

Browser tabs: Email - Alana Lima, Controle de docum..., Sistema SAJ - Co..., Audiências, Consulta processo..., 0801146-83.2020.8, Baixar o arquivo | | +

Address bar: [tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=549634&ca=2a5e9d30e8b244f9d0abb4e0f90ad1...](http://tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=549634&ca=2a5e9d30e8b244f9d0abb4e0f90ad1...)

Processo Virtual Na..., sAdministrativos, Portal do Advogado, Google, Nova guia, Meu INSS, [bb.com.br], Zimbra: Movimenta..., PJE 1º, Publicações

**PJe** ProceComCiv 0801146-83.2020.8.18.0028 JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO X GENTE SEGURADORA SA

13320915 - CONTESTAÇÃO (2762373 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 24/11/2020 09:06:31

24 Nov 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 13320914 - CONTESTAÇÃO
  - 13320915 - CONTESTAÇÃO (2762373 CONTESTACAO 01)
  - 13320917 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
  - 13320918 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
  - 13320919 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS A)
  - 13320920 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 9

2762373- C3/ 2020-04023/ INVALIDEZ

**JOÃO BARBOSA**  
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORIANO/PI

PT 09:06 24/11/2020



Número: **0801146-83.2020.8.18.0028**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Floriano**

Última distribuição : **24/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO (AUTOR)		THALLES AUGUSTO OLIVEIRA BARBOSA (ADVOGADO)	
GENTE SEGURADORA SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13320917	24/11/2020 09:06	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

## 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:**

### 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:** 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

**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.

Data do acidente: 21/04/2016

CPF de: Próprio

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](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

\_\_\_\_\_  
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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

### 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

\_\_\_\_\_  
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](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

Carta nº 13814031

Pag. 00539/00540 - carta\_01 - INVALIDEZ







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

Pag. 00969/00970 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050485



Carta nº 13816164





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

Pag. 01175/01176 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050588



Carta nº 13981835





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

Pag. 01163/01164 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050582



Carta nº 14050465





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

Pag. 00175/00176 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050088



Carta nº 14079636





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

Pag. 00153/00154 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050077



Carta nº 14172765





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, 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](http://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: 050.105.343-39 Nome completo da vítima: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

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

Nome completo <u>JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO</u>	CPF titular da conta <u>050.105.343-39</u>	Profissão <u>ESTUDANTE</u>
Endereço <u>RUA HERMES RIBEIRO 6-A</u>	Número <u>23</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>Campo Velho</u>	Cidade <u>FLORIANO</u>	Estado <u>PIAUÍ</u>
Email	CEP <u>64800-000</u>	Telefone (DDD) <u>89 99404 5016</u>

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

<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (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"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
BANCO Nome: <u>BANCO DO BRASIL</u> NRO: <u>001</u>	AGÊNCIA NRO: <u>0096-</u> D/V: <u>5</u>	CONTA NRO: <u>55286</u> D/V: <u>0</u>	
(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 conta informada. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

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

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







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

RG: 3240445 SSP PI

Mãe: MARIA DOS REMÉDIOS DE MOURA CARVALHO

Endereço: QUADRA A CASA 23, Nº

Bairro: CONJUNTO HERMES PACHECO

Cidade: FLORIANO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

**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 - Noticiante  
Responsável pela Informação

José Edivan Moura Carvalho

Delegado de Polícia





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

466 v. 1.0



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

Nome: JOSÉ EDIVAN MOURA CARVALHO

RG: 3240445 SSP PI

Mãe: MARIA DOS REMÉDIOS DE MOURA CARVALHO

Endereço: QUADRA A CASA 23, Nº

Bairro: CONJUNTO HERMES PACHECO

Cidade: FLORIANO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

### 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: PI 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

*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

Página 1/2

Boletim de Ocorrência emitido em: 13/02/2019 10:01 - SisBO@2011-2019 ATI



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112409062972300000012599071>

Número do documento: 20112409062972300000012599071

Num. 13320917 - Pág. 16

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 com o resultado da perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



FLORIANO PE, 01 de Outubro de 2016

Local e Data

X Jose Edivan Moura

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Carvalho

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



# 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: 24/04/20

SAMU FLORIANO  
REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR 343 (UESPI)

NOME DO PACIENTE: Jovani Edson de Menezes Carvalho IDADE: 20

SEXO: ☒ M ☐ F

SAÍDA DA C.R. 01:00:14

SAÍDA DO LOCAL 01:02:18

SAÍDA DO HOSPITAL

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

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

paciente atendida de 10:00h até 11:00h  
muito grato pelo atendimento

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- Aspiração ☐ Oxigênio ☐ Prancha longa ☐ RCP ☐  
KED ☐ Hemostasia ☐ Traqueostomia ☐ Colar cervical ☐  
Prancha curta ☐ Curativos e limpeza ☐ Assist. obstétrica ☐ Estub. Orotraqueal ☐  
Ventilação artif. ☐ Monitorização ☐ Cricotireoidotomia ☐ DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
11 JAN. 2019  
Acesso-venoso sol: ☐ Outros: ☐

MEDICAÇÕES

MATERIAL DE CONSUMO

ENTRADA NO HOSPITAL

- Melhorado ☐  
Piorado ☐  
Inalterado ☐  
Coma / glasgow ☐

CONDIÇÕES DE GRAVIDADE DE ENTRADA NO HOSPITAL

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

HOSPITAL DE DESTINO

HTN

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.



CNPJ: 06.553.564/0103-02  
(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: CPF: 050.105.343-39 - RG: 3240445 - SUS:  
End.: HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 - Bairro: CAMPO VELHO Cidade: FLORIANO/PI Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-00  
IBGE: 2203909 Cor: BRANCA Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO Pai: DIVALDO CARVALHO  
Clínica: **ACOLHIMENTO** Documento: - LUIZ SOLANO DE CARVALHO JUNIOR  
Responsável: 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  
FC: 0 bpm

TAX: 0°C  
Glicemia: 0 mg/dl

FR: 0 mrpm  
Peso: 0 kg

**ALERGIAS**

NEGA

**MEDICAÇÃO USUAL**

**CONDUTA**

AO PLANTONISTA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO - PIAUÍ  
CONFERE COPIA ORIGINAL  
DATA 31/10/2018  
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

292866 - LUIZ SOLANO DE CARVAL

Responsável: 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 - Sine 2-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

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 MES	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 Fst.	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:	
2 A 32 - 0,604030	

MENSAGENS IMPORTANTES / A VISO 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 resultar também a inclusão do nome do consumidor no 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.3C5D.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 NÃO VERIFICADO  
11 JAN. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470





