

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190028646 **Cidade:** Florianó **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:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190028646 **Cidade:** Florianó **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

Valoração 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

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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

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

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/04/2016

Titular do CPF: JOSE EDIVAN MOURA
CARVALHO

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 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

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 21/04/2016

Titular do CPF: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

CPF de: Próprio

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 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

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 21/04/2016

Titular do CPF: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

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 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

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Ozeas Chaves Vieira Junior

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



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. 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: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01175/01176 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13981835

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



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. 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



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, retorne 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário 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").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	050.105.343-39	JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

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		
CONS. HERNES PALHEIRO B-A		23	CASA		
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Campo Velho	FLORIANO	PIAUÍ	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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		D/V <input type="text"/>		CONTA NRO. <input type="text"/> (Informar dígito se existir)		D/V <input type="text"/>	
				BANCO Nome BANCO DO BRASIL		NRO. <input type="text"/> 001	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> 0096-		D/V <input type="text"/> 5		CONTA NRO. <input type="text"/> 55286		D/V <input type="text"/> 0	

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 conta informada. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

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



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

Data/Hora

2º DP DE FLORIANO

21/04/2016 - 01:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Endereço

BR 343/PROXIMO A UESPI, Nº:

Complemento

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 FRENTE 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 TERESINAPI 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.

Nayliê Fonseca Pereira Rocha - Mat. 0867632

AGENTE DE POLÍCIA



José Edivan Moura Carvalho

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 Nº: 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

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

CONJUNTO HERMES PACHECO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: JOSÉ EDIVAN MOURA CARVALHO

RG: 3240445 SSP PI

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS 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.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA. POP100

Condutor: JOSÉ EDIVAN MOURA CARVALHO

RG: 3240445 Órgão: SSP UF RG: PI

End: QUADRA A CASA 23 Número: Complemento:

Cidade: FLORIANO UF: PI Bairro: CONJUNTO HERMES PACHECO

Proprietário: LEONARDO CARDOSO SOARES

End: RUA HONORATO DE SOUSA LIMA Número: 66

Cidade: FLORIANO UF: Bairro: CAMPO VELHO

Ano: Placa: Chassi:

2012 ODU7286 9C2HB0210CR450979

Renavam:

471463647

Cor:

Preta

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 FRENTE 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.

Erick Fonseca Dias - Mat. 2272229
AGENTE DE POLÍCIA

x José Edivan Moura Carvalho
JOSÉ EDIVAN MOURA CARVALHO - Noticiante
Responsável pela Informação

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

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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2016

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

FLORIANO PE DE 01 de Outubro de 2016

Local e Data

X José Edivan Moura Carvalho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Carvalho

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: 000000055286-0

Nr. da Autenticação CBEC5189F01197C6



SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE



SAMU
192

DATA: 24/04/16

**SAMU FLORIANO
REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

AMBULÂNCIA ACIONADA: ☒ USB/() USI/() USA/() USR/() OUTRA _____

LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR 343 (UESPI)

NOME DO PACIENTE: Joni Edson de Moura Silva IDADE: 20

SEXO: ☒ M ☐ F

SAÍDA DA C.R. 01:00:14

SAÍDA DO LOCAL _____

SAÍDA DO HOSPITAL _____

CHEGADA AO LOCAL 01:00:18

CHEGADA AO HOSPITAL _____

CHEGADA A C.R. _____

- 01- ☒ 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 110 x 70
PULSO 88
RESPIRAÇÃO _____
TEMPERATURA _____

OBSERVAÇÕES

Salvo 97%
Paciente atende-se bem no exame físico
meto de avaliação de nível de consciência

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"/>	
Acesso-venoso sol: _____ <input type="checkbox"/>		Outros: _____ <input type="checkbox"/>	

MEDICAÇÕES

MATERIAL DE CONSUMO

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

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 HTN

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.

PROFISSIONAL DE SAÚDE

SNIPJ: 06.553.564/0103-02
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Senha 9

Sexo: MASCULINO

SUS

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

Civil: SOLTEIRO(A)

CEP: 64.800-00

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

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

Bairro: CAMPO VELHO

Cidade: FLORIANO/PI

End.: HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 -

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 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 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

Responsavel: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

292866 - LUIZ SOLANO DE 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 impressão autorizado pela SEFAZ do/90

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	CONSUMO (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
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 16/10/2018
Consumo Medido:	82	Fimção: 13/09/2018
Consumo Faturado:	82	Apresentação: 14/09/2018

NORMAL

31

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1036977		1.1.1.1	76

HISTÓRICO kWh	DESCRICAÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
AGO/18 78	CONSUMO 82 A R\$ 0,833227 = 68,32
JUL/18 55	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 3,00
JUN/18 76	CORRECAO MONETARIA IG 07/18-00 0,94
MAI/18 77	MULTA POR ATRASO 07/18-00 0,91
ABR/18 81	JUROS DE MORA DE IMPO 07/18-00 0,52
MAR/18 71	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 4,09
FEV/18 76	
JAN/18 69	
DEZ/17 79	
NOV/17 90	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
Q A 82 - 0,804870	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 25/09/2018. O não pagamento poderá ocasionar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. 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	Alíquota 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

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

FLORIANO

07/2018

16,04

ROT: 235.800.11.35.056950



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

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	Res. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.		Inscrição 41 2 07 0509 0017-000	
Período de Consumo 15/08/2018 a 17/09/2018		Diário Consumo 33			
Histórico de Consumo			Forma de Faturamento FATURADO P/ CONSUMO NORMAL		
Mês/Ano	Letura	Consumo	Ocorr.	Cód. Responsável	Código de Tarifa
03/18	1994	15	0	904220532	01
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		
			Consumo Médio 17	Cons. Fioz Água	Cons. Fioz Esgoto
			Consumo 19	Consumo Faturado 19	
DESCRIÇÃO DA FATURA					
Cód.	Nome do Serviço				Valor (R\$)
AGUA					72,09
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001					1,36
JUROS DE MORA 001/001					1,42
MANUTENCAO HIDROMETRO					2,35

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 SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30
DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2914/2011 MS							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cond.	PH	Ferro	Calc/Total	Escherichia Coll
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 9,5	0,3	Auxente	Auxente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0.71	0.00	1.16	7.15	0.00	0.00	0.00

Condição: PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.

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

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. Com. Ind. Pub.	Matrícula 371479-9	Referência SET/2018	

VENCIMENTO

24/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

77,22

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
LUGO NÃO VERIFICADO

7-1 JAN. 2019

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

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ERIONAR ALVES DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 630.353.673 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE EDIVAN MOURA BARBALHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.105.343 / 39, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima JOSE EDIVAN MOURA BARBALHO, 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. PETRONIO PORTELA</u>		Número <u>759</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CAMPO VELHO</u>	Cidade <u>FLORIANO</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64308 410</u>
Email <u>pituasegurosao@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>89 99416 - 3348</u>	

FLORIANO-PE, 01 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

x Erionar Alves dos Santos
Assinatura do Declarante

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LEONARDO CARVALHO SOARES,
RG nº 3.652.993, data de expedição 18/10/11,
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 064.615.093-64, com
domicílio na cidade de FLORIANO, no Estado de
Piui, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA HONORATO 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 MOURA CARVALHO cujo o condutor era
JOSÉ EDIVAN MOURA CARVALHO.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda pop/100
Ano: 2012
Placa: ODU-7286
Chassi: 9C2H80210CR450979
Data do Acidente: 21/04/2018
Local e Data: FLORIANO-PE 01 OUTUBRO 2018

LEONARDO CARVALHO SOARES
Assinatura do Declarante

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

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

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

Rua Fernando Marques, 819 - Centro
Floriano/PI - CEP 64800-000
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. Floriano/PI, 21/04/2018
Gilvane

☐ Gilvane Ferreira da Silva Almeida - Tabelião

☒ Gilvane Ferreira da Silva - Tab. Substituto
☐ Juellie Nunes Gomes Cavalcante - Escrevente





SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE



192

DATA: 21/04/16

SAMU FLORIANO
REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR 343 (UESPI)

NOME DO PACIENTE: JONI EDSON DE MORAES PEREIRA IDADE: 20

SEXO: ☒ M ☐ F

SAÍDA DA C.R. 01:00:14

SAÍDA DO LOCAL

SAÍDA DO HOSPITAL

CHEGADA AO LOCAL 01:03:18

CHEGADA AO HOSPITAL

CHEGADA A C.R.

