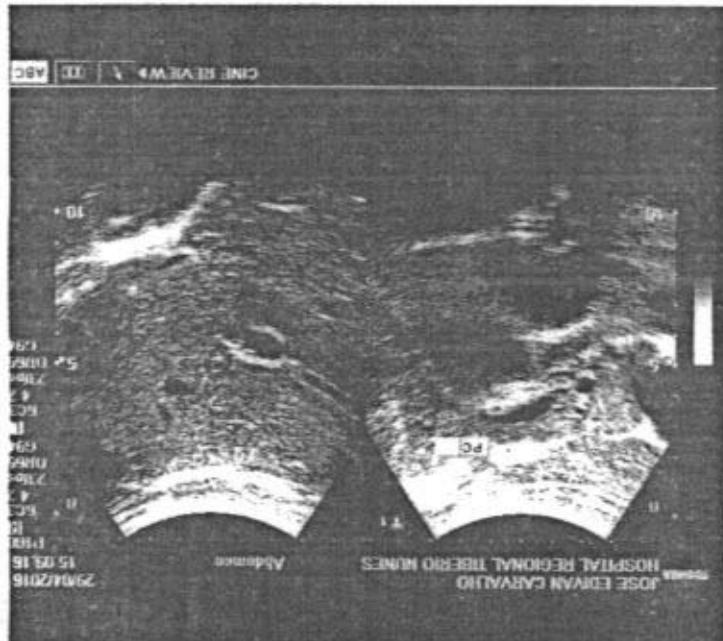
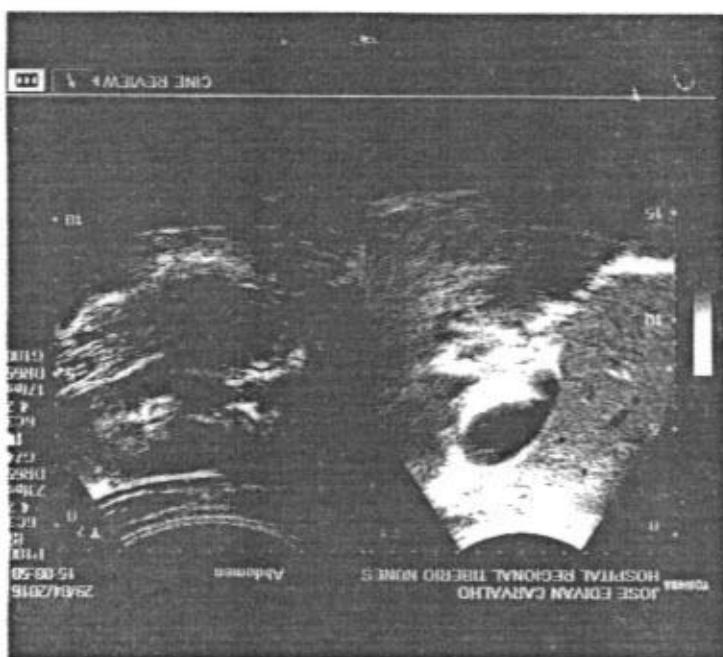
TERESINA - PI 24/04/2016

**WILSONNEY HOLANDA LEAL**

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062  
Profissional Responsável

*[Handwritten signature]*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470