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: 0800 86 8888

### Fatura Mensal

Matrícula		Hidrometro		Referência	
371479-9		A07N25E599		SET/2018	
Nome/Razão Social/Endereço					
ERIONAR ALVES DOS SANTOS AVE SEN PETRONIO PORTELA NUNES, 759 CAMPO VELHO FLORIANO 64808485					
AG= 79					
Situação	Res.	Categorias de Uso		Inscrição	
3/1	1	Com.	Ind.	Pub.	41 2 07 0509 0017-000
Período de Consumo					
15/08/2018			17/09/2018		
33					
Forma de Faturamento					
FATURADO P/ CONSUMO NORMAL					
Cód. Responsável			Código de Tarifa		
904220532			01		
Consumo Médio		Consumo Fio Água		Consumo Fio Esgoto	
17					
Consumo		Consumo Faturado			
19		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. 2014-2011 MS							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Oxigênio	pH	Ferro	Cálcio	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 9,5	0,5	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostras que Atende Legislação							
Valor Médio	0.71	0.00	1.16	7.15	0.00	0.00	0.00
Conclusão: 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		Inscrição		AG= 79	
Águas e Esgotos do Piauí S/A		41 2 07 0509 0017-000			
Atendimento ao Consumidor 0800 86 8888		Matrícula		Referência	
Res. Com. Ind. Pub.		371479-9		SET/2018	

VENCIMENTO

24/09/2018

77,22

TOTAL A PAGAR (R\$)

82630000000-5 77220001820-2 37147990920-7 13000000001-8



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

SINISTRO NÃO VERIFICADO

7-1 JAN. 2019

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





**CEPISA**  
ENERGIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.749/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - JANE 8-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEPAZ 06/98

PARA CONTAR  
CORRETO, informe  
esse NÚMERO!!

0338364-4

Nº da Nota Fiscal  
019108287

A Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2003.

CONTA DE	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MARÇO/2019	22-03-2019	103	95,01

FRANCISCA MARIA DE MOURA SOUSA  
R. HONORATO DE SOUSA LIMA 70 S/C

MELADAO

CEP: 64.800-000 - FLORIANO

Atual:	Anterior:
9572	15/03/2019
Constante de Multiplicação:	Próxima Letura:
9469	13-02-2019
Consumo Medido:	Emissão:
1,000	15-04-2019
Consumo Faturado:	Apresentação:
103	14-03-2019
Forma de Faturamento:	Dias de Consumo:
103	15-03-2019

Classe/Subclasse: NORMAL Ligeira Número Medidor: 1437018 Poste: Código Pat. 30 Média 12 meses

RECEITA	RECEITA	RECEITA	RECEITA
RE 5506	RE 5506	RE 5506	RE 5506

Mês/Ano	Valor R\$
FEV/19	104
JAN/19	114
DEZ/18	100
NOV/18	119
OUT/18	140
SET/18	125
AGO/18	127
JUL/18	92
JUN/18	103
MAI/18	108

TARIFA DE TRIBUTOS:  
R\$ 100 - 0,60

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**

Mes/Ano: 02/2019 Valor R\$: 98,11

Unidade Consumidora Valida a cobrança de fornecimento de energia elétrica e emitir do 01-02-2019, em função das contas reavaliadas desta fatura. O não pagamento poderá acarretar suspensão e inclusão do nome do consumidor na CEPISA. Informações sobre existência de contas a vencer e/ou a pagar, consulte o valor de 02 - 105,76 (valor histórico, caso tenha efetuado o pagamento, favor consultar esta tabela).

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

RESERVADO AO FISCO

Distribuição:	F781.983C.C8F7.5FC9.9F09.0987.70F0.D951
Energia:	Valor do ICMS: 89,41 69,74
Transmissão:	Valor do PIS: 22,00%
Encargos:	Valor do COFINS: 19,67
Tributos:	6,06

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
09 ABR 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelmo de Resende, 465 Loja C  
Centro-Norte CEP: 64.002-470  
Teresina-PI

0,00 0,00 0,00

**equatorial**  
**ENERGIA**  
**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ 06.840.749/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO: 0338364-4  
MÊS FATURADO: 03/2019  
VENCIMENTO: 22-03-2019

TOTAL A PAGAR: R\$ 95,01

Nº da Nota Fiscal: 019108287 FCM

836100000000 6 95010017000 6 000000000338 4 36440319008 5

SEQ.: 00170 UC: 0338364-4 DT.LEIT.: 15/03/2019 T.ENTR.: 01  
LEITURA: 9572 NORMAL TOTAL: 95,01 CARGA: 005  
DT.VENC.: 22-03-2019 IRREG.: 000 COLETOR: 0711



**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 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 CARVALHO inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.105.343 / 39, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO, 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 Verde</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 - 8848</u>	

FLORIANO-PI, 01 de Outubro de 2018  
Local e Data

x Erionar Alves dos Santos  
Assinatura do Declarante

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

DLDR.L001 V001/2017



## 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  
Piauí, 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: Motorciclara  
 Modelo: HONDA POP/100  
 Ano: 2012  
 Placa: ODU-7286  
 Chassi: 962H80210CR450979  
 Data do Acidente: 21/04/2016  
 Local e Data: FLORIANO-PI 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 CONTEÚDO 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, 919 - Centro  
 Floriano/PI - CEP 64800-000  
 Fone/Fax: (89) 3522-2527  
 e-mail: cartorioleal2@hotmail.com

**RECONHECIMENTO**  
 Reconheço a(s) firma(s) de Leonardo Coutinho Soares  
 Como ☒ Verdadeira ☐ Autêntica ☐ Semelhança  
 Dou fé, Floriano/PI, 02/10/2018  
Carvalho

☐ Gilvete Ferreira da Silva Almeida - Tabelião ☒ Gilvane Ferreira da Silva - Tab. Substituto  
☐ Juste Nunes Gomes Cavalcante - Escrevente





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: Jori Edson de Moura Carvalho 20

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE:

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

73.26  
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

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

Sal - 97%  
Paciente atendida de 10 min após a  
chamada de emergência e não retornou

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 durante o atendimento ☐  
Óbito antes do socorro ☐

HOSPITAL DE DESTINO H.T.N.

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.



SNIPJ: 06.553.304/0103-04  
(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:

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

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64.800-00

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 0301060051 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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
FLORIANO - PI  
CONFERE COM O ORIGINAL  
DATA 30/04/18  
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

292866 - LUIZ SOLANO DE CARVAL

Responsavel: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112409062972300000012599071>

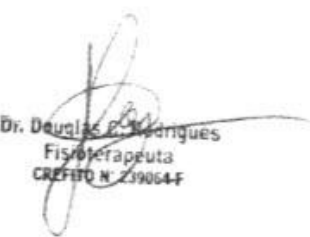
Número do documento: 20112409062972300000012599071

## RELATÓRIO FISIOTERAPÊUTICO

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  
CREFITO Nº 239064-F

---

DR. DOUGLAS DA COSTA RODRIGUES  
CREFITO Nº 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) 1020

NOME DO PACIENTE: Jori Edson de Moura Silva 20

SEXO: ☒ M ☐ F IDADE: \_\_\_\_\_

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. \_\_\_\_\_

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

- |                              |                 |
|------------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 09- | QUEDA           |
| <input type="checkbox"/> 10- | AFOGAMENTO      |
| <input type="checkbox"/> 11- | F. ARMA BRANCA  |
| <input type="checkbox"/> 12- | QUEIMADURA      |
| <input type="checkbox"/> 13- | MAL SÚBITO      |
| <input type="checkbox"/> 14- | F. ARMA DE FOGO |
| <input type="checkbox"/> 15- | FALSO CHAMADO   |
| <input type="checkbox"/> 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 do 10º andar que se  
meteu a brincar no telhado

