

Email - Alana Lima x Controle de docu... x ... Sistema SAJ - C... x Audiências x Consulta processos x 0801146-83.2020.8.18.00028 x Baixar o arquivo | x +

tpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=549634&ca=2a5e9d30e8b244f9d0abb4e0f90ad1... x

Apps Processo Virtual Na... Administrativos Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bcb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJ 1º Publicações

PJE ProceComCiv 0801146-83.2020.8.18.00028 x

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 procuração 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 FLORIANÓ/PI



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
13320 917	24/11/2020 09:06	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

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

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/04/2016

Titular do CPF: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 630.353.673-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Ozeas Chaves Vieira Junior



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. 3

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012806/19

Número do Sinistro: 3190028646

Vítima: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

CPF: 050.105.343-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/04/2016

Titular do CPF: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO : 050.105.343-39

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/04/2019
Nome: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 630.353.673-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Paula Vargens Mendes da Costa



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. 4

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012806/19

Vítima: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

CPF: 050.105.343-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/04/2016

Titular do CPF: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS : 630.353.673-53

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

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO : 050.105.343-39

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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



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. 5



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

Rio de Janeiro, 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, contados 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



00020270



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. 6



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

Rio de Janeiro, 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



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. 7



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

Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028646 **Vítima: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

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

Procurador: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: 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



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. 8



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

Rio de Janeiro, 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. 01163/0164 - carta_03 - INVALIDEZ



00050582

Carta nº 14050465



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. 9



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

Rio de Janeiro, 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



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. 10



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

Rio de Janeiro, 10 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028646 **Vítima: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

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

Procurador: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00153/00154 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14172765



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. 11

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

Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028646 **Vítima: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO**

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

Procurador: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

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

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

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

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000000096-5

Conta: 0000055286-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). 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 JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO	CPF titular da conta 050.105.343-39	Profissão ESTUDANTE
Endereço CONJ. HERMES PALHEO 8-A	Número 23	Complemento CASA
Bairro Campo Velho	Cidade FLORIANO	Estado PIAUÍ
Email	CEP 64800 000	
Telefone (DDD) 89 99404 5016		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO NRO.	NRO.		
BANCO DO BRASIL			001
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0096-	5	55 286	0
(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 **DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT**.
Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

FLORIANO-PI, 01 de Outubro de 2018

Local e Data

11 JAN. 2019

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

Jose Edivan Moura Carvalho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011240906297230000012599071
Número do documento: 2011240906297230000012599071

Num. 13320917 - Pág. 13



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



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. 14



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 104347.002367/2018-81

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

Data/Hora

21/04/2016 - 01:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Bairro

REDE NOVA

478158

Endereço

BR 343/PROXIMO A UESPI, N°:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ EDIVAN MOURA CARVALHO

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 3240445 SSP PI

Mãe: MARIA DOS REMÉDIOS DE MOURA CARVALHO

Endereço: QUADRA A CASA 23, N°

Bairro: CONJUNTO HERMES PACHECO

Cidade: FLORIANO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE ESTAVA SE DESLOCANDO PELA BR 343, NO DIA E HORA CITADOS ACIMA, EM DIREÇÃO À SUA CASA, QUE NAS PROXIMIDADES DA UESPI OUTRO INDIVÍDUO CONDUZINDO OUTRA MOTOCICLETA INVADIU A SUA PREFERENCIAL E BATEU NA FRENTE DE SUA MOTOCICLETA, QUE EM FUNÇÃO DO CHOQUE FICOU DESACORDADO E FOI SOCORRIDO PELO SAMU, QUE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES E DIAGNOSTICADO TRAUMATISMO CRANIANO ENCEFÁLICO GRAU LEVE, QUE FOI TRANSFERIDO PARA O HUT EM 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.

Nayliê Fonseca Pereira Rocha - Mat. 0867632

AGENTE DE POLÍCIA



JOSÉ EDIVAN MOURA CARVALHO - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia





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

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 PRÓXIMO A UESPI, N°

Complemento

Data/Hora
21/04/2016 - 01:00

Ponto de Referência

Bairro
CONJUNTO HERMES PACHECO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

Nome: JOSÉ EDIVAN MOURA CARVALHO

RG: 3240445 SSP PI

Mae: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO

Endereço: QUADRA A CASA 23, N°

Bairro: CONJUNTO HERMES PACHECO

Cidade: FLORIANO

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

Ano: Placa: Chassi:
2012 ODU7286 9C2HB0210CR450979

Renavam: Cor:
471463647 Preta

1 - HONDA POP100

Condutor: JOSÉ EDIVAN MOURA CARVALHO

RG: 3240445 Órgão: SSP UF RG: PI

End: QUADRA A CASA 23 Número: Complemento:

Cidade: FLORIANO UF: PI Bairro: CONJUNTO HERMES PACHECO

Proprietário: LEONARDO CARDOSO SOARES

End: RUA HONORATO DE SOUSA LIMA Número: 66

Cidade: FLORIANO UF: Bairro: CAMPO VELHO

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 FRENTES 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.