- 01- ☒ 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 110 x 70
PULSO 88
RESPIRAÇÃO
TEMPERATURA

OBSERVAÇÕES

sat 97%
Paciente atendida de 10 min, guelha de
muito leve, não há mais nada

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Aspiração ☐ Oxigênio ☐ Prancha longa ☐ RCP ☐
KED ☐ Hemostasia ☐ Traqueostomia ☐ Colar cervical ☐
Prancha curta ☐ Curativos e limpeza ☐ Assist. obstétrica ☐ Entub. Orotraqueal ☐
Ventilação artif. ☐ Monitorização ☐ Cricotireoidotomia ☐
Acesso-venoso sol: ☐ Outros: ☐

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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 HTN

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.

PROFISSIONAL DE SAÚDE

CNPJ: 06.553.584/0103-02
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Senha 9

Sexo: MASCULINO

SUS

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

Civil: SOLTEIRO(A)

CEP: 64600-00

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

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

Bairro: CAMPO VELHO

Cidade: FLORIANO/PI

End.: HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 -

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

Responsavel: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

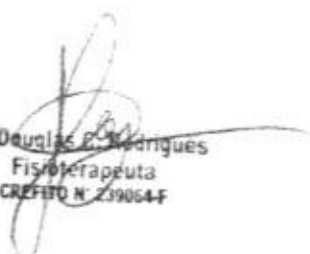
292866 - LUIZ SOLANO DE CARVALHO

RELATÓRIO FISIOTERAPÊUTICO

RELATO PARA OS DEVIDOS FINS 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
CREFITO N° 239064-F

DR. DOUGLAS DA COSTA RODRIGUES
CREFITO N° 239064-F FISIOTERAPEUTA

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



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)

NOME DO PACIENTE: Jôni Edson de Menezes Carvalho 20

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE:

SAÍDA DA C.R. 06:00:14

SAÍDA DO LOCAL

SAÍDA DO HOSPITAL

CHEGADA AO LOCAL 07:00:18

CHEGADA AO HOSPITAL

CHEGADA A C.R.

- 01- ☒ 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 ☐

SGRAMENTO

- AUSENTE ☒
MÍNIMO ☐
MODERADO ☐
INTENSO ☐

SINAIS VITAIS

- PRESSÃO ARTERIAL 110 x 70
PULSO 88
RESPIRAÇÃO
TEMPERATURA

OBSERVAÇÕES

sat- 97%
Paciente atendida de 10 min, que se
muito desconforto no peito

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- Aspiração ☐ Oxigênio ☐ Prancha longa ☐ RCP ☐
KED ☐ Hemostasia ☐ Traqueostomia ☐ Colar cervical ☐
Prancha curta ☐ Curativos e limpeza ☐ Assist. obstétrica ☐ Entub. Orotraqueal ☐
Ventilação artif. ☐ Monitorização ☐ Cricotireoidotomia ☐
Acesso-venoso sol: ☐ Outros: ☐

MEDICAÇÕES

MATERIAL DE CONSUMO

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

ENTRADA NO HOSPITAL

- Melhorado ☐
Piorado ☐
Inalterado ☐
Coma / glasgow ☐

CONDIÇÕES DE GRAVIDADE DE ENTRADA NO HOSPITAL

- Severa grav. ☐ Pequena grav. ☐ Média grav. ☐
Ileso ☐ Indeterminada ☐
Óbito antes do socorro ☐ Óbito durante o atendimento ☐

HOSPITAL DE DESTINO: H.T.N.

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.

PROFISSIONAL DE SAÚDE

CNPJ: 06.553.304/0103-02
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Senha 6

Sexo: MASCULINO
SUS

JOSE EDVAN DE MOURA CARVALHO

CPF: - RG: - SUS:

Nasc.: 15/11/1994 Idade: 21 ANOS, 5 MESES, 7 DIAS Profissão: LAVRADOR Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-0
End.: HERMES PACHECO Q A CASA 23, 0 - Bairro: CAMPO VELHO Cidade: FLORIANO/PI
Cor: PARD4 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:

Acidentat em moto + alcool
RCA PA: 120 x 70

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

SF - 100ml EV 03:30

Medicação:

Dipriona - 3ml
AD - 17ml EV 03:30

Procedimentos/exames realizados:

Tiroxina - 20mg
AD - 18ml EV 03:30

Ass. Técnico

02:03 Glicemia capilar 116 mg/dl Repara

PA 120 x 70 mmHg Chum capilar 107
8:28

Alto hospitalar a: 00h
+ orientações

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

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

U^{da} des Remedios de Moura Carvalho

Responsavel: JOSE EDVAN DE MOURA CARVALHO

685 - FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO

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

FUNCIONARIO: PAULLENT

Senha 9

Sexo: MASCULINO
SUS

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

CPF: 050.105.343-39 - RG: 3240445 - SUS

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

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-0

End.: HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 -

Bairro: CAMPO VELHO

Cidade: FLORIANO/PI

Cor: BRANCA Telefone: () -

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA

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: *Ausência de sono, a febre, o sintoma*

Exame clinico/fisico:

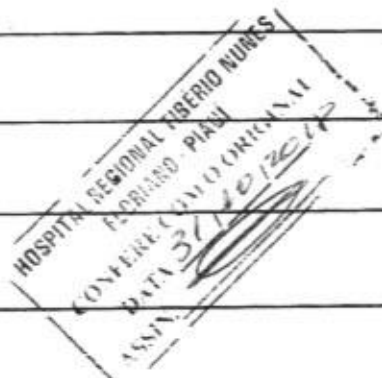
Diagnostico provavel:

Medicação:

20:05
1. S. F 0,97. — 1000m 12(500)
2. Hidroxizone 500mg no son OK
3. Olanzapina 5mg + placebo 20:20
4. AD + Dilatil CV. 20:20

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico



Dr. César Amaral Guimarães
Médico
CRM: 1423 - PI

Wilson de M. Sousa

1423 - AUGUSTO CESAR AMARAL GUIMARAES



SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE



192

Proteção de
FLORIANÓPOLIS
MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS

DATA: 23/04/16

Nº: _____

**SAMU FLORIANO
REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

AMBULÂNCIA ACIONADA: ☒ USB/() USI/() USA/() USR/() OUTRA Campo Lutho

LOCAL DA OCORRÊNCIA: R. Nelson Poches Q A 23

NOME DO PACIENTE: José Divan de Sousa Corvelho IDADE: 21

SEXO: ☒ M ☐ F

SAÍDA DA C R 11:13

SAÍDA DO LOCAL 11:24

SAÍDA DO HOSPITAL 11:38

CHEGADA AO LOCAL 11:20

CHEGADA AO HOSPITAL 11:28

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- 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 120 x 70
PULSO 77
RESPIRAÇÃO _____
TEMPERATURA _____

OBSERVAÇÕES

Paciente apresentando vômito + cefaleia. O mesmo sofreu acidente de trânsito há 2 dias.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Aspiração ☐ Oxigênio ☐ Prancha longa ☐ RCP ☐
KED ☐ Hemostasia ☐ Traqueostomia ☐ Colar cervical ☐
Prancha curta ☐ Curativos e limpeza ☐ Assist. obstétrica ☐ Entub. Orotraqueal ☐
Ventilação artif. ☐ Monitorização ☐

Acesso-venoso sol: nao

MEDICAÇÕES nao

MATERIAL DE CONSUMO nao

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2016

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

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/htm

L. S. Adami
PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.

marcelo + jartton
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

João Edirson Moura Carvalho

Registro

Motivo do Encaminhamento

Paciente vítima de acidente motociclistas há 2 dias, che-
gou aqui neste pronto socorro trazido pelo SAMU com queixa
de cefaleia intensa associada a vários episódios de vômitos. Ao EF:
Boa AHA, consciente, orientado, hidratado. RP (20x80). PA: 120x80.
Realizada TC crânio evidenciando fratura da bacia e área de hemorragia
em região ponto - parietal.

Observações:

Dr. Davi Magalhães L. Nunes
MEDICO
CRM-PI. 6081

Responsável Pelo Encaminhamento

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

Em: ____/____/____.