**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**

**ENTRADA NO HOSPITAL**

Melhorado ☐  
Piorado ☐  
Inalterado ☐  
Come / 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: 06.553.364/0103-04  
(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: 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:

Acidentat em moto + alcoolismo  
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:

Tenoxicam - 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: 035.962.413-85

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

U<sup>o</sup> dos Remedios de Moura Carvalho

vel: JOSE EDVAN DE MOURA CARVALHO

685 - FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO





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

Funcionário: PAULLENI

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: *Ausente de sono, a fadiga, o cansaço*

**Exame clinico/fisico:**

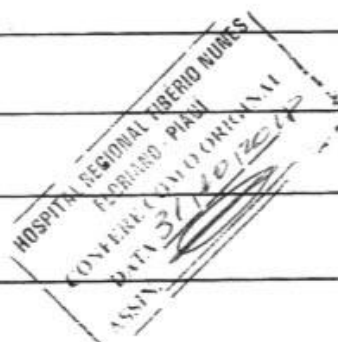
**Diagnostico provavel:**

**Medicação:**

*20:05*  
1. S. F. 0,9% - 1000ml (500)  
2. Hidroxizina 500mg no son OK  
3. Alivon, dipirona + placebo 6 20:20  
4. Ad + Dilatil cv. 20:20

**Procedimentos/exames realizados:**

Ass. Técnico



Dr. César Amaral Guimarães  
Médico  
CRM: 1423 - PI

*Dr. Edivan M. Soares*

1423 - AUGUSTO CESAR AMARAL GUIMARAES



SECRETARIA  
MUNICIPAL  
DE SAÚDE



192



DATA: 23/04/16

Nº: \_\_\_\_\_

SAMU FLORIANO  
REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

LOCAL DA OCORRÊNCIA: R. Nereu Pocher A 23

NOME DO PACIENTE: José Divan de Moura Corvello 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: \_\_\_\_\_

SAT-98%

OBSERVAÇÕES

Paciente apresentando vômito +  
Cefaleia, o mesmo sofreu acidente de trânsito  
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 ☐
- Tomografia ☐

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: 64.002470

ENTRADA NO HOSPITAL

- Melhorado ☐
- Piorado ☐
- Inalterado ☐
- Coma / glasgow ☐

CONDIÇÕES DE GRAVIDADE DE ENTRADA NO HOSPITAL

- Severa grav. ☐
- Ileto ☐
- Óbito antes do socorro ☐

- Pequena grav. ☐
- Indeterminada ☐

- Média grav. ☐
- Óbito durante o atendimento ☐

HOSPITAL DE DESTINO: h H M

[Assinatura]

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.

[Assinatura]

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 motociclístico há 2 dias, de entrada neste pronto socorro trazido pelo SAMU com queixa de cefaleia intensa associada a vários episódios de vômitos. Ao EF: PA: 140/80, consciente, orientado, hidratado. RP: 120/80. Ex: 20x80. Realizado TC crânio evidenciando fratura de bacia e área de hemorragia.	
Observações: em região porto-venitral.	

Dr. Davi Magalhães L. Moraes 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 J	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 Retorno	Obs.: Esta ficha deverá ser devolvida ao local de origem através do próprio paciente devidamente fechada.
----------------	--------------------------	---



SNIPJ: 06.553.504/0103-02

(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:

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

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64600-00

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 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



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:

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: *Dores de estômago, febre, vômito*

Exame clínico/físico:

Diagnostico provavel:

*1. S. F. O. 97. - 1000 (500)*

*2. Hidratação 500ml no sor. OK*

Medicação:

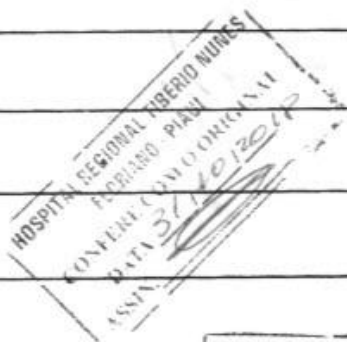
*3. Omeprazol 20mg + Plasil 60 20:20*

*4. AD + Dilatil CV.*

*20:20*

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. Cesar Amaral Guimarães  
Médico  
CRM: 1423 - PI

*Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO*

Assinado eletronicamente por: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

1423 - AUGUSTO CESAR AMARAL GUIMARAES



(89) 1522-1489 89) 1522-1489

## Senha 32

• Sexo: MASCULINO

SUS

IBGE: 1705909 Cor: BRANCA Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO Pai: DIVALDO CARVALHO

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 04300

Documento: 6981 - ALDERIZA GOMES DO NASCIMENTO

Revisão por: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO - O MESMO

## Procedimientos

2010-11-28	0301000071	ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
------------	------------	--

<input type="checkbox"/> Vermelho - Emergência	<input type="checkbox"/> Laranja - Muito Urgente	<input type="checkbox"/> Amarelo - Urgente	<input checked="" type="checkbox"/> Verde - Pouco	<input type="checkbox"/> Azul - Não Urgente
--	--	--	---	---

**Motivo do atendimento:**

QUEIXA/HISTÓRIA

PRINCIPAL QUEIXA: TAZIDO PELA SINTOMATICA: CEFALEIA + VOMITO + ALGIA TORACICA APOS ACIDENTE DE MOTO HA 12

## RESERVAÇÃO

## SIGNAIS VITAIS

FA: 120x30 mmHg

TAX C<sup>9</sup>c

FR: 0 mmpm

FC-1 born

Glicemia 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALL GLAS

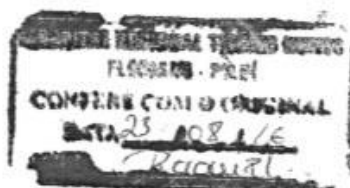
NEO-ALLERGIA

#### INDICAÇÃO USUAL

NEWS/EE INFORMAR

Abstract

ANTONISTA



M<sup>a</sup>. dos Remedios de Moura Carvalho

PERNIVEL: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Annunciato

303448-6 - ~~Silvia Gomes da Mota~~ FREDERIZA GOMES DO





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: S3524  
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: CPF: 050.105.343-39 - RG: 3240445 - SUS: 89800230811590  
End.: HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 - Bairro: CAMPO VELHO Cidade: FLORIANO/PI Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800  
Cor: BRANCA Telefone: ( ) Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA Pai: DIVALDO CARVALHO

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 6081 - MEDICO  
Responsavel: 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 clinico/fisico:

A

Diagnostico provavel:

Acidente motor ciclista há 2 dias

Medicação:

1 - Difenidramina - 12:33 Kopy  
2 - Febrofen 1600  
3 - Paracetamol - Supp. 1000 mg

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico



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

Assinado eletronicamente por: 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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
53524  
8 - DATA DE NASCIMENTO  
15/11/1994  
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

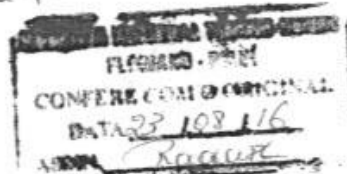
38018

## JUSTIFICATIVA DA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Acidente automobilístico há 01 semana +  
dor abdominal persistente*