X José Edivan Moura Carvalho

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO - Noticiante

Responsável pela Informação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

15 FEV. 2019

Página 1/2

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470



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

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011240906297230000012599071>

Número do documento: 2011240906297230000012599071

Num. 13320917 - Pág. 16



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO</i>	<i>030.105.343-39</i>	<i>23/10/2016</i>

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
<i>Edvan Moura Carvalho</i>	
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 a perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Floriano PR, 01 de Outubro de 2016

Local e Data

X José Edvan Moura Carvalho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011240906297230000012599071>
Número do documento: 2011240906297230000012599071

Num. 13320917 - Pág. 17

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



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. 18

SAMU
192

DATA: 21/04/16

SAMU FLORIANO
REGISTRO DE OCORRÊNCIAAMBULÂNCIA ACIONADA: USB / USI / USA / USR / OUTRA

LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR 343 (VESPI) IDADE: 20

NOME DO PACIENTE: José Edson da Motta Pavan

SEXO: M F IDADE: 23/26

SAÍDA DA C.R. 01:00 AM

SAÍDA DO LOCAL

SAÍDA DO HOSPITAL

CHEGADA AO LOCAL 01:00 AM

CHEGADA AO HOSPITAL

CHEGADA A C.R.

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

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

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA	<input type="checkbox"/>
FRACO	<input checked="" type="checkbox"/>
AUSENTE	<input type="checkbox"/>

PUPILA:

IGUAIS	<input type="checkbox"/>
DESIGUAIS	<input checked="" type="checkbox"/>

FALA:

NORMAL	<input type="checkbox"/>
CONFUSA	<input checked="" type="checkbox"/>
NENHUMA	<input type="checkbox"/>

PULSO RADIAL:

FORTE	<input checked="" type="checkbox"/>
FRACO	<input type="checkbox"/>
AUSENTE	<input type="checkbox"/>

SANGRAMENTO

AUSENTE	<input type="checkbox"/>
MÍNIMO	<input checked="" type="checkbox"/>
MODERADO	<input type="checkbox"/>
INTENSO	<input type="checkbox"/>

SINAIS VITais

PRESSÃO ARTERIAL	160 x 70
PULSO	88
RESPIRAÇÃO	
TEMPERATURA	

OBSERVAÇÕES

Paciente atendido de 10 fum que é 24
mais exausto que no resto

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"/>	Estub. Crotroqueal	<input type="checkbox"/>
Ventilação artif.	<input type="checkbox"/>	Monitorização	<input type="checkbox"/>	Cricotireoidotomia	<input type="checkbox"/>	DPVAT	<input type="checkbox"/>
Acesso-venoso sol:	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Outros:	<input type="checkbox"/>	CONTEUDO NÃO VERIFICADO	<input type="checkbox"/>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

MEDICAÇÕES

MATERIAL DE CONSUMO

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

ENTRADA NO HOSPITAL

CONDIÇÕES DE GRAVIDADE DE ENTRADA NO HOSPITAL

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

HOSPITAL DE DESTINO

Grande M

Daniol Dionicio

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.



SCPJ: 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:
End: HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 - Bairro: CAMPO VELHO Cidade: FLORIANO/PI CEP: 64800-00
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 VÓMITOS, CEFALÉIA E DOR NO ABDOME.

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 130X90 mmHg
FC: 0 bpm

TAX: 0°C
Glicemia: 0 mg/dl

FR: 0 rrpm
Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA

MEDICAÇÃO USUAL

CONDUTA

AO PLANTONISTA



292866 - LUIZ SOLANO DE CARVAL

Responsavel: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011240906297230000012599071>
Número do documento: 2011240906297230000012599071



Para contato com a
Eletrobras, informe
esta NÚMERO

SEU CÓDIGO
0234081-0

COMPANHIA ENERGETICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ/06/96

Nº da Nota Fiscal 011082395

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

CONTA NÉS	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
Conteúdo de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 16/10/2018
Consumo Médio:	82	Fim do mês: 13/09/2018
Consumo Faturado:	82	Apresentação: 14/09/2018

NORMAL

31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Fnt.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1036977	1.1.1.1	76	
HISTÓRICO kWh					
Mês/ano	Consumo	DESCRIÇÃO DA CONTA			
AGO/18	78	CONSUMO	82 A R\$ 0,833227 =	68,32	
JUL/18	55	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	07/18-00	3,00	
JUN/18	76	CORRECAO MONETARIA IC	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: 82 R\$ 0,833227 = 68,32 - 0,604090					

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Año Valor R\$ Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de
08/2018 69,34 energia elétrica a partir de 29/09/2018, e não pagamento po-
deverá anular também a inclusão do nome do consumidor na
SENAR. Caso tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar
este aviso.