**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

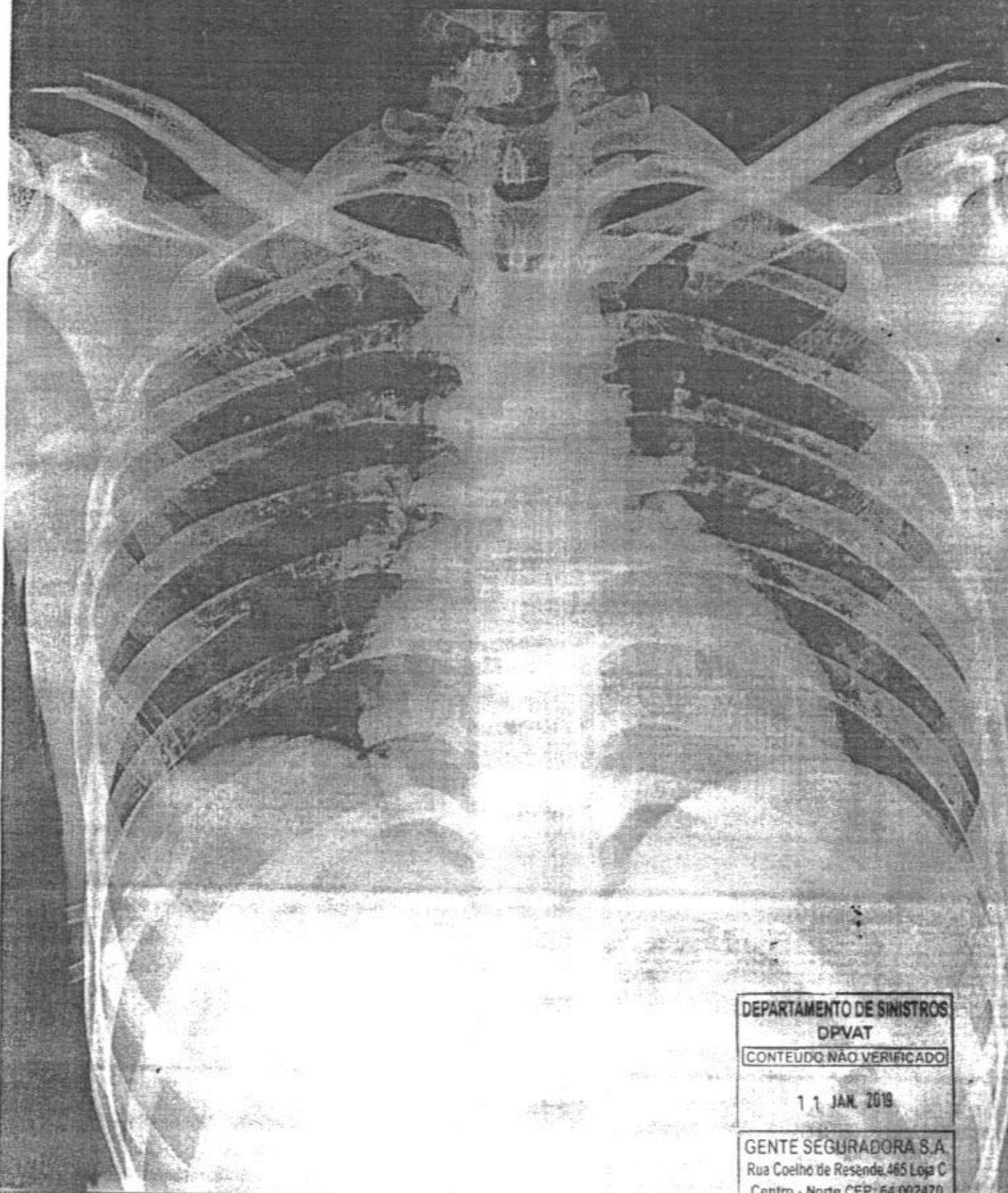
11 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470