AIN NUMERADA



18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

*A seguir*

AIN DIGITADA

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

26 - CLÍNICA  
CLÍNICA MÉDICA  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
ALUISIO GOMES DE SOUSA NETO

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
URGÊNCIA

28 - DOCUMENTO  
( ) CNS (x) CPF

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
035962413-83

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
0301060088

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

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

39 - CNPJ EMPRESA

11 JAN 2019

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

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

45 - CODUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS (x) CPF

06007538591

47 - DATA DA

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

75520

2216160 658090





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

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
GABRIEL FERREIRA, S/N, 0  
FLORIANO/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- FLORIANO/PI	Profissão:	Telefone: ( ) -	
Pai: DIVALDO CARVALHO		Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO	
Responsável: 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
	GENTE SEGURADORA S.A.
	Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
	Centro - Norte CEP: 64.002470
Diagnóstico Provável	

ALUISIO GOMES DE SOUSA NETO

M



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

29	83	
ENF. OU APT.	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
<del>24</del>	11	

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112409062972300000012599071>  
 Número do documento: 20112409062972300000012599071

# 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 Magrinha / CEP: 64800-000 / Floriano - Piauí.

Floriano - PI

Nome:

Médico Solicitante:

### LAUDO ABDOME SUPERIOR

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, contém bile de aspecto normal e seu interior

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

Pâncreas - Com topografia, forma, dimensões e parenquimas normais

Rins - Tópicos, com contornos regulares e volumes normais

Cortical preservada e sistema pielo-calicial com distribuição normal

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 de Araújo Martins





NOME DO PACIENTE: SOARES EDVAN MONICA PARUALTO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 401215

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
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".



# Neuroanatomy

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

(User: HELENILSA)

(Estação: ACCR01)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE


DADOS DO PACIENTE:

DADOS DO PACIENTE:		Prontuário: 401215	
Nome: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO		Pai: DIVALDO CARVALHO	
Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA 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	Documento: RG: 3240445 - SSPPI	
Profissão: NAO INFORMADO	E.Civil: Solteiro(a)	End.Local.: - - -	

DADOS DO ATENDIMENTO:

<b>DADOS DO ATENDIMENTO:</b>			
<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>Acid. Trajeto:</u> Não	<u>Acid. Trab. Típico:</u> Não	<u>CID Secundário:</u>

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

DADOS CLÍNICOS:

(Hora:

DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_:\_\_\_)  
Doença crônica de aumento motor voluntário

2. dua. Dua utama. intense. Repetisi simbol / Repetisi  
HUT DR. ZENON RO

width, at 1 m.

FILIP ZENON ROCHA

~~TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA~~

EXAME: Chão

DATA: 3.04.10 42

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

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

TC Chemo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

~~GENTE SEGURO S A~~

Rua Coelho de Souza, 305 - LOREL

Centro - Norte CEP: 64.002-470

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: 1 1

HORA: \_\_\_\_\_

33040092  
Procedimento

SC 48

*Paulo Amor, Luiz Pereira*

Medico

Assinatura - Profissional Médico

Assinatura Paciente ou Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112409062972300000012599071>

Número do documento: 20112409062972300000012599071

Num. 13320917 - Pág. 44





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/CEFALEIA/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 SOLICITAÇÃO: Paciente vem de Atendimento por meio HT 02dir. com  
Piora consecutiva, apresentando cefaleia paroxística, náuseas/vômitos. No exame  
G-14; pup. isocóricas/paroxísticas. Et cranio: Hemitema extradural no  
Vozes; si de nível subaracnóideo; cisternas livres.  
Cd: Conservadora.

Carimbo/Assinatura: [Assinatura]

DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_:\_\_

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: \_\_/\_\_/\_\_:\_\_ ESPECIALISTA:  
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura: [Assinatura]  
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 <b>José Edivan Moura Carvalho</b>		PRONTUÁRIO <b>401215</b>	CLÍNICA <b>Neurologia</b>	ENF. ou APTº <b>211/135</b>	MÉDICO ASSISTENTE <b>Ricardo</b>
EVALUÇÃO MÉDICA:		QUANT.		HORÁRIOS	
DATA/HORA	EVALUÇÃO MÉDICA:		QUANT.	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES
26/04/16	<i>765/65(-) - AK 70</i>				<i>08:58h - PT de Alto risco -</i>
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	SSV + CCG + 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: 64.062-970

*Sumário Luis C. Bezerra*  
ENFERMEIRO  
COREN-PI 388417







# PRESCRIÇÃO MÉDICA

211/135

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30



AIH : 221610031042-4  
UNI : H.U.T (PROF. ZENON RUCHA)

Orgão Emissor: M221100001

ASSISTENTE  
15/11/1994

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - H

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

D.LIBERA: 28/04/2016

DT. LAUDO : 23/04/2016

PROCED. : 0303040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO

OP.SIST: WELLINGTON

CID : S068

Assessoria de  
CRM-PI 1250  
Assessoria de  
CRM-PI 1250

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-Ende: FLORIANO - CENTRO - CEP: 64800-000	17-Cod.IBGE: 220390
16-Munic: FLORIANO	18-UF: PI
	19-CEP: 64800-000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente caindo no chão -  
com DVE e sinais de  
guarnição.

21 - Condições que justificam a internação:

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

ur  
xc: Contusão

23-Diagnóstico Inicial:

Outros traumatismos intracranianos

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Celso de Resende, 455 - Loja 0  
Centro - Norte CEP: 64.002470

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

1-Cod.Proced.: 0303040092	27- Procedimento Solicitado: TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO (GRAU MEDIO)	Tempo SUS: 7
29-Clinica:	30-Caráter: Ident.: 02 01	31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.: 952.819.243-20
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: RICARDO MARQUES LOPES DE ARAUJO	34-Data Solicitação: 23/04/2016	35-Ass. Carimbo Med. Sol. (CRM)

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

36- ( ) Acidente de Trânsito	39-CNPJ Seguradora:	40-No. R. Insc. Est.	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: 28/04/16	48-Documento: ( ) CNS ( ) CPF	49-Num. Documento:	50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)
--	-------------------------------	-------------------------------	--------------------	--------------------------------

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, 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