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

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

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

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

11 JAN. 2019

ROT: 235.800.11.35.056950

07/2018 16,04

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

Eletrobras
Distribuição Piauí

SEU CÓDIGO
0234081-0

TOTAL A PAGAR - R\$
73,69

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

09/2018

21/09/2018

Nº da Nota Fiscal: 011082395 FCAM

83600000000 7 73690017000 1 00000000234 5 08100918008 4



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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30
http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011240906297230000012599071
Número do documento: 2011240906297230000012599071

Num. 13320917 - Pág. 21



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

Fatura Mensal

MATRÍCULA	Hidrômetro	Referência	
371479-9	A07N25E599	SET/2018	
Nome/Razão Social/Endereço ERIONAR ALVES DOS SANTOS AVE SEN PETRONIO PORTELA NUNES, 759 CAMPO VELHO FLORIANO 64808485			
Situação Água/Esgoto	Res.	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.	Inscrição
3/1	1		41 2 07 0509 0017-000
Periodo de Consumo		Data de Consumo	
15/08/2018		17/09/2018	
Histórico de Consumo Mês/Ano Leitura Consumo Ocorr.		Forma de Faturamento FATURADO P/ CONSUMO NORMAL Cód. Responsável Código da Tarifa 904220532 01 Consumo Médio Consumo Fim Água Consumo Fim Esgoto 17 19 Consumo Consumo Retornado 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 SERVICO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2914/2011 MS							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Coliforme	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 9,0	0,3	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação							
Valor Médio	0.71	0.00	1.16	7.15	0.00	0.00	0.00
Conclusão	PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LIGUE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.						
Mensagem	A AGESPISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE SÓ VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO FINAL.						

Agente	Inscrição	AG= 79
371479-9	Referência	
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	DEPARTAMENTO DE SINISTROS
24/09/2018	77,22	DPVAT
82630000000-5 77220001820-2 37147990920-7 18000000001-8	EURO NAO VERIFICADO	
 1-1 JAN. 2019 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro - Norte CEP: 64.002470		





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.940.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B
Regime especial de impostos autorizada pela SIEPA 2/06/98

Para consulta
correio, informe
esse NÚMERO!!

0338364-4

Nº da Nota Fiscal 019108287
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 13.038 de 26 de abril de 2003.

CONTA MÊS	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
MELADÃO

CEP: 64.800-000 - FLORIANÓPOLIS

Atual: Anterior: 15/03/2019

Anterior: 15/03/2019

Constante de Multiplicação: 9572

Próxima Leitura: 13-02-2019

Consumo Médio: 9469

Emissão: 15-04-2019

Consumo Faturado: 1.000

Apresentação: 14-03-2019

Período de Faturamento: 103

Valor de Imposto (R\$): 0,00

Valor de ICMS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00

Valor do IPI (R\$): 0,00

Valor do ISS (R\$): 0,00

Valor do ICMS (R\$): 0,00

Valor do PIS (R\$): 0,00

Valor do COFINS (R\$): 0,00



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

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

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

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

Pelo exposto, eu Ericiuny Alves dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 630.353.673 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Edivan Moraes Esrvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 050.105.343 / 39, do sinistro de DPVAT cobertura INACIODEZ da Vítima José Edivan Moraes Esrvalho 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. Petrólio Portela</u>	Cidade <u>Florianópolis</u>	Número <u>759</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Campos Verdes</u>		Estado <u>PI</u>	CEP <u>64800 410</u>
Email <u>pitinanseguradora@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) _____	Telefone celular (DDD) <u>89 99416 - 8848</u>	

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

Ericiuny Alves dos Santos
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

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

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda pop/100
Ano: 2012
Placa: ODU-7286
Chassi: 9C2H80210CR450979
Data do Acidente: 21/10/2016
Local e Data: Floriano-PI 01 Outubro 2018