400103

JOSE EDVAN M CARVALHO

M



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

11 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

27.04.2016

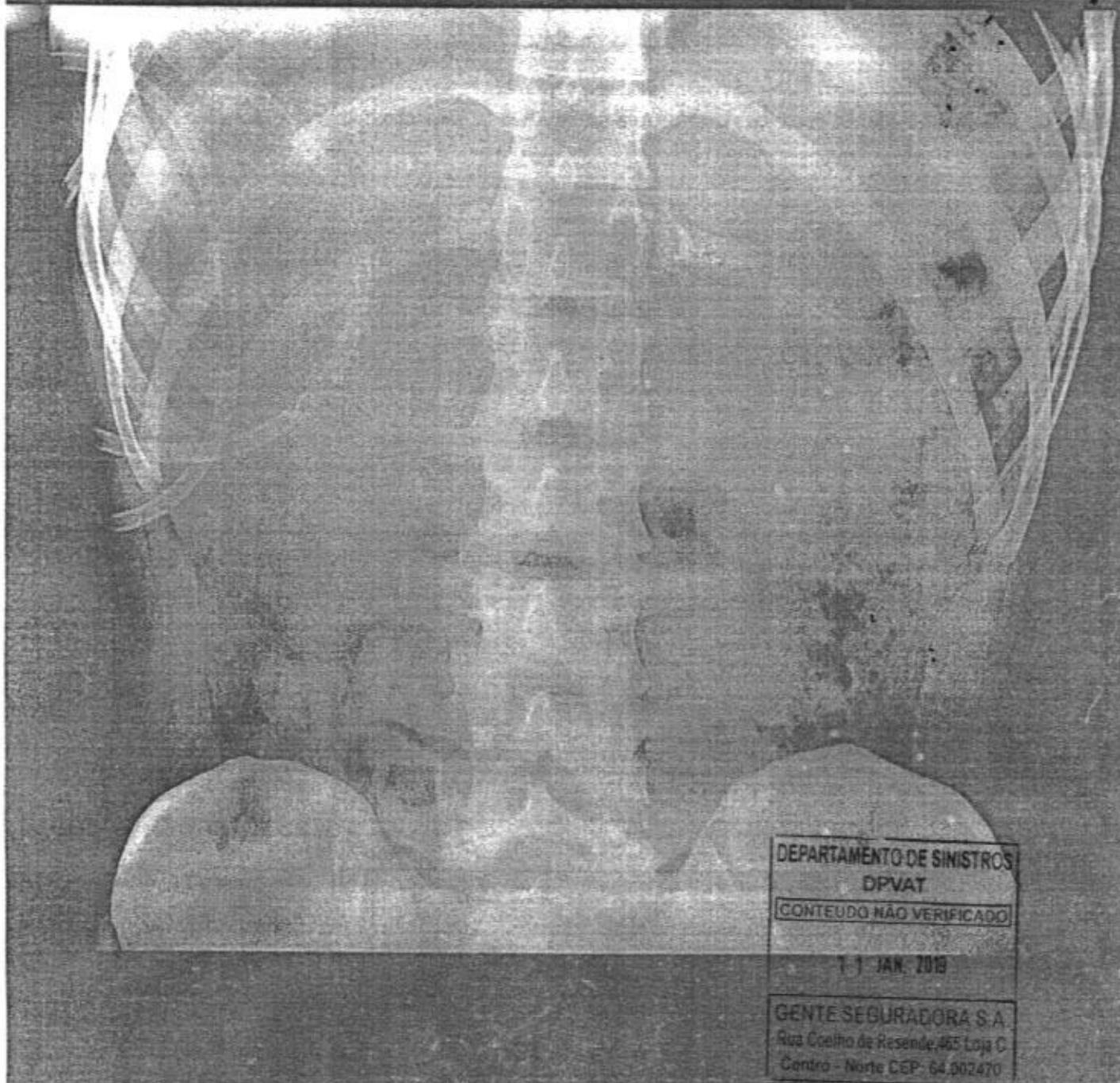
20:28

62.2%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUN  
RÔMULO