Ficha de Retorno

Da Unidade

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original

Diagnóstico e Orientações:

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

Responsável Pelo

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

CGPJ: 06.553.564/0103-02
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Senha 9

Sexo: MASCULINO
SUS

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

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

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

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-00

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 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 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA

MEDICAÇÃO USUAL

CONDUTA

AO PLANTONISTA

HOSPITAL REGIONAL TISERIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 30/10/2018
ASSIN: [Assinatura]

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: CPF: 050.105.343-39 - RG: 3240445 - SUS:
End.: HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 - Bairro: CAMPO VELHO Cidade: FLORIANO/PI Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-0
Cor: BRANCA Telefone: () - Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA 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: *Ausência de sono, a febre, o suor*

Exame clinico/fisico:

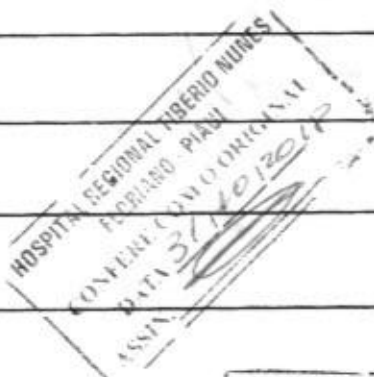
Diagnostico provavel:

20:05
1. S. F 0,97. 1000 12(500)
2. Hidratação 500ml no son OK
3. Oxicam, dipirona + placebo 6 20:20
4. AD + Dilat. CV. 20:30

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico



Dr. Augusto Cesar Amaral Guimarães
Médico
CRM: 1423 - PI

Jose Edivan M. Carvalho

Responsavel: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

1423 - AUGUSTO CESAR AMARAL GUIMARAES

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUEIRA FLORIANO/PI 64800-000
CNPJ: 06.553.546/0001-02
(89) 3322-1489 89) 3322-1433

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0349544
Data: 23/01/2016
Funcionário: CARLEJANE

Registro: 53524
Hora: 11:28:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 32

SUS

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Nascimento: 11/11/1994 Idade: 21 ANOS, 5 MESES, 8 DIAS Profissão:

CPF: 050.105.343-39 - RG: 3240-145 - SUS: 89600230115

End: RONDONATO DE SOUSA LIMA, 70 -

Bairro: CAMPO VELHO

Cidade: FLORIANO/PI

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000

IBGE: 1703909 Cor: BRANCA Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO

Pai: DIVALDO CARVALHO

Clínica: CLINICA MEDICA Documento: 6081 - ALDERIZA GOMES DO NASCIMENTO

Relatado por: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO - O MESMO

Procedimentos

23/01/2016 11:28 0001000001 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA

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

Motivo do atendimento:

QUEIXA/HISTÓRIA

PACIENTE TAZIDO PELA SANIU REFERIU CEFALÉIA + VÔMITO + ALGIA TORÁCICA APÓS ACIDENTE DE MOTO HÁ 7

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 120x80 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

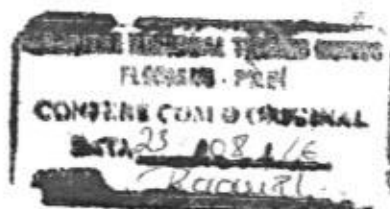
NENHUMA ALERGIA

INDICAÇÃO USUAL

NENHUMA INFORMAR

CONDIÇÃO

SEM ANTONISTA



Mãe: dos Remedios de Moura Carvalho

Assinatura: Alderiza Gomes do Nascimento

Responsável: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

3034480001-0001-0001 ALDERIZA GOMES DO NASCIMENTO

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
Funcionario: CARLEJANE

Registro: 53524
Hora: 11:28:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 32

SUS

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Nasc.: 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

Clínica: 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 abdominais

Exame clínico/físico:

A

Diagnostico provavel:

Acidente motor ciclista há 2 dias

Medicação:

1 - Dipirona - 12:33 Kopy
2 - Febro 16 cran
3 - Parit dim - Supr. de EV. ag

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: 64.002-1

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

Ass. dos Remedios de Moura Carvalho

Responsável: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ALUISIO

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

8 - DATA DE NASCIMENTO

15/11/1994

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
53524

9 - SEXO

Masc ☒ 1 Fem ☐ 2

11 - TELEFONE DE CONTATO
(89) 9417-8901

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2203909

15 - UF

PI

16 - CEP

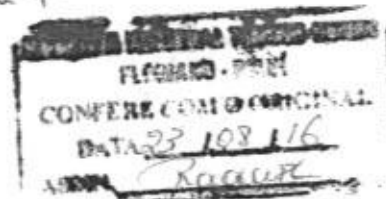
64800-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Acidente motociclistico há 01 semana +
dor abdominal persistente*

AIN NUMERADA



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

A seguir

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

USG Abdomen

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Contusão abdominal por trauma

21 - CID PRINCIPAL

R69

22 - CID SECUNDÁRIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0301060088

26 - CLÍNICA

CLÍNICA MÉDICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO

() CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

035962413-83

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ALUISIO GOMES DE SOUSA NETO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS

EXTERNAS (ACIDENTES OU

VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

11 JAN. 2019

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

LUIZ ROSENDO ALVES DA SILVA

44 - Cód. ORGÃO EMISSOR

M220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

75520

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS (x) CPF

06007538591

47 - DATA DA

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

2216160 658090

Atendimento:	1038018
Data:	29/04/2016
Hora:	15:27

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

Nº AII
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- FLORIANO/PI Profissão: Telefone: () -

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

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

Diagnostico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

Diagnostico Definitivo:

Diaria de Acompanhante:

☐ Sim

☐ Não

Resultado

Adm.: _/_/_/

Alta: _/_/_/

☐
☐
☐
☐

Curado
Melhorado
Inalterado
Piorado

☐
☐
☐
☐

Removido
Pedido
Evasão
Indisciplina

☐
☐
☐

-48 Horas
+48 Horas
Obito

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: 64.002470

ALUISIO GOMES DE SOUSA NETO

M

Secretaria de Saúde do Estado do Piauí
Hospital Regional "Tibério Nunes"

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE Jose Edison de Moura C. PRONTUÁRIO

DATA / HORA 29/01/16 PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

29 83
ENF. OU APT. 83 LEITO 83 MÉDICO ASSISTENTE

QUANT.

HORÁRIOS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

14) Hm de exatidão motricidade
na 01 semana apresentando de dor
abdominal.

As 15:45, paciente admi-
nistrada para o tratamento
do diarreia segue com
gema, apêndice, diamb
do com auxílio. PA: 13

1) Dile. Livre

(2:00) (2:15) ()

Adm. 15:45 administrado.

2) SF 091. 1500ml IV em 24h

15:51

Adm. 15:45 administrado.

3) Buscopon 1 ampola + AD IV 2 dor
abdominal.

(2:00) (2:15) ()

Adm. 15:45 administrado.

4) Tilmoxicon 20mg + AD IV 12h.

(2:00) (2:15) ()

Adm. 15:45 administrado.

5) Phoril 1 ampola + AD IV (SOS)

(2:00) (2:15) ()

Adm. 15:45 administrado.

6) Ao clínico.

(2:00) (2:15) ()

Adm. 15:45 administrado.

Agendando USG Abdomen

(2:00) (2:15) ()

Adm. 15:45 administrado.

Dr. Aluisio G. S. Neto
CRM-Pi 5685
CPF: 035.962.413-83

(2:00) (2:15) ()

Adm. 15:45 administrado.

Dr. Jackson Martins Rocha
CRM-Pi 5506

(2:00) (2:15) ()

Adm. 15:45 administrado.

Dr. Jackson Martins Rocha
CRM-Pi 5506

(2:00) (2:15) ()

Adm. 15:45 administrado.

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 Mangueira / CEP: 64800-000 / Floriano - Piauí.

Floriano - PI

29/04/2016

Nome:

Médico Solicitante:

LAUDO ABDOME SUPERIOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-117

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

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

Vesícula Biliar tópica, contornos bem definidos
sem cálculo em seu interior

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

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

Rins - Tópicos, com contornos regulares e volumes normais.

Cortical preservada e sistema pielo-calicial com distribuição preservada.

e textura acústica habitacional.

Baço - De tamanho normal apresentando parênquima causticamente homogêneo.

CAVIDADE ABDOMINAL: ausência de

Líquido Livre. **CONCLUSÃO**

em seu interior

usg normal

Dr. Kelmor do Amorim Martins



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Jose Edivan Mendes Paes

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 4108215

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".