2º OFÍCIO

Assinatura do Declarante

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

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



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

Rua Fernando Marques, 819 - Centro
Floriano/PI - CEP 64800-000
Fone/Fax: (89) 3522-2527
e-mail: cartorioleal2@hotmail.com

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de Gilde Condutor
Soares

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

Gilde Ferreira da Silva Almeida - Tabelião

Gilvane Ferreira da Silva - Tab. Substituta

Juilia Nunes Gomes Cavalcante - Escrivana



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011240906297230000012599071>
Número do documento: 2011240906297230000012599071

Num. 13320917 - Pág. 25



SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE



SAMU
192

DATA: 21/04/16

SAMU FLORIANO
REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR 343 (UESPI)

NOME DO PACIENTE: José Edson da Motta Carvalho 20
IDADE: _____

SEXO: M F

SAÍDA DA C.R. 01/04/16
SAÍDA DO LOCAL _____
SAÍDA DO HOSPITAL _____

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

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA
FRACO
AUSENTE

PULSO RADIAL:

FORTE
FRACO
AUSENTE

SANGRAMENTO

AUSENTE <input type="checkbox"/>
MÍNIMO <input type="checkbox"/>
MODERADO <input type="checkbox"/>
INTENSO <input type="checkbox"/>

PUPILA:

IGUAIS <input type="checkbox"/>
DESIGUAIS <input checked="" type="checkbox"/>

SINAIS VITAIS

PRESSÃO ARTERIAL <input type="checkbox"/>
PULSO <input type="checkbox"/>
RESPIRAÇÃO <input type="checkbox"/>
TEMPERATURA <input type="checkbox"/>

22/04
CHEGADA AO LOCAL 01/04/16 18
CHEGADA AO HOSPITAL _____
CHEGADA A C.R. _____

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

FALA:
NORMAL
CONFUSA
NENHUMA

OBSERVAÇÕES

Paciente acometido por tontura que dura
muito tempo e não consegue levantar a cama

Sat- 97%

110 x 70
88

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Aspiração <input type="checkbox"/>	Oxigênio <input type="checkbox"/>	Prancha longa <input type="checkbox"/>	R.C.P. <input type="checkbox"/>
------------------------------------	-----------------------------------	--	---------------------------------

KED <input type="checkbox"/>	Hemostasia <input type="checkbox"/>	Traqueostomia <input type="checkbox"/>	Colar cervical <input type="checkbox"/>
------------------------------	-------------------------------------	--	---

Prancha curta <input type="checkbox"/>	Curativos e limpeza <input type="checkbox"/>	Assist. obstétrica <input type="checkbox"/>	Estub. Orotraqueal <input type="checkbox"/>
--	--	---	---

Ventilação artif. <input type="checkbox"/>	Monitorização <input type="checkbox"/>	Cricotireoidotomia <input type="checkbox"/>	DPVAT <input type="checkbox"/>
--	--	---	--------------------------------

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

11 JAN. 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

MATERIAL DE CONSUMO _____

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002-470

ENTRADA NO HOSPITAL CONDIÇÕES DE GRAVIDADE DE ENTRADA NO HOSPITAL

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

HOSPITAL DE DESTINO H.N.

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.

Daniel Pionero



CPNJ: 06.555.584/0102-02
(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:
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
CEP: 64600-00

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
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 TIBERIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFIRA COM O ORIGINAL
DATA 31/10/2019
ASSIN

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=2011240906297230000012599071>
Número do documento: 2011240906297230000012599071

RELATÓRIO FISIOTERAPÉUTICO

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

CID: S09

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

Dr. Douglas P. Rodrigues
Fisioterapeuta
CREFITO N° 239064-F

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





SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE



SAMU
192

DATA: 21/04/16

SAMU FLORIANO
REGISTRO DE OCORRÊNCIA

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

LOCAL DA OCORRÊNCIA: B.R. 343 (VESPI) *João Edson de Moraes Fornalho 20*

NOME DO PACIENTE: *João Edson de Moraes Fornalho* IDADE: *23-26*

SEXO: M F

SAÍDA DA C.R. *01/0014*
SAÍDA DO LOCAL _____
SAÍDA DO HOSPITAL _____

CHEGADA AO LOCAL *01/0016 18*

CHEGADA AO HOSPITAL _____

CHEGADA A C.R. _____

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

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

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

ALERTA
FRACO
AUSENTE

PUPILA:

IGUAIS
DESGUAIS

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 atendido a 10 fm qd 24 mto leucocitado lvi ab rato

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

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

MEDICAÇÕES _____

11 JAN 2019

MATERIAL DE CONSUMO _____

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

ENTRADA NO HOSPITAL

CONDIÇÕES DE GRAVIDADE DE ENTRADA NO HOSPITAL

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

HOSPITAL DE DESTINO *H.T.N*

Grande Rio

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.