460103

JOSE EDVAN M CARVALHO  
M



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2013

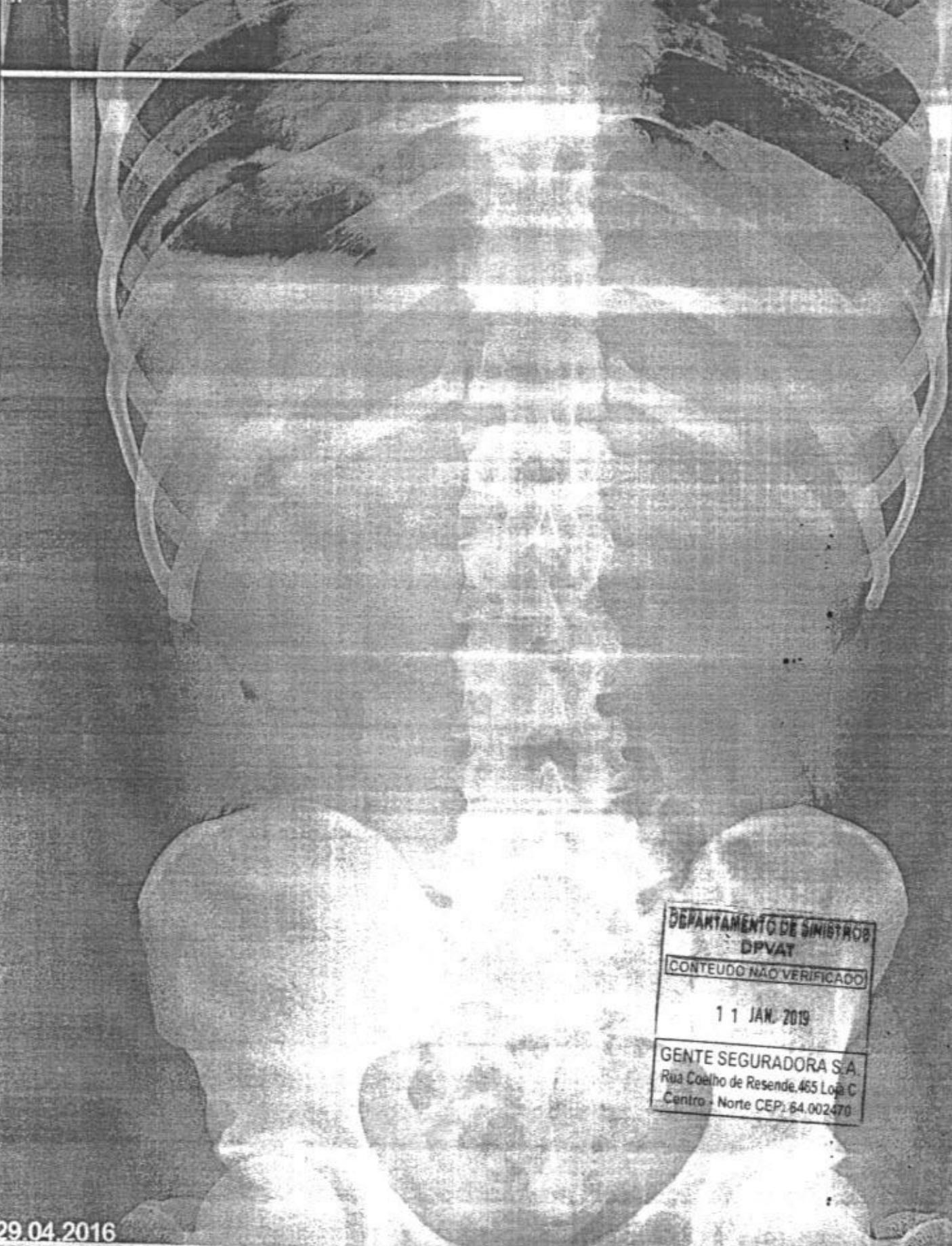
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470

27.04.2016  
20:30  
60.1%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NI  
RÔ