Imp: 23/04/2016 18:17:13

(User: HELENILSA)
(Estação: ACCR01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO		Prontuário: 401215
Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO		Pai: DIVALDO CARVALHO
End.Resid.: FLORIANO - CENTRO - FLORIANO - PI - CEP: 64800-000		
Nascimento: 15/11/1994	Idade: 21a:5m:8d	Sexo: Masculino Fone: -
Responsável: O MESMO		CNS: 898002308115906
Profissão: NAO INFORMADO		Documento: RG: 3240445 - SSPPI
G. Instrução: Não alfabetizado		E.Civil: Solteiro(a)
End.Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 538720	Data: 23/04/2016 18:12:33	Condução: AMBULÂNCIA UNIDADES DO INTERIOR
Motivo da Procura: DOR DE CABEÇA/CEFALÉIA/ENXAQUECA		Convênio: S U S
Acid.Trab.: Não	Acid. Trajeto: Não	Acid. Trab. Tipico: Não
		CID Secundario:

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO	Evento Principal: Dor moderada	Destino: CIRURGIÃO GERAL	Classificação: Amarelo
Breve História: PCT SEGUE COM CEFALÉIA INTENSA ASSOCIADA A EPISÓDIOS DE VÔMITOS HÁ 2 DIAS APÓS CAIR DE MOTOCICLETA SEM CAPACETA		Profissional Clas. Risco: HELENILSA CARVALHO DE SOUSA COREN - 307586 Em: 23/04/2016 18:17:12	

DADOS CLÍNICOS:

(Hora:)
 Paciente vítima de acidente motociclístico há 2 dias. Dor cabeça intensa. Refere vômitos até 10x/dia.
 HUT DR. ZENON ROCHA
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
 EXAME: Encefalo
 DATA: 23.04.16

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Tem: _____ °C	CID: _____
-----------------------	--------------	---------------	---------------	------------

Diagnóstico Inicial:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

TC Crânio

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: / /

HORA: :

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN, 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Souza 365 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

33040092
Procedimento

SC48
CID

Mª dos Remedios de Moura Carvalho
Assinatura Paciente ou Responsável

Paulo André Luiz Pereira
Médico
CRM-PI 11.000-MA 0075
Assinatura - Profissional Médico



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



Imp: 23/04/2016 18:17:26
(HELENILSA)

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO	Prontuário:	401215
Mãe:	MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO	Pai:	DIVALDO CARVALHO
End.Resid.:	FLORIANO - CENTRO - FLORIANO - PI - CEP: 64800-000		
Nascimento:	15/11/1994	Idade:	21a:5m:8d
Responsável:	O MESMO	Sexo:	Masculino
Profissão:	NAO INFORMADO	Fone:	-
G. Instrução:	Não alfabetizado	CNS:	898002308115906
End.Local.:	-	Documento:	RG: 3240445 - SSPPI
		E.Civil:	Solteiro(a)

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 23/04/16 19:36 ESPECIALISTA: Neurocirurgia
MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: Dor de cabeça de início por novo HT 02 dias. com
perda consciência; Apontado cefaléia por trás, náuseas vômitos. No exame
G-14; pup. 3/4 mm; reflexos normais. CC crânio: Hematoma extradural no
Vozes; si de nível L4/L5; cisternas livres.
Cd: Conservadora.

Carimbo/Assinatura
CRM 10.123.456
Assinatura do Solicitante
23/04/2016

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: __/__/__:__ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura do 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 URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE
José Edivan Moura Carvalho

PRONTUÁRIO
401215

CLÍNICA
Neurologia

ENF. ou APPTº
211/135

MÉDICO ASSISTENTE

Ricardo

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA/HORA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

QUANT.

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

26/04/16

1 Dieta branda

2 SF 0,9% 1000ml EV dia

KCl 10% - 10ml / soro

3 Fenitoína 100mg VO 12/12h

4 Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h

5 Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)

6 Omeprazol 40mg VO 1x dia

7 Dimorf 1,0ml + 9,0ml AD - fazer 3ml EV ACM

8 Haldol 10 mg EV ACM

9 Tylex 30mg VO 8/8h

10 Tramadol 100mg + SF 0,9% 100ml EV ACM

11 Fisioterapia R e M

12 SSVV + CCGG + Cabeceira elevada 30°

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.062-5470

Samir Luis G. Bezerra
ENFERMEIRO
COREN-PI 388417

08:58h P.J. de Alto Impacto



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

211/135

DEPARTAMENTO DE SINISTRA
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
1 1 JAN. 2019
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

NOME DO PACIENTE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRONTUÁRIO

CLÍNICA

QUANT.

211/135

LEITO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

DATA/HORA
CÓDIGO

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

EXAME: Exame
DATA: 21/01/2019

TECNICISTA

Dieta Bru m

1 - Dieta

2 - SFQ 9% 1500 ml EV 24h

3 - Fentolína 2 ml EV 6/6 horas

4 - Dipirona 2 ml EV 6/6 horas

5 - Plasil 1 ampola EV ACM

6 - Tilail 30mg EV 12/12 horas

7 - Dimetef 1,0ML + 9,0ML DE AD (FAZER 3,0ML EV ACM)

8 - Haldol 10 mg EV ACM

9 - Tylex 30mg VO 8/8h

10 - Tramadol 100mg + SF 0,9% 100ml EV ACM

11 - SSVV + CCGG + Cabeceira elevada 30°

12 - FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA

211/135: medicação tilail
211/135: medicação fentolína
211/135: medicação dipirona
211/135: medicação plasil
211/135: medicação tilail
211/135: medicação dimetef
211/135: medicação haldol
211/135: medicação tylex
211/135: medicação tramadol
211/135: medicação SSVV + CCGG + Cabeceira elevada 30°
211/135: medicação FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA

Tramadol 100mg + SF 0,9% 100ml EV ACM
FIC. Enfermagem
COEN - 01 601246

211/135

211/135

211/135

**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: S U S

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, POSTERIOREMENTE.
- 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