Daniel Pionero



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

Senha 6

Sexo: MASCULINO
SUS

JOSE EDVAN DE MOURA CARVALHO

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

Acidente de moto + alcoolico
RCR PA: 100x70

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

SF - 100ml EV 500ml 03:30
Dipirona - 3ml 03:30
AD - 17ml 03:30

Procedimentos/exames realizados:

Tinotest - 20ug Ass. Técnico
AD - 18ml D 03:30

02:09 Glicemia capilar 116mg/dl Resposta

PA 120x70 mm Hg Chm apm 107

8.8

Alto hospitalar a 30h

+ orientações

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

11 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

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

11º dos Remédios de Moura Carvalho

vel: JOSE EDVAN DE MOURA CARVALHO

685 - FRANCISCO DAS CHAGAS MACEDO



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

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011240906297230000012599071>

Número do documento: 2011240906297230000012599071

Num. 13320917 - Pág. 30

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

Funcionário: PAULLENTI

Senha 9

Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

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

End.: HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 -

Bairro: CAMPO VELHO

Cidade: FLORIANO/PI

Cor: BRANCA

Telefone: () -

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA

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: *Acidente de moto, com falecimento, e intuba*

Exame clinico/fisico:

Diagnostico provavel:

1. S. F 0,97 - 1000ml 12(500) 20:05
2. Edema Zona 500ml no SOROKA 0K
3. Glucos Dipironat Plastil 620.20
4. Adit. Tidatil 0,5 20:30

Medicação:

Ass. Técnico

<i>HOSPITAL REGIONAL FERDINANDO NUNES FLORIANÓPOLIS - PI CONFERENCIA ORIGINAL DATA: 21/11/2020</i>	
<i>ASSINATURA</i>	
<i>DATA: 21/11/2020</i>	



Dr. Augusto Amaral Guimaraes
Médico
CRM: 1423 - PI

D. Leonor de M. Soares



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

1423 - AUGUSTO CESAR AMARAL GUIMARAES

Num. 13320917 - Pág. 31



SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE



Prefeitura de
FLORIANÓPOLIS

DATA: 23/04/16

192

Nº: _____

**SAMU FLORIANÓ
REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

AMBULÂNCIA ACIONADA USB / USI / USA / USR / OUTRA Campo Sul
LOCAL DA OCORRÊNCIA R. Alvaro Pochos Q A c23

NOME DO PACIENTE José Divan de Souza Corvello IDADE: 21
SEXO: M F

SAÍDA DA C.R. 11:13 SAÍDA DO LOCAL 11:24 SAÍDA DO HOSPITAL 11:38

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

CHEGADA AO LOCAL 11:20

CHEGADA AO HOSPITAL 11:28

CHEGADA A C.R. 11:40

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
DESGUAIS

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 +
Cefaléia, o mesmo expõe ausente de resto
2 dias

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Aspiração <input type="checkbox"/>	Oxigênio <input type="checkbox"/>	Prancha longa <input type="checkbox"/>	R.C.P. <input type="checkbox"/>
KED <input type="checkbox"/>	Hemostasia <input type="checkbox"/>	Traqueostomia <input type="checkbox"/>	Colar cervical <input type="checkbox"/>
Prancha curta <input type="checkbox"/>	Curativos e limpeza <input type="checkbox"/>	Assist. obstétrica <input type="checkbox"/>	Entub. Orotraqueal <input type="checkbox"/>
Ventilação artif. <input type="checkbox"/>	Monitorização <input type="checkbox"/>	DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
Acesso-venoso sol: <u>mas</u>		DPVAT	
		CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	

MEDICAÇÕES

nenhuma

11 JAN. 2019

MATERIAL DE CONSUMO

nenhuma

GENTE SEGURADORA S.A.

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

ENTRADA NO HOSPITAL

CONDIÇÕES DE GRAVIDADE DE ENTRADA NO HOSPITAL

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

HOSPITAL DE DESTINO

H.A.M

J. V. Soárez

PROFISSIONAL RECEPTOR DO HOSP.

menino + portaria

PROFISSIONAL DA EQUIPE DO SAMU



2016.04.23.00.63
HUT

Ficha de Encaminhamento

Da Unidade
HRTN

Floriano (PI)

Para:

HUT Neurocirurgia

Nome da Pessoa Encaminhada

José Edirson Moura Carvalho

Registro

Motivo do Encaminhamento

Paciente vítima de acidente automobilístico há 2 dias, que
entregou neste pronto socorro ferido pelo SAMU com queixa
de edema intenso associado a vários episódios de vomito. TO EF:
Dors, ATAs, lombares, orientado, supinação. LP: líquido jecu. PA: 80x80.
Realizado TC crânio evidenciando fratura de fratura de crânio e área de hemorragia
em região ponto-pontal.