736  
JOSE ED VAN DE MOURA CARVALHO

M



29.04.2016

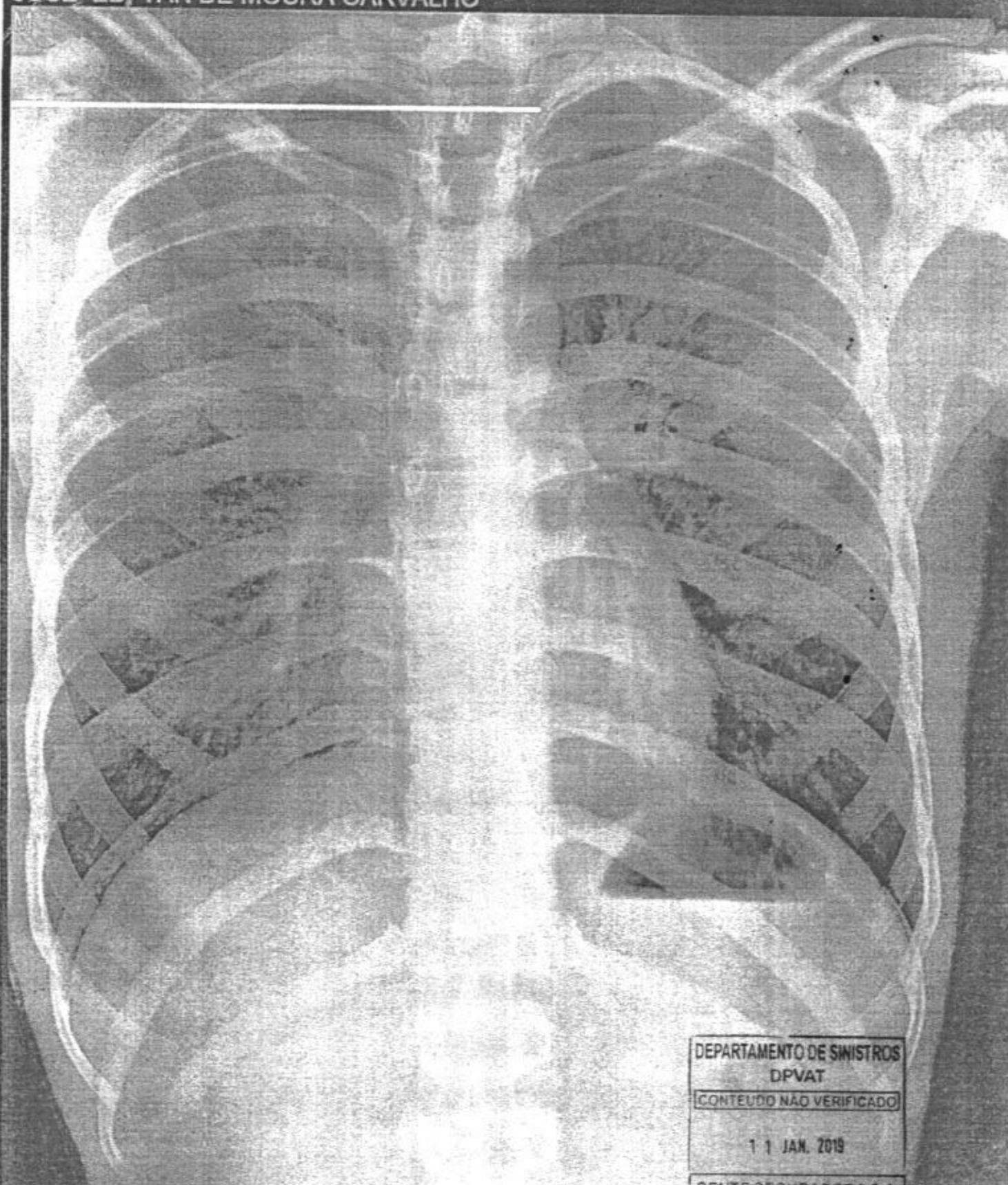
03:42

58.4%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NU

NIVA

JOSE ED. VAN DE MOURA CARVALHO



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

11 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470

29.04.2016

03:41

58.4%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NU  
NIVA

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**

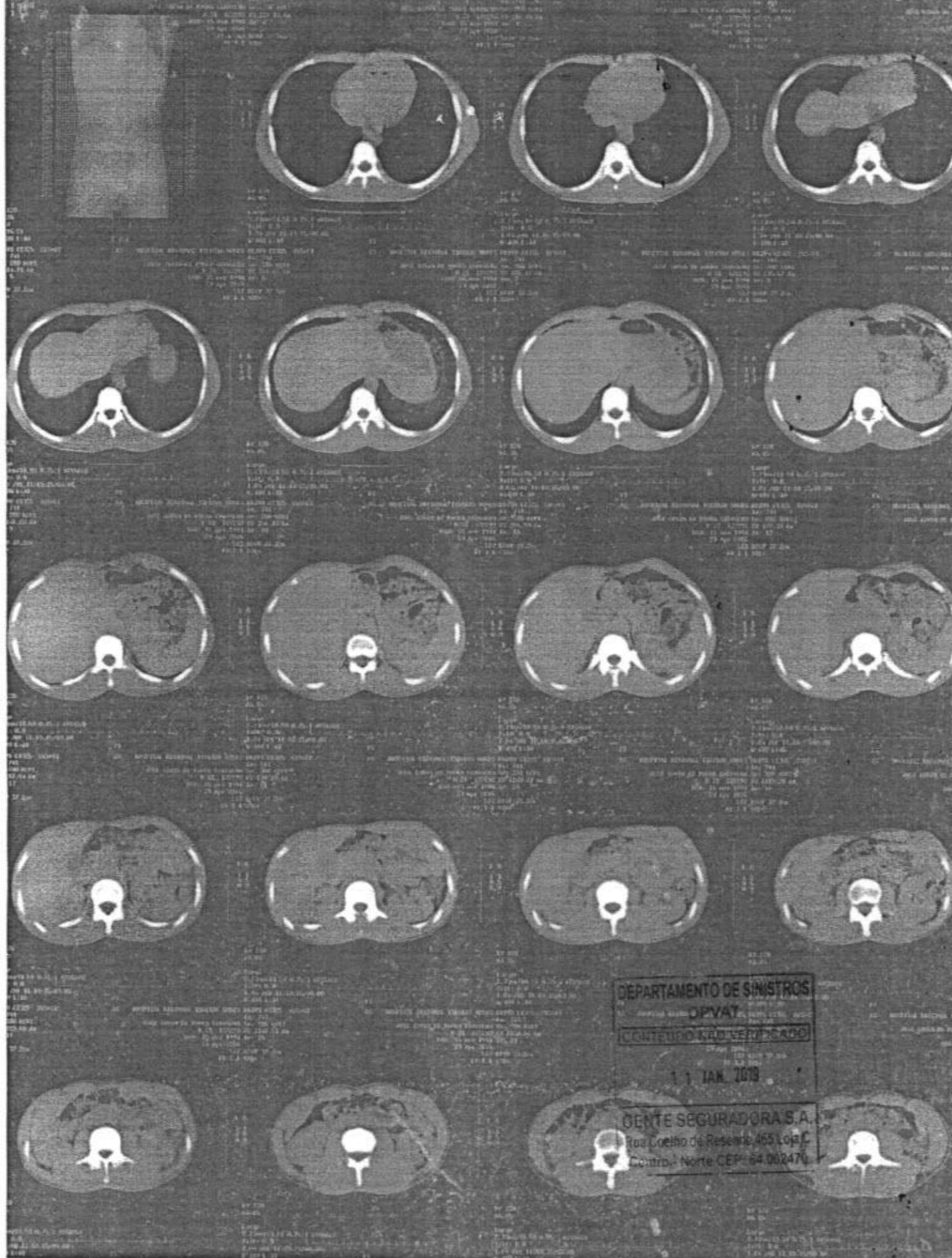
**DPVAT**

**CONTEÚDO KAD VERIFICADO**

**11 JAN. 2019**

**GENTE SEGURADORA S.A.**

**Rua Coelho de Resende, 463, Log. C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470**



**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**

**DPVAT**

**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

**11 JAN. 2019**

**GENTE SEGURADORA S.A.**

Rua Coelho de Resende, 465 Centro CEP - 54002470

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**

**DPVAT**

**CONTROLE NAO VERIFICADO**



11 JAN 2006

**GENTE SEGURADORA S.A.**

Rua Conselheiro Rondon, 655 - CEP 66010-000

Centro - Norte CEP: 64.002470

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT**

**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

11 JAN 2019

**GENTE SEGURADORA S.A.**  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETAN - PI 0120120122794	Nº 9993189770 05025649464
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO 117247de69ff5bae47a7a701ec0127fd9e56224078612	
VIA I	ODU-PINACAM 171463647
10/12/2012 PECOM	
LEONARDO CARDOSO SCARES	
RUA PROJETADA URBANO	00066 PI
06461509364	PLACA ODU-7286
NOME ANTERIOR CAJUEIRO MOTOS LTDA	
PLACA ANTIGA	CHASSI
9C2HB0210CR450279	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NENHUMA	COMBUSTIVEL GASOLINA
MARCA/MODELO HONDA/POP100	ANO/FAB 2012
CAP/POT/OL 02P/0097CC	ANO MOD 2012
CATEGORIA PARTIC	COEL/PREDOMINANTE PRETA
PESO VÁZIO: 0 PBT: 000.25	