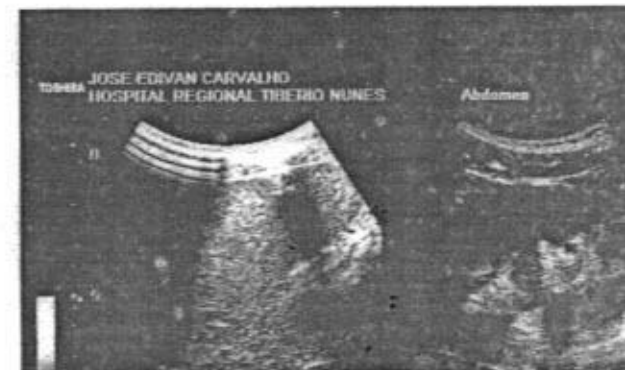
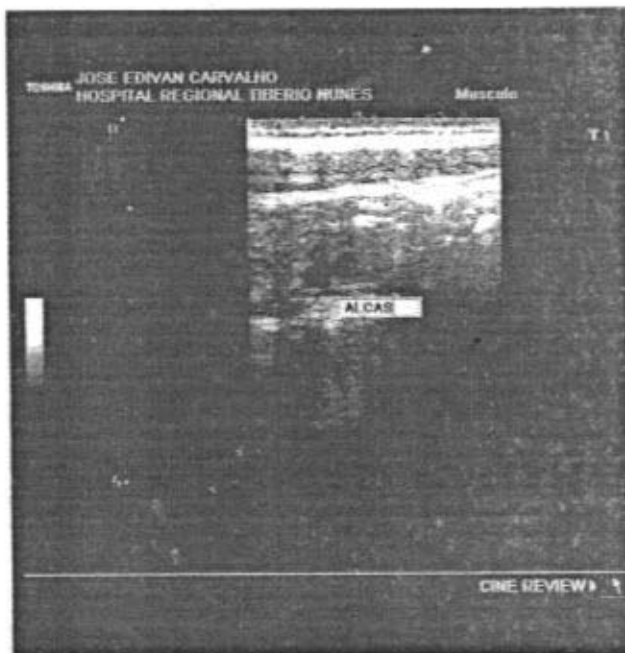
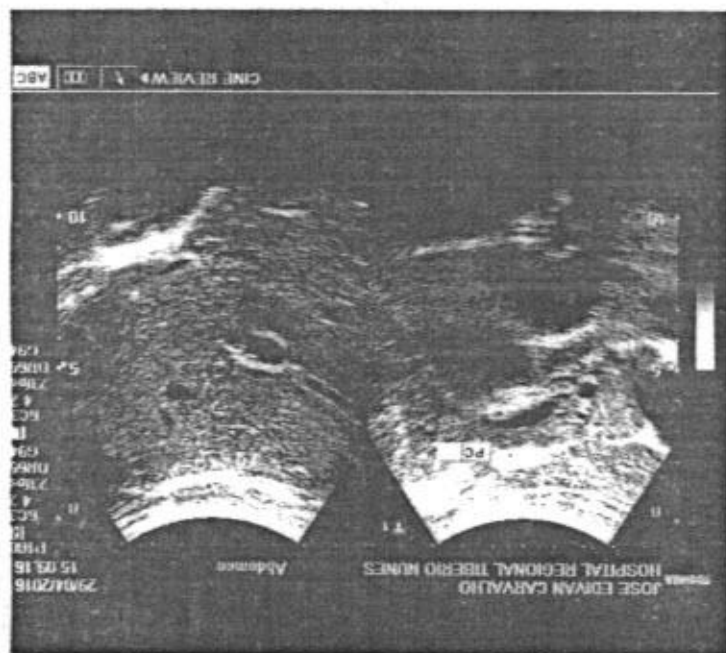
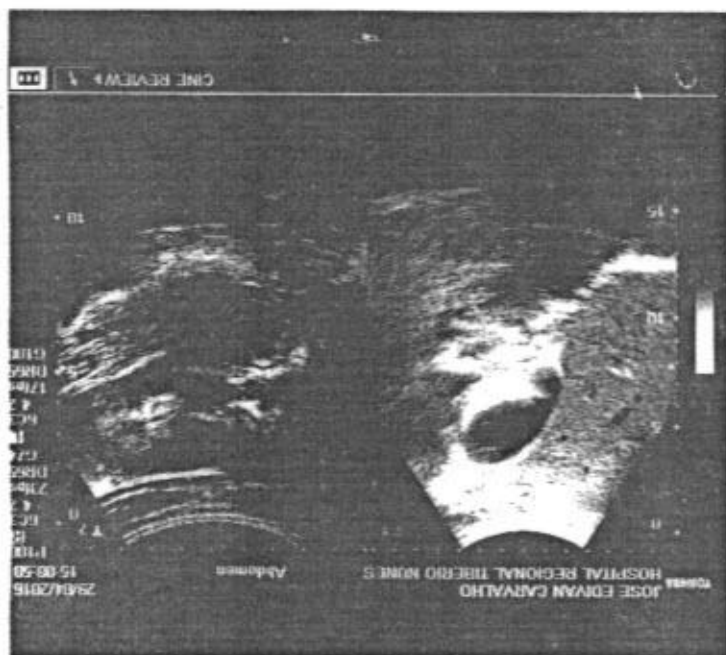
TERESINA - PI 24/04/2016

WILSONNEY HOLANDA LEAL

CPF: 373.207.853-15 CRM - PI 2062

Profissional Responsável

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



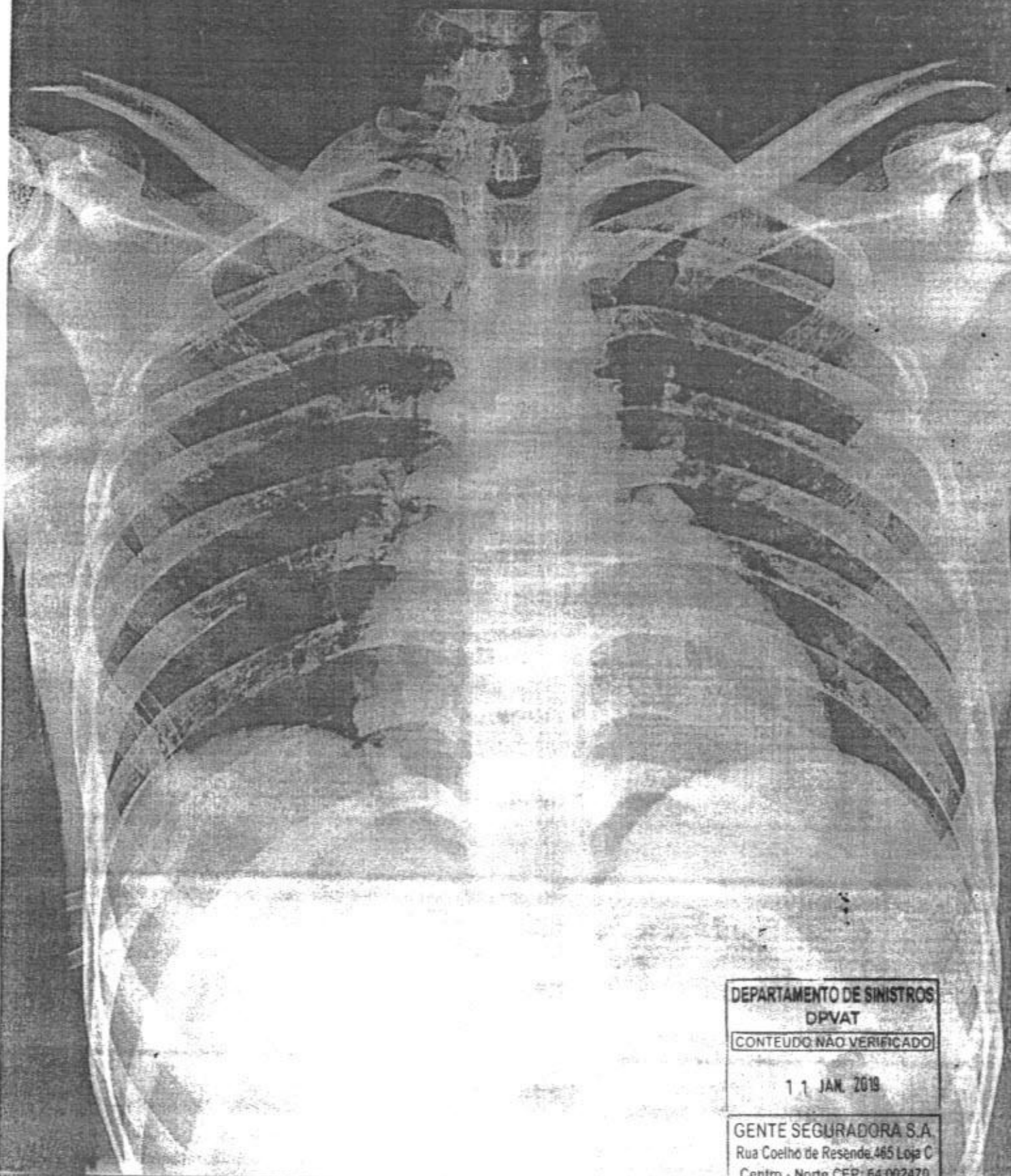
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