**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: SUS 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

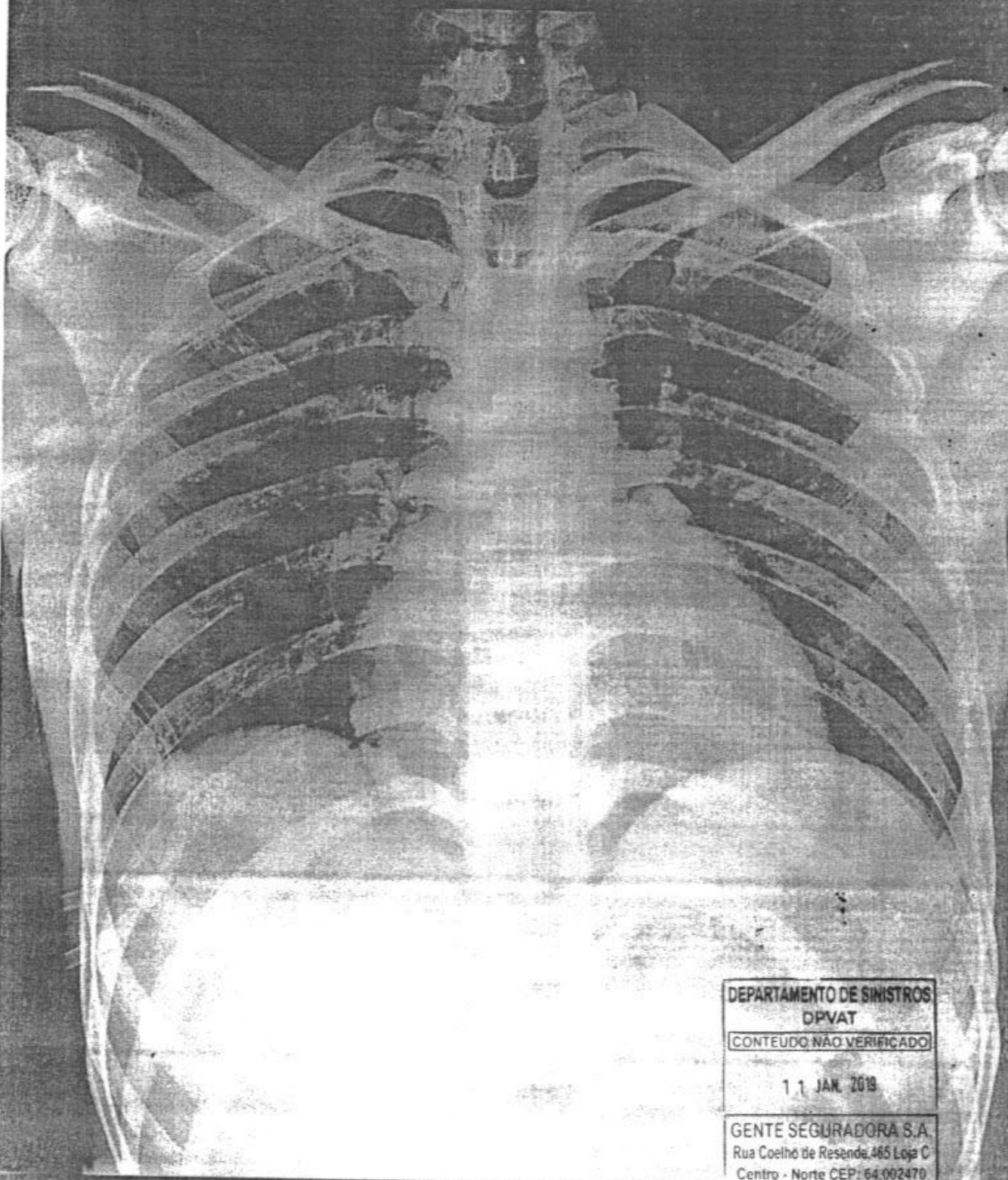
Profissional Responsável







400703  
JOSE EDVAN M CARVALHO  
M



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

27.04.2016  
20:28  
62.2%

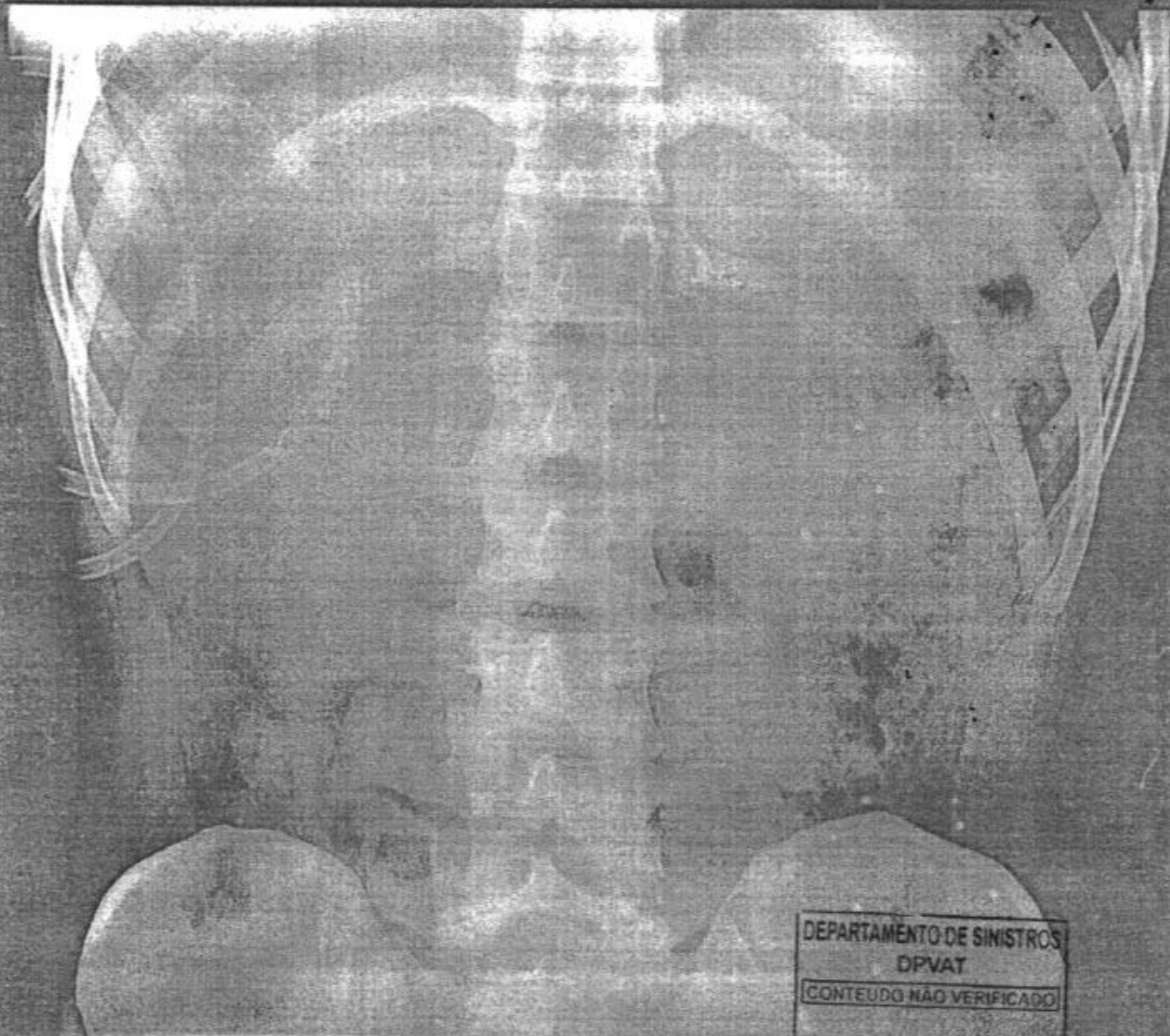
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUN  
RÔMU



460103

JOSE EDVAN M CARVALHO

M



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
11 JAN. 2019  
GENTE SEGURO 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



750  
JOSE ED VAN DE MOURA CARVALHO

M

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
11 JAN. 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470