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA SEM RESTRIÇÕES EM RUMO SEM LIGAÇÃO SUGUBO	
LOCAL FLORIANÓPOLIS	DATA 11/07/2012
JOSE ANTONIO VASCONCELOS DIRETOR GERAL DO DETRAN-PI	

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT**

CONTEUDO NAO VERIFICADO
11 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470

**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: **3190028646**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**CJ HERMES PACHECO, C 23, QD A - URBANO - Floriano - PI - CEP 64808-485**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **3240445**

Data e local do acidente: [ **21/04/2016** ] **Floriano -PI**

Data e local do exame: [ **16/04/2019** ] **Floriano** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Traumatismo crânio-facial com fratura frontal (predominando na linha média) e hematoma epidural.*

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

*Refere cefaleia com características de cefaleia pós-traumática em uso continuado de medicação analgésica, tonturas e insônia pós trauma.*

**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.

*Realizou tratamento conservador.*

**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:

*Dano neurológico*

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

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

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

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

**Sistema Nervoso Central**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Bergiel Barbosa Bezerra  
MÉDICO  
CRM-PI 3909

Bergiel Barbosa Bezerra - CRM: 3909 - PI

## DECLARAÇÃO

Sinistro 3190/028646

Eu, **JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO** CPF 050.105.343-39 venho informar a essa seguradora que não compareci a perícia médica, por esta viajando. Peço que esta seguradora venha remarcar uma nova pericia médica. Estou a disposição da mesma.