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

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
RÔMU

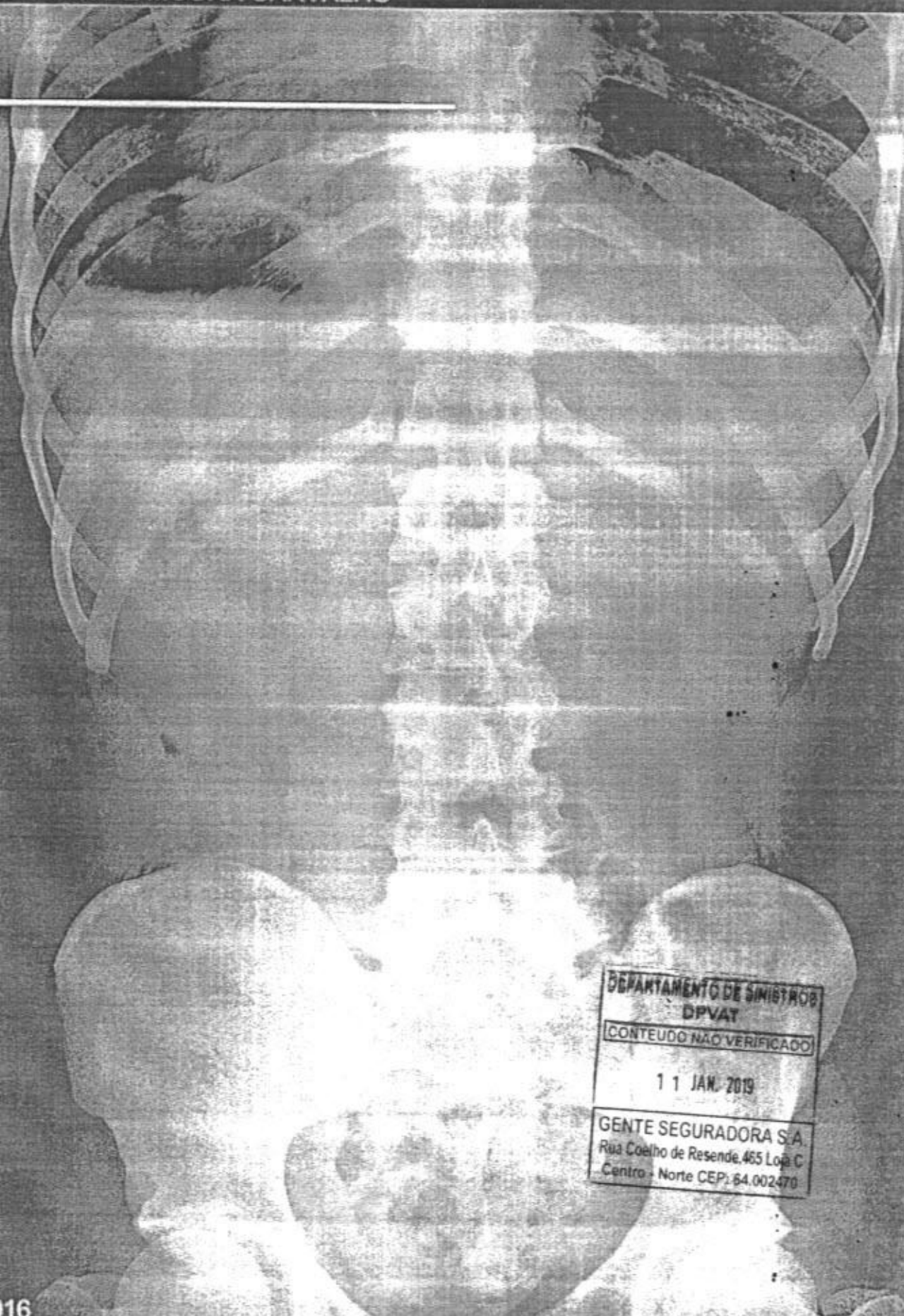
460103

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
20:30
60.1%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO N
RÔ



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

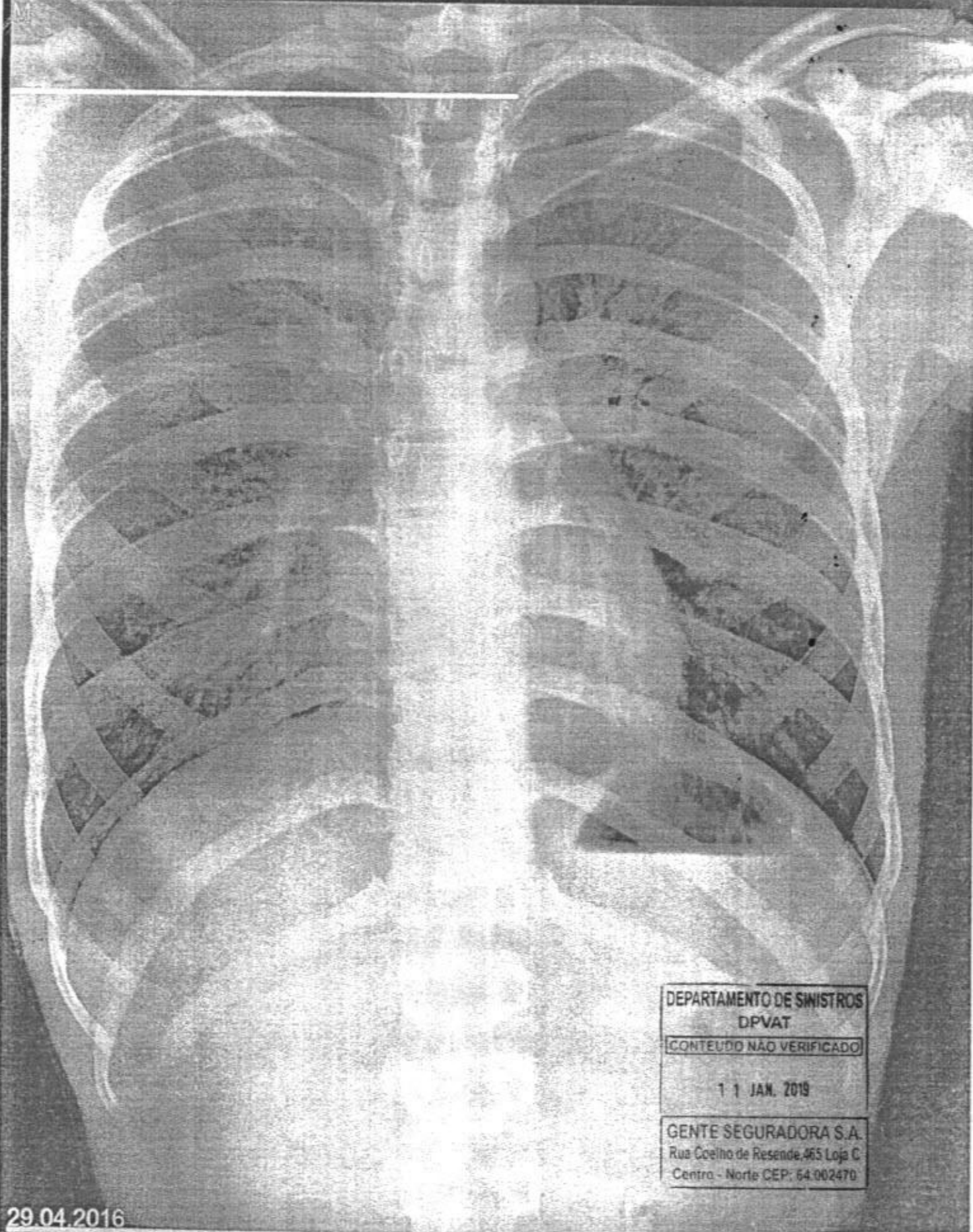
29.04.2016

03:42

58.4%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES

NIVEL



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

11 JAN. 2019

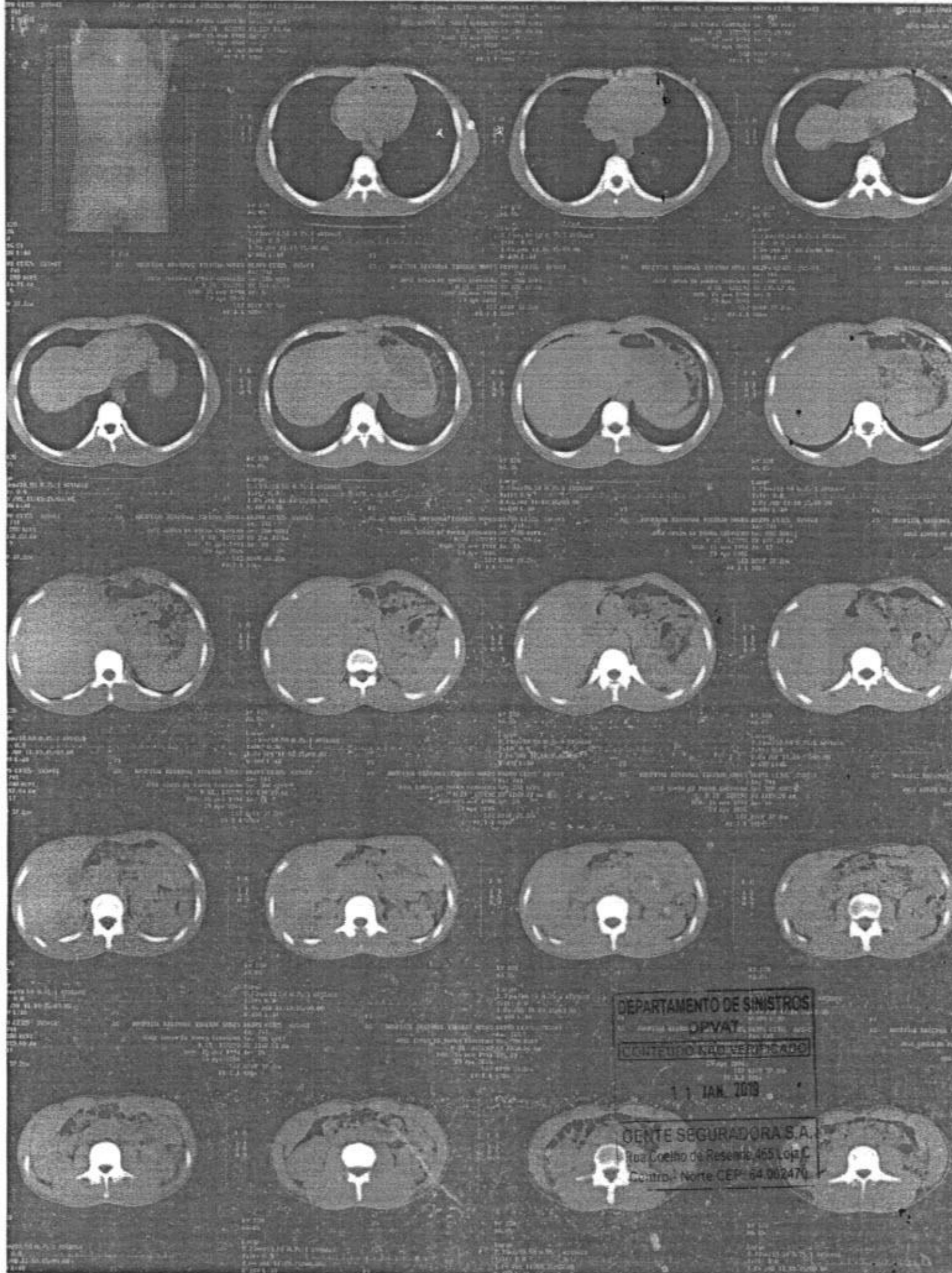
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002470