Observações:

Dr. Davi Magalhães Nunes
MEDICO
CRM-PI. 5081

Responsável Pelo Encaminhamento

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

Em: _____/_____/_____.

Ficha de Retorno

Da Unidade

Para:

Nome do Cliente:

Registro Original

Diagnóstico e Orientações:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONFUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

Responsável Pelo
Encaminhamento

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



SCIP: 06.553.504/0100-04
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Senha 9

Sexo: MASCULINO
SUS

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

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

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

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 130X90 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

NEGA

MEDICAÇÃO USUAL



CONDUTA

AO PLANTONISTA



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

nsavel: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

292866 - LUIZ SOLANO DE 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=2011240906297230000012599071
Número do documento: 2011240906297230000012599071

Num. 13320917 - Pág. 34

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

Funcionário: PAULLENT

Sexo: MASCULINO
SUS

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Nasc.: 15/11/1994 Idade: 21 ANOS,5 MESES,7 DIAS Profissão:
End.: HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 - Bairro: CAMPO VELHO Cidade: FLORIANO/PI
Cor: BRANCA Telefone: () - Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA Pai: DIVALDO CARVALHO

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

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-0

Clinica: **CLINICA MEDICA** Documento: 1423 - AUGUSTO CESAR AMARAL GUIMARAES
Responsável: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO - O MESMO

Temp.: °C Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

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

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

Queixa principal: *Acidente de moto, a ferida, o sintoma*

Exame clinico/fisico:

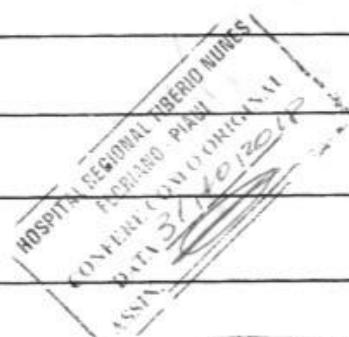
Diagnóstico provável:

1. S. F 0,97. 1000m 12 (500) 20:05
2. Doloroso zona 500m no Sombro OK
3. Glucos, Dipirona + Placebo 600mg 20:20
4. ADT Nitratil 0,5. 20:30

Medicação:

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

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

Dr. Gésser Amaral Guimarães

Médico

CRM: 1423 - PI

Assinatura de M. Soárez

causal: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

1423 - AUGUSTO CESAR AMARAL GUIMARAES



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

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011240906297230000012599071>

Número do documento: 2011240906297230000012599071

Num. 13320917 - Pág. 35

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANQUINHA FLORIANO/PI 64200-000
CNPJ: 06 553 524-0001-02
(89) 3222-1489 (89) 3222-1483

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0349544 Registro: 53524
Data: 23/01/2016 Horas: 11:28:00
Funcionário: CARLEJANE Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 32

SUS

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

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

End: MONS. DE SOUSA LIMA, 70 -

Bairro: CAMPO VELHO

Cidade: FLORIANO/PI

IBGE: 7203909 Cor: BRANCA

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO

Pai: DIVALDO CARVALHO

CLINICA MEDICA Documento: 6081 - ALDERIZA GOMES DO NASCIMENTO
Residente: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO - O MESMO

Procedimentos

22 - 2016 11:28 0001000071 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

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

Motivo do atendimento:

QUEIXA/HISTÓRIA

PAZINHO E TAZIDO PELO SAMU REFERENCIALEIA + VOMITO + ALGIA TORACICA APOS ACIDENTE DE MOTO HÁ 10 DIAS

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 120/80 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 rpm

FC: 60 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

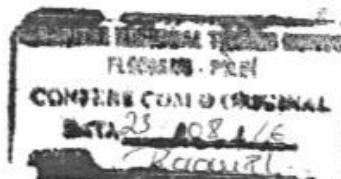
NEO - ALERGIA

INTIMAÇÃO USUAL

NÃO DEVE INFORMAR

CONSULTA

EXPLANTONISTA



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

Má dos Remédios de Moura Carvalho

Residente: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Ag. Nascimento
30344676-0000000000000000
ALDERIZA GOMES DO NASCIMENTO