Nos telefones abaixo.

(89) 99416 8848 99404 5016 Eriomar Alves.

Floriano PI 19/03/2019



## DECLARAÇÃO

Sinistro 3190/028646

Eu, JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO CPF 050.105.343-39 venho informar a essa seguradora que não compareci a perícia médica, por esta viajando. Peço que esta seguradora venha remarcar uma nova pericia médica. Estou a disposição da mesma.

Nos telefones abaixo.

(89) 99416 8848 99404 5016 Eriomar Alves.

Floriano PI 19/03/2019



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190028646      **Cidade:** Floriano      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO      **Data do acidente:** 21/04/2016      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo crânio-facial com fratura frontal (predominando na linha média) e hematoma epidural.

**Descrição do exame físico:** Refere cefaleia com características de cefaleia pós-traumática em uso continuado de medicação analgésica, tonturas e insônia pós trauma.

**Resultados terapêuticos:** Realizou tratamento conservador.

**Sequelas permanentes:** Dano neurológico

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190028646      **Cidade:** Floriano      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO      **Data do acidente:** 21/04/2016      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/02/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO (HEMATOMA EPIDURAL).  
FRATURA DE OSSO FRONTAL

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** (3)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO, brasileiro (a) estado civil: SOLTEIRO, profissão: ESTUDANTE, carteira de Identidade nº 3.240.445, órgão expedidor SSP - PI, C.P.F.nº 050.105.343-39, residente e domiciliado Pony HERMES PARACO, nº 240323 bairro Campo Velho Cidade Floriano, no Estado de Piauí, pelo presente instrumento particular de procuração, na melhor e boa forma de direito, nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante procurador:

**OUTORGADO:** ERIOMAR ALVES DOS SANTOS, Brasileiro, casado, vigilante, Carteira de Identidade nº 1.753.725 SSP/PI, CPF 630353673-53, residente e domiciliado na Av; Senador Petrônio Portela Nº 759, Campo velho, Floriano – PI, CEP: 64808-410.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do **Consórcio Seguro DPVAT**, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o Sr.<sup>o</sup> (a) JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Ocorrido em 23/04/16, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

O Intuito desta Procuração é dar Poderes ao Outorgado para representar-me e cadastrar o processo Junto as Seguradoras do Consórcio Dpvat e Seguradora Líder.

**Toda a Documentação apresentada é de inteira responsabilidade do Outorgante.**

Floriano/PI, 01 de Outubro de 2018.

1º OFÍCIO

X Jose Edivan Moura Carvalho  
(OUTORGANTE)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTENDO NÃO VERIFICADO

1 JAN. 2019

SENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-470

**CARTÓRIO ROCHA 1º OFÍCIO**  
Av. Fernando Marques, nº 660 - Centro - Floriano - PI - CEP: 64900-000  
Fone/Fax: (085) 3222-1319 - e-mail: cartorio-rocha@floriano.net.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO, DOU FE. EM TEST. *Outra* DA VERDADE.  
FLORIANO-PI, 01/10/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,26  
Total: 4,71 Selo: AB1.10215 (F450P85)  
*Franciane de Souza Ribeiro Neiva*  
FRANCIANE DE SOUSA RIBEIRO NEIVA - Escrevente compromissa



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012806/19

Número do Sinistro: 3190028646

Vítima: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

CPF: 050.105.343-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/04/2016

JOSE EDIVAN MOURA  
CARVALHO

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

## 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](http://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: 15/02/2019  
Nome: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS  
CPF: 630.353.673-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019  
Nome: Ozeas Chaves Vieira Junior  
CPF: 066.768.113-24

---

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

---

Ozeas Chaves Vieira Junior