29.04.2016

03:42

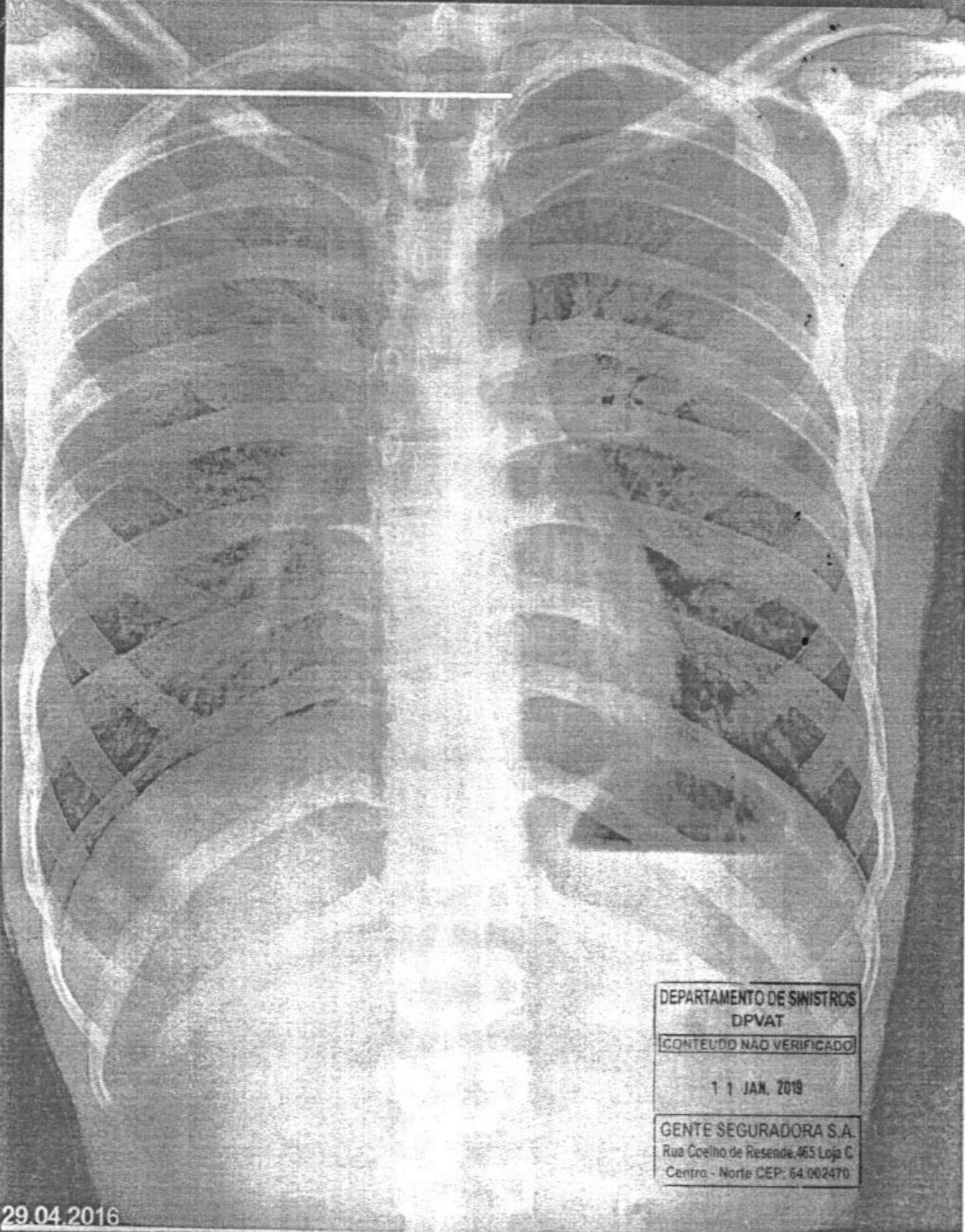
58.4%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
NIVA