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



EDMAR FERREIRA MOURA
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

Registro: 53524

Data: 23/04/2016

Hora: 11:28:00

Funcionario: CARLEJANE

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 32

SUS

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

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

End.: HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 -

Cor: BRANCA

Telefone: ()

Bairro: CAMPO VELHO

Cidade: FLORIANO/PI

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA

Civil: SOLTEIRO(A)

CEP: 64800

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:

Do a ceb

Exame clinico/fisico:

A

Diagnostico provavel:

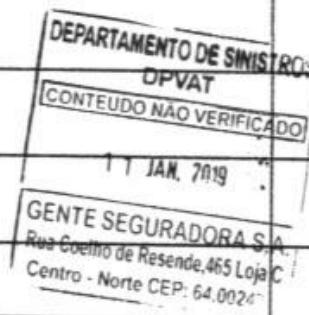
Adentre notocidiasis no lobos

Medicação:

*1. Difuran 1 amea 00 a 12:33 Kyo
2. Febre 16 ora
3. Rantdim - Sapp 10. EV. ag*

Ass. Técnico

Procedimentos/exames realizados:



1/2 dos Remedios de Moura Carvalho

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

Insavel: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

2001 - DAVID MAGALHAES LIMA NOVAIS



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

<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011240906297230000012599071>

Número do documento: 2011240906297230000012599071

Num. 13320917 - Pág. 37



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

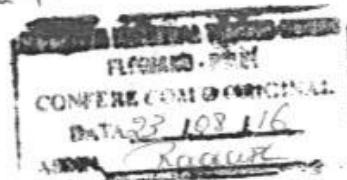
5 - NOME DO PACIENTE
JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
898002308115906
10 - NOME DA MÃE
MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO
12 - ENDEREÇO
HONORATO DE SOUSA LIMA, 70 - CAMPO VELHO
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
FLORIANO

38018
6 - Nº DO PRONTUÁRIO
53524
8 - DATA DE NASCIMENTO
15/11/1994
Masc X 1 Fem 2
11 - TELÉFONE DE CONTATO
(89) 9417-8901
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2203909
15 - UF
PI
16 - CEP
64800-000

JUSTIFICATIVA DA

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Acidente motociclístico há 01 semana +
dor abdominal persistente*



ASSINADA

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFIQUEM A INTERNAÇÃO

Positivo

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

USG Abdomen

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Cortesia abdominal pós-trauma R69

21 - CID PRINCIPAL

22 - CID SECUNDARIO

23 - CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0301060088

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

CLINICA MEDICA

URGÊNCIA

() CNS (x) CPF

035962413-83

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

ALUISIO GOMES DE SOUSA NETO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

32 - ASS. E CARIMBO (Nº DO CRM)

*ALUISIO G. S. Neto
CRM-PI 5835
CPF: 035 962.413-83*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS

EXTERNAS (ACIDENTES/DO VIOLÊNCIAS)

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRAB. TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRAB. TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

LUIZ ROSENDO ALVES DA SILVA

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

M220390901

49 - Nº DA AUT. DE INTERNAÇÃO HOSP

75520

45 - CODIGO

46 - Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

(x) CPF

06007538591

47 - DATA DA

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

2216160 658090

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

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

Nº AIH
ALMERIN

BOLETIM DE ADMISSÃO

53524 - JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

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

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

Escolaridade: ANalfabeto

Médico: 5835 - ALUISIO GOMES DE SOUSA NETO

CPF: 050.105.343-39

RG: 3240445

C/N:

SIS Prenatal:

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

Bairro: CAMPO VELHO

Cidade: 2203909- FLORIANÓ/PI

Profissão:

Telefone: () -

Pai: DIVALDO CARVALHO

Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO

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

Diagnóstico inicial: - 9999-CID NAO INFORMADO

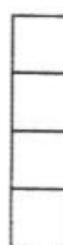
Diagnóstico Definitivo:

Diaria de Acompanhante:

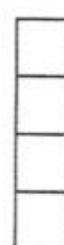
Sim

Não

Resultado Adm.: ___/___/___ Alta: ___/___/___



Curado

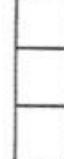


Removido



-48 Horas

Melhorado



Pedido



+48 Horas

Inalterado



Evasão



Obito

Piorado



Indisciplina

Transferido

História Clínica

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

11 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

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

Diagnóstico Provável

ALUISIO GOMES DE SOUSA NETO

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENF. OU APT.	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE	OBSERVAÇÕES
EDNAN SOARES COUTINHO	SL 74 HOSP MUN	Dr. Sérgio Silva MEDICO CRM-PT 6134				

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DINAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