29.04.2016

03:41

58.4%

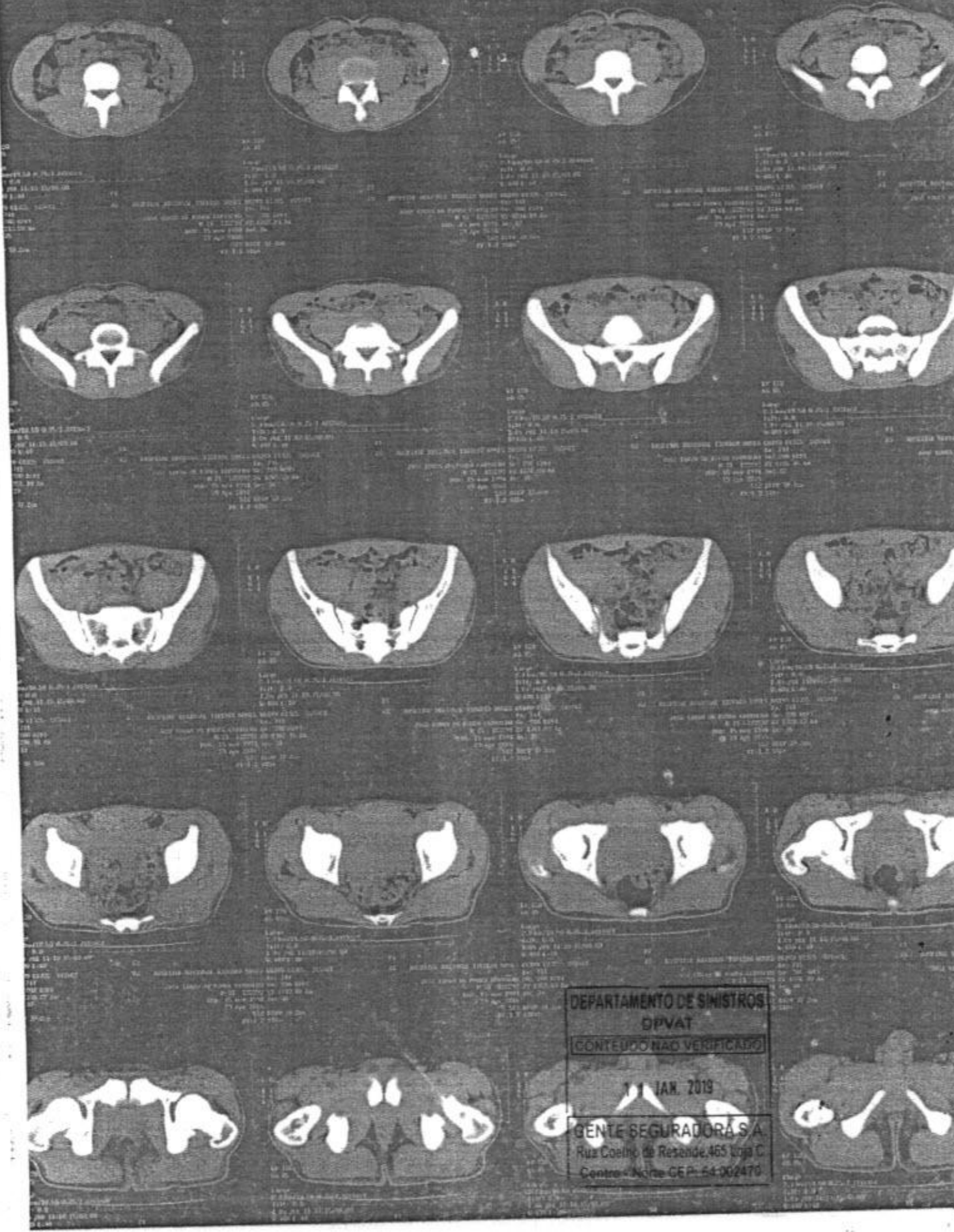
HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
NIVAI



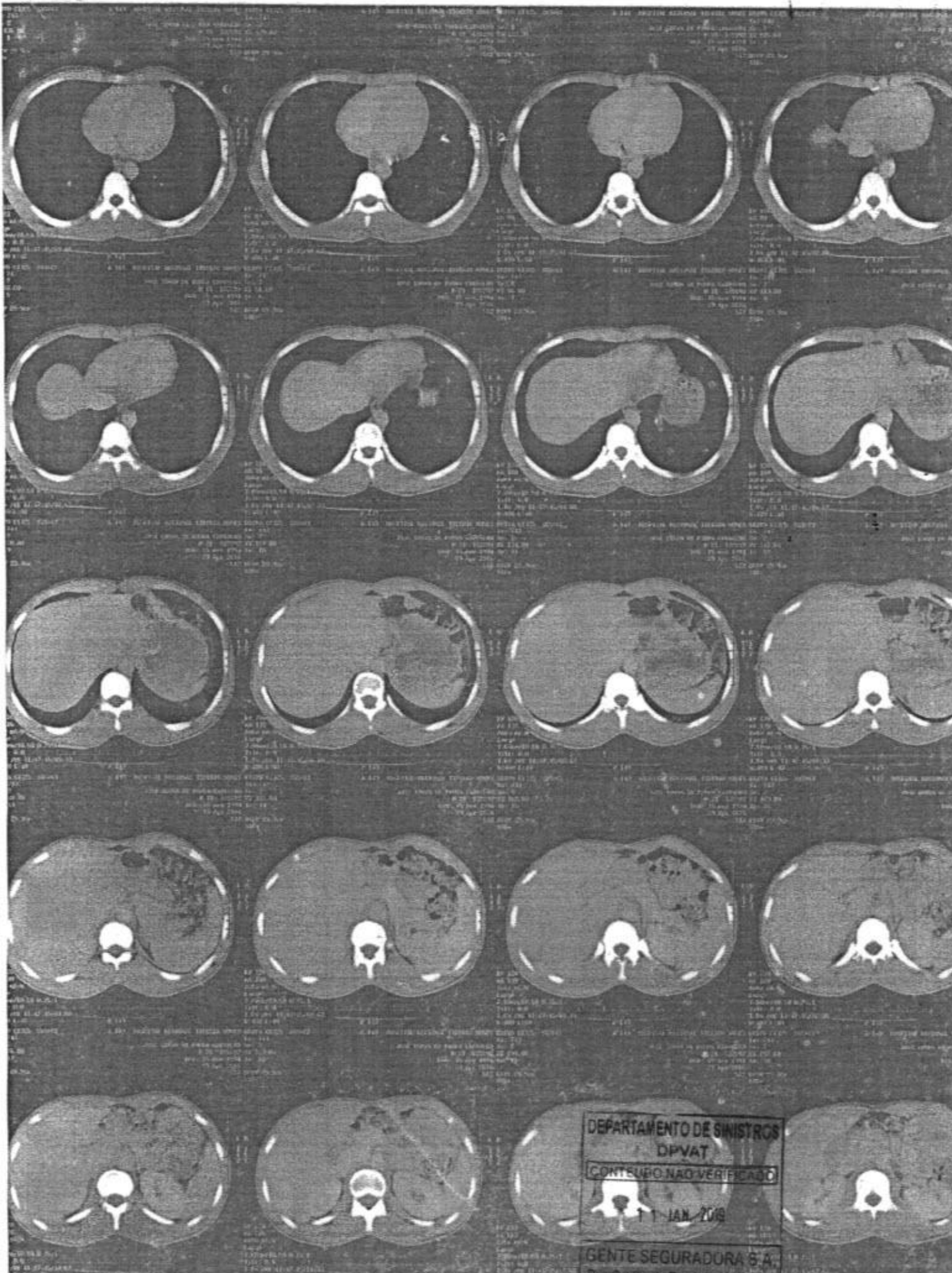
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN 2013