JOSE ED, VAN DE MOURA CARVALHO



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

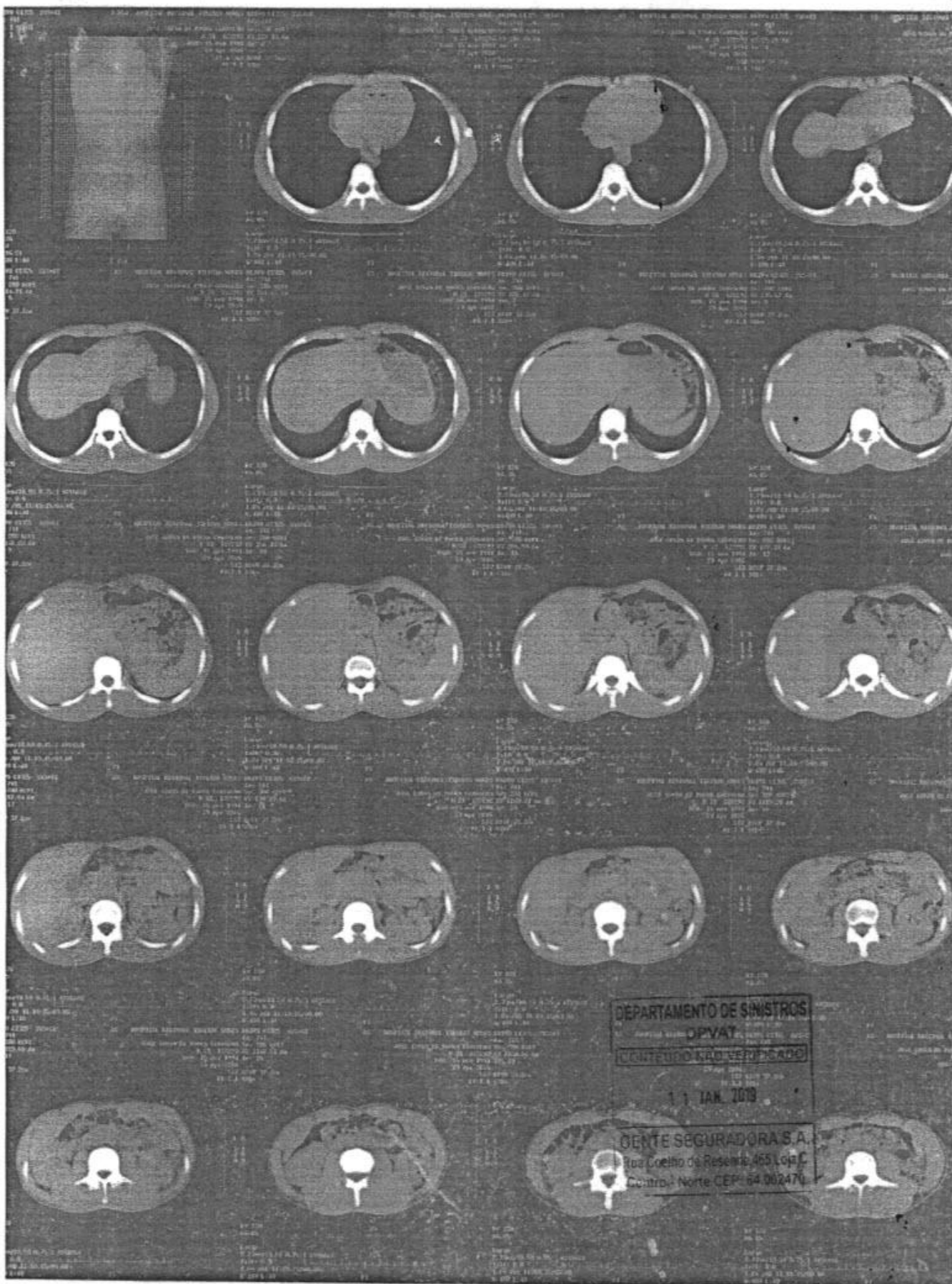
29.04.2016

03:41

58.4%

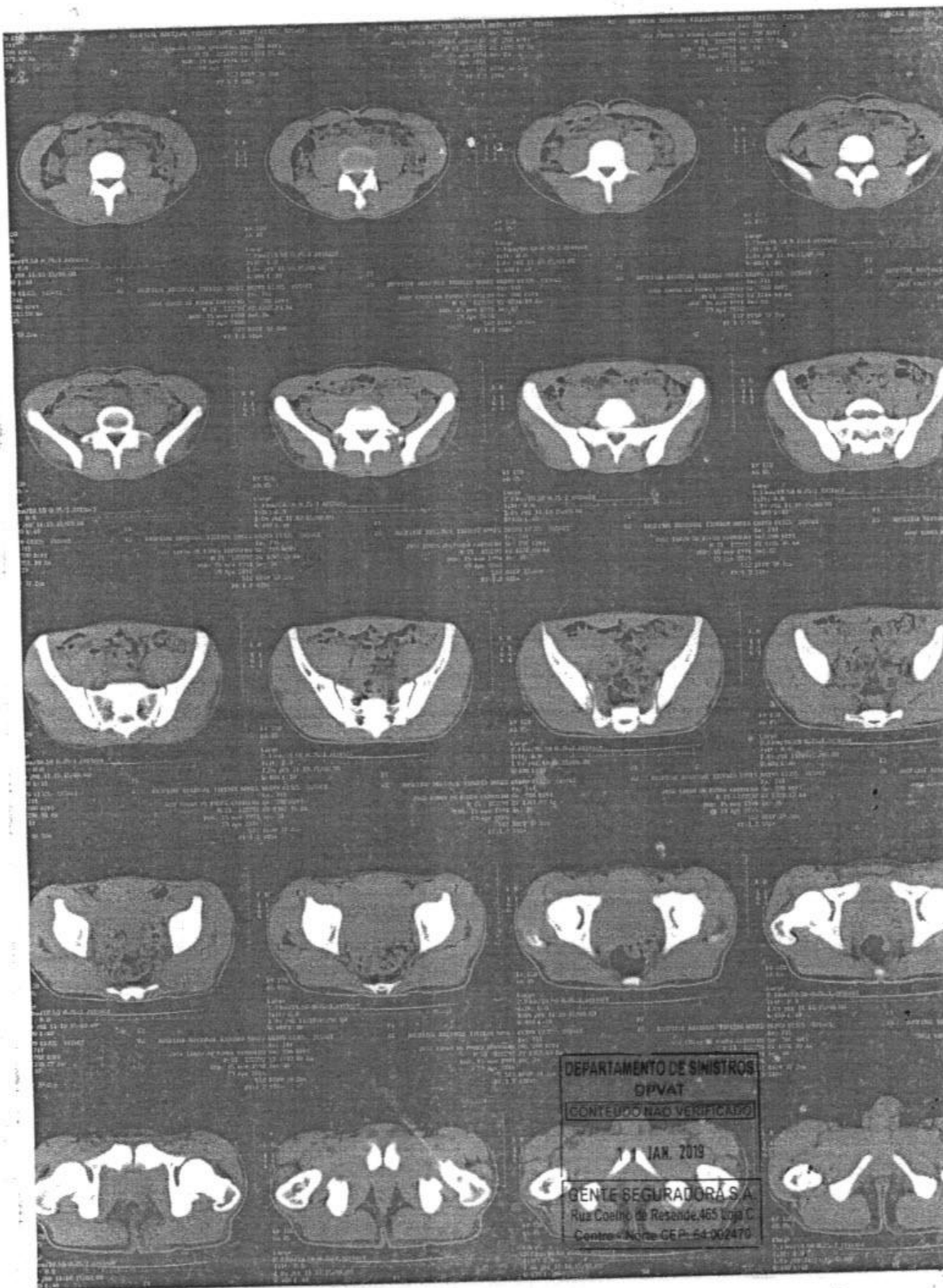
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES  
NVA



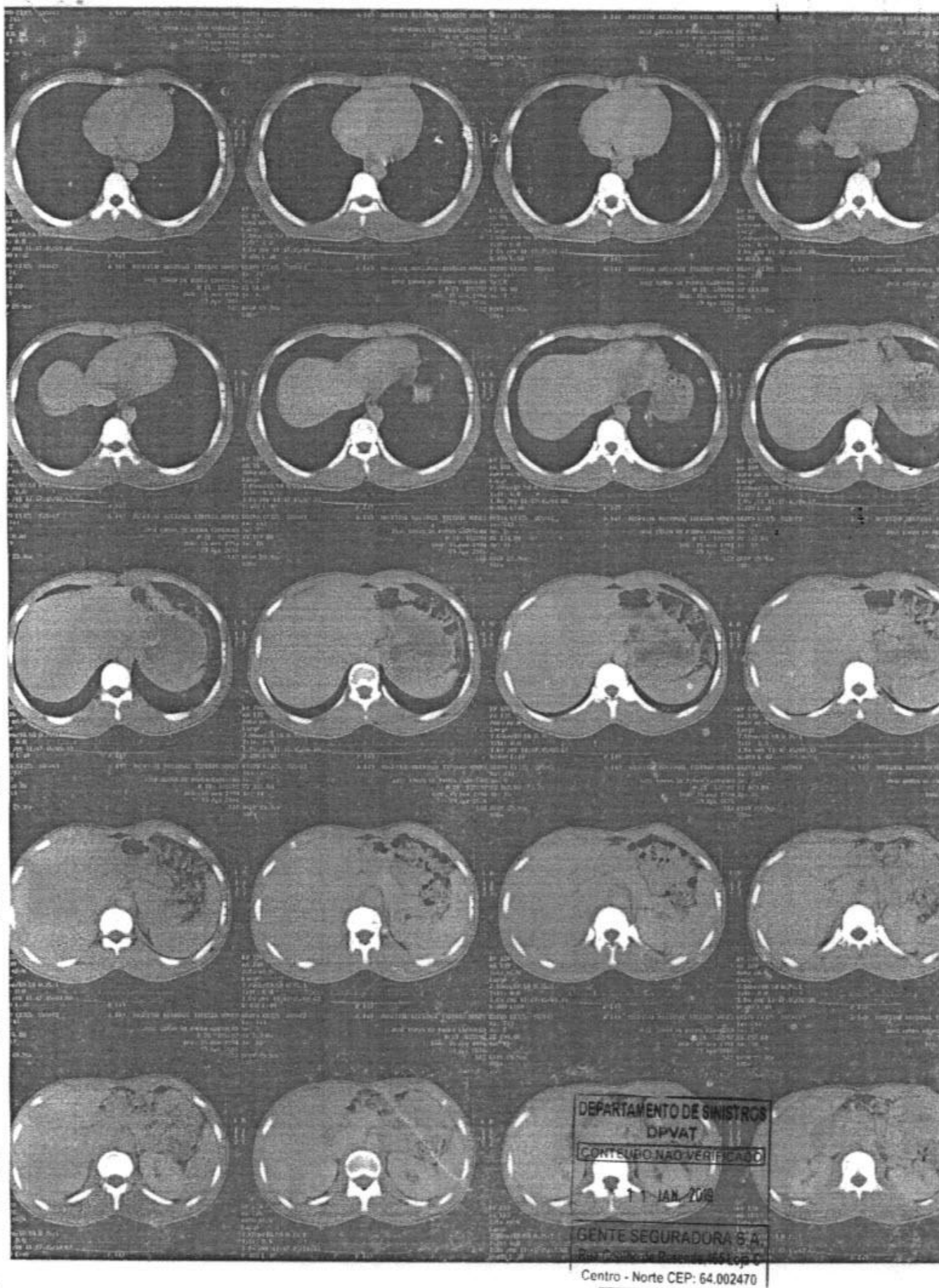


DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
11 JAN 2019  
CENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1  
Centro - Norte CEP: 64.062470



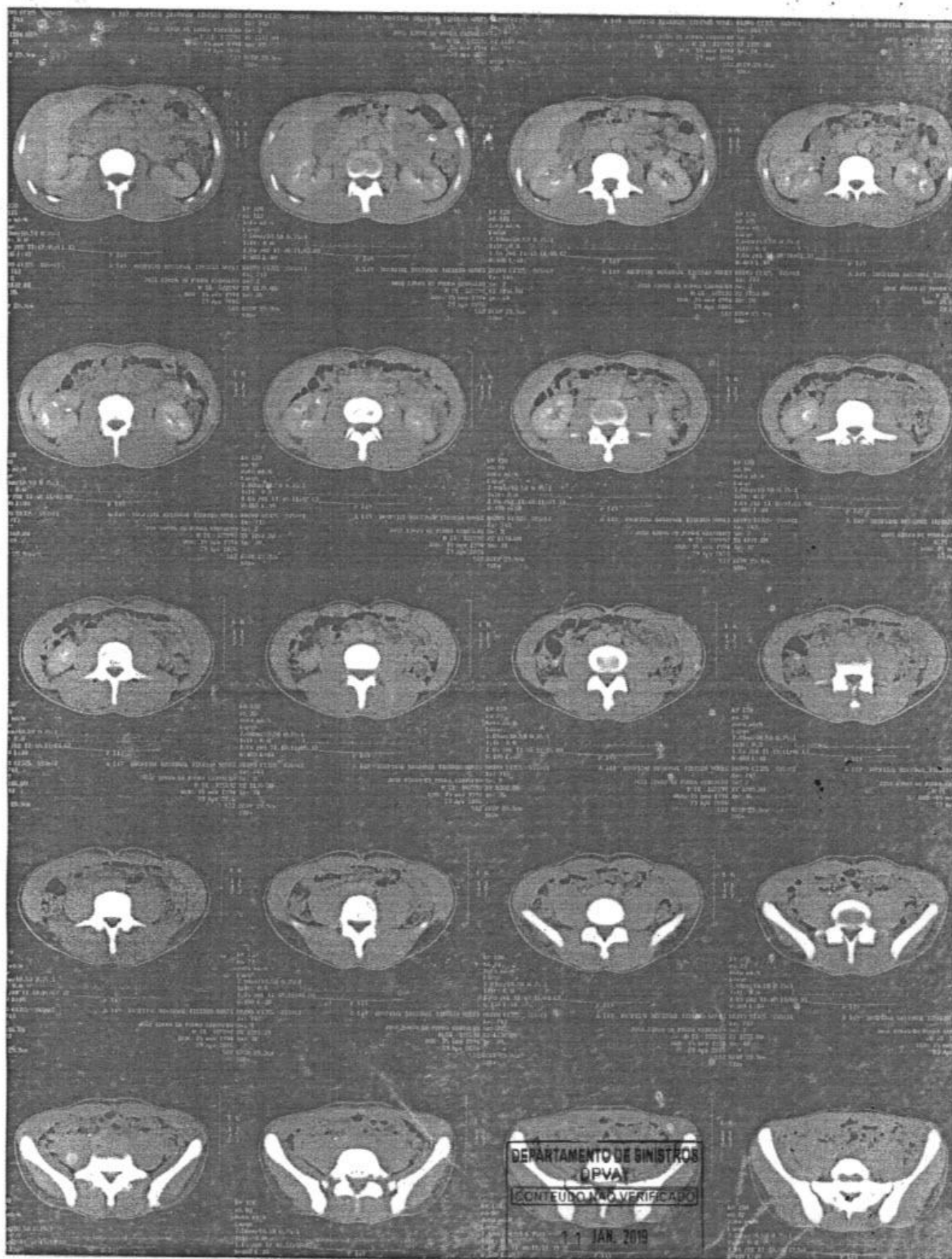






DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTUO NAO VERIFICADO  
11 JAN 2019  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Carlos de Rosendo, 155 Cop C  
Centro - Norte CEP: 64.002470





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




ASSINATURA DO TITULAR  
*José Edivan Moura Carvalho*  
6291531  
1351629

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3.240.445 DATA DE EMISSÃO 20/06/17

NOME JOSÉ EDIVAN MOURA CARVALHO

RELACÃO MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO  
DIVALDO CARVALHO

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

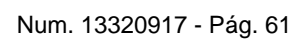
DOC. GERAL CERT. NASC. 4342 L A04 F 179  
EXP. FLORIANO-PI 05/09/96

050.105.343-39  
1351629

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
11 JAN. 2013  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002470



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PI Nº 9993189770  
0120120122794 05025649464

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
117247de69ff6baea7ac701ec0d27f0a56224078612

VIA 1 471463647 RNTRO

NOME/UNDE RECON  
LEONARDO CARDOSO SOARES

RUA PROJETAER 00066  
URBANO PI

06461509364 PLACA  
ODI-7286

NOME ANTERIOR  
CAJUEIRO MOTOS LTDA

PLACA ANTIGUA CHASSI  
9C2HB0210CR450279

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FABR ANO MOD  
HONDA/POP100 2012 2012

CAP/POT/OL CATEGORIA COR/PREDOMINANTE  
02P/0097CC PARTIC PRETA

OBSERVAÇÃO  
PBT: 000.25

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA  
SEM RESTRICÕES  
GUARDE EM LOCAL SEGURO

LOCAL DATA  
FLORIANO 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?

[ ☒ ] 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)?

[ ☒ ] 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 perícia 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 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:** 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
Total			10 %	R\$ 1.350,00



## 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

**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: 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 ROUS HERMES PALMEIRO, nº 04323 bairro Campo Velho  
Cidade FLORIANO, no Estado de PI, 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 23/04/16, 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 Dpvt 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)



## 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

CPF de: Próprio

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](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

\_\_\_\_\_  
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