COMPANHIA SEGURODORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro, Norte CEP: 64.002.470



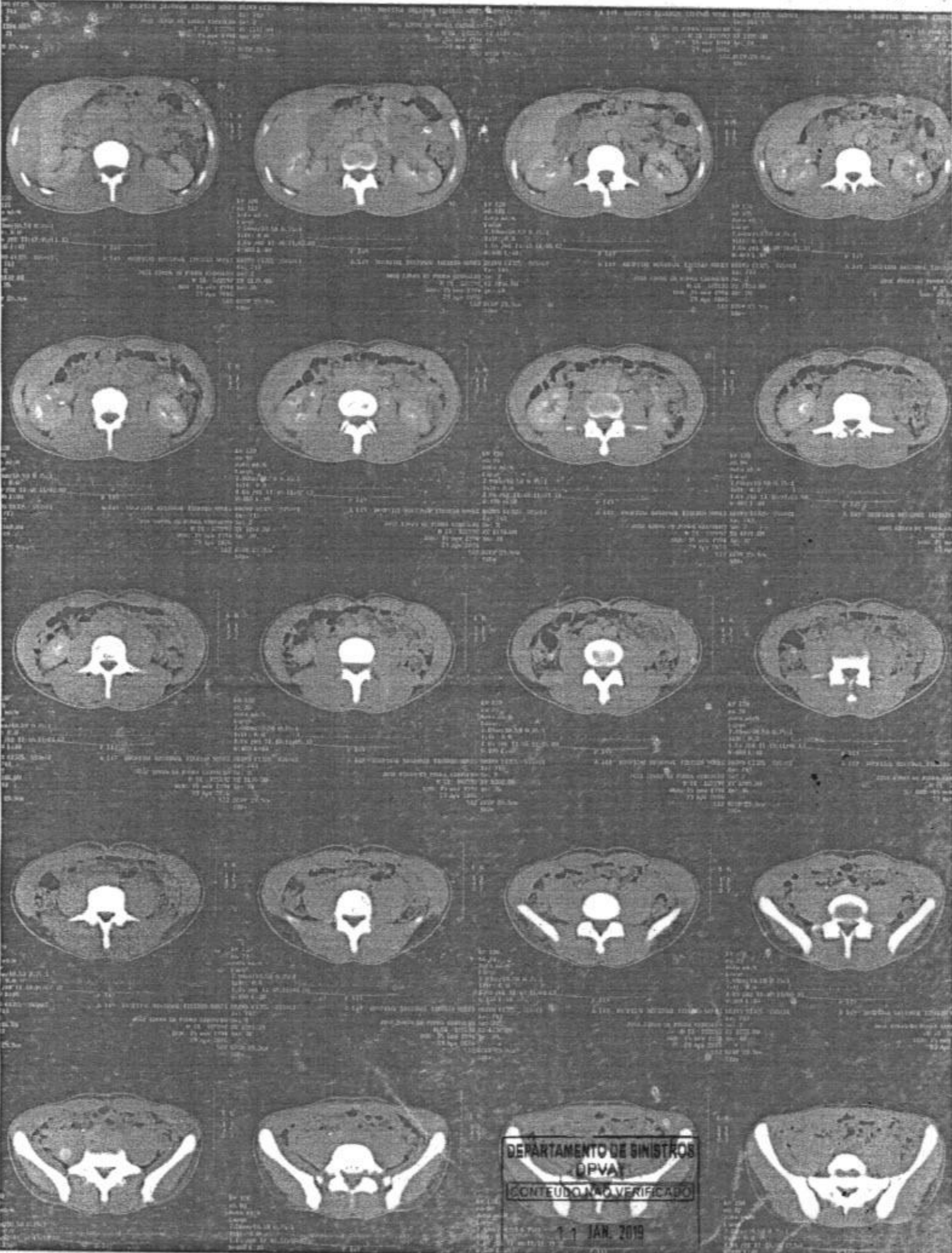
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
11 JAN. 2019
GENTE SEGURO S.A
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Niterói CEP: 24024-700



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO

11 JAN 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Presidente Roosevelt, 455 - 1º andar
Centro - Norte CEP: 64.002470



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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS




Jose Edivan Moura Carvalho
1351529

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
NASC. 3.240.445 DATA DE
EXPEDICAO 20/06/17

COGNOME
JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

FILIAÇÃO
MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO
DIVALDO CARVALHO

NACIONALIDADE
FLORIANO-PI DATA DE NASCIMENTO
15/11/1994

DOC. GERENCIAR
CERT. NASC. 4342 L A04 F 179
EXP FLORIANO-PI 05/09/96

050.105.343-39
1351529

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 88.250/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PI	Nº 9993189770
0120120122794	05025649464
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
117247de69ff6ba6a7ae701ec0d27f0a56224078612	
VIA	ENTRADA
1	471463647
NOME/ENDREÇO	
LEONARDO CARDOSO SOARES	
RUA PROJETAER	00066
URBANO	PI
CNPJ/CNPJ	PLACA
06461509364	ODI-7286
NOME ANTERIOR	
CAJUEIRO MOTOS LTDA	
PLACA ANT/UF	CHASSI
	9C2HB0210CR450279
ESPECÍFICO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA	GASOLINA
MARCA/MODELO	ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/POP100	2012 2012
CAP/POT. OIL	CATEGORIA
02P/0097CC	PARTIC
	COR PREDOMINANTE
	PRETA
OBSERVAÇÃO	
PBT: 000.25	
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA	
SEM RESTRIÇÕES	
GUARDE EM LOCAL SEGURO	
LOCAL	DATA
FLORIANO	11/07/2012
JOSE ANTONIO VASCONCELOS	
DIRETOR GERAL DO DETRAN - PI	

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



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 perícia médica. Estou a disposição da mesma.

Nos telefones abaixo.

(89) 99416 8848 99404 5016 Eriomar Alves.

Florianópolis 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 perícia 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:** Florianópolis **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
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190028646 **Cidade:** Florianó **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

Valoração 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

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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO, brasileiro (a) estado civil: SETEIRO, profissão: ESTUDANTE, carteira de Identidade nº 3.240.445, órgão expedidor SSP - PI, C.P.F. nº 050.105.343-39, residente e domiciliado CONS. HERMES PALACIO, nº 24323 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.º (a) JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Ocorrido em 23/04/18, 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 Lider.

Toda a Documentação apresentada é de inteira responsabilidade do Outorgante.

Floriano/PI, 01 de Outubro de 2018.

1º OFÍCIO

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

(OUTORGANTE)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

1 JAN. 2019

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

CARTÓRIO ROCHA 1º OFÍCIO
Jureline Rocha Lima - Tabelião
Rua Fernando Marques, nº 669 - Centro - Floriano - PI - CEP: 64808-000
Fone/Fax: (91) 3225-1219 - e-mail: cartorio.rocha@floriano.pi.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO. DOU FE. EM TEST. Verdade DA VERDADE. FLORIANO-PI, 01/10/2018. Emol.: 3,71 TJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: ABI.10215 (F450P85)

Franciane de S. Ribeiro
FRANCIANE DE SOUSA RIBEIRO NEIVA-Escritora 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

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/04/2016

Titular do CPF: JOSE EDIVAN MOURA
CARVALHO

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 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

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Ozeas Chaves Vieira Junior