11 JAN. 2019

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



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

NOME DO PACIENTE José Edilson de Oliveira C.		PRONTUÁRIO	DATA / HORA 29/04/16	CÓDIGO	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
		PREScrição MÉDICA	QUANT.	HORÁRIOS	EINF. OU APT.	LETO	MÉDICO ASSISTENTE
1) Dolor lumb							
2) SF 0.9 1.100ml LV em 24h							
3) Paracetamol 1000mg + AD IV <u>2</u> dor abdominal							
4) Throxidom 200mg + AD IV 12hR							
5) Phosil 1 composta + AD IV (505)							
6) Atº clínico.							
Aguardando USG Abdomen							
Dr. Aluisio G. S. Neto							
CRM-PI 5625 CPF: 035.962.413-83							
Dr. Mackson Martins Rocha Digestivo							
Dr. Hudson Nunes 500 mg C							
Dr. Cirurgião do Aparelho Digestivo e Obesidade							
CRM-PI 5506							
Dr. Dugone							

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

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30
<http://tiny.pic.iu8.br:80/1/g/Processo/ConsultaDocumentos/listView?camara=2&ano=2012&numero=20272300000012580071>

Número do documento: 20112400062072300000012500071

Num. 13320917 - Pág. 41

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

29/04/2016

Floriano - PI / / /

Nome: José Eduan da Motta

Médico Solicitante: _____

LAUDO ABDOME SUPERIOR

DEPARTAMENTO DE SINSÍRUS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64002-000

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

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

Vesícula Biliar normas, contornos bem definidos
nesse volume que seu interior

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

Pâncreas - Com topografia, forma, dimensões e parenquimas normas

Rins - Tópicos, com contornos regulares e volumes normais

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

Baço - De tamanho normal apresentando parênquima causticamente homogêneo.

exame abdominal: normal

Língua: CONCLUSO
em seu interior

USG normal

Dr. Kelmar de Andrade Martins





NOME DO PACIENTE: Sara Covon Monse Paevelino

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 400215

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

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".



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. 43



Neurocirurgia

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

(User: HELENILSA)

(Estação: ACC011)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)

Doente vítima do acidente moto ultimamente 2 dias. Dolor abdinal intenso. Diarréa sintoma / Refluxo. Vomitos até ontem.

HUT DR. ZENON ROCHA
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Crânio
DATA: 23.04.16

PA ____ X ____ mmHg	P脉: _____	FC: _____ bpm	Temperatura: _____
Diagnóstico Inicial:			

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

TC Crânio

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
11 JAN. 2019	

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

2º dos Remédios de Moura Carvalho

Assinatura Paciente ou Responsável

DATA: / / .	HORA: : .	33040092 Procedimento	SC 63 CID
-------------	-----------	-----------------------	-----------





FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

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

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 23/04/16 19:36 ESPECIALISTA: NEURO cirurgião
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: *Doente vindo de Aracatu por meio tv ordinário, com*
perda consciente apurando cefaléia Dolorosa, naescos, tântico. No momento,
Co-14: DDP: 3500001. Paroxismos. CT crânio: Hematomas extensos, no
Vácuo; SI: Doloroso tântico; Cisternos clínicos.
CD: Conservadora.

*CRM-PI 29222
 Carimbo/Assinatura solicitante
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 11 JAN. 2019*

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Data/Hora Solicitação: ____/____/____:____ ESPECIALISTA:

11 JAN. 2019

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

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

Carimbo/Assinatura Solicitante

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

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE José Edivan Moura Carvalho		PRONTUÁRIO 401215	CLÍNICA Neurologia	ENF. ou APTº 211/135	MÉDICO ASSISTENTE Ricardo
DATA/HORA 26/04/16		EVOLUÇÃO MÉDICA: <i>TCE / losc - /)</i>		QUANT.	HORÁRIOS
					OBSERVAÇÕES
<p>1 Dieta branda</p> <p>2 SF 0,9% 1000ml EV dia</p> <p>3 Kcl 10% - 10ml / soro</p> <p>4 Fenitoína 100mg VO 12/12h</p> <p>5 Dipirona 2ml + 8ml AD EV 6/6h</p> <p>6 Bromoprida 1amp + AD EV (SOS)</p> <p>7 Omeprazol 40mg VO 1x dia</p> <p>8 Dimorf 1,0ml +9,0ml AD- fazer 3ml EV ACM</p> <p>9 Haldol 10 mg EV ACM</p> <p>10 Tylox 30mg VO 8/8h</p> <p>11 Tramadol 100mg + SF 0,9% 100ml EV ACM</p> <p>12 Fisioterapia R e M</p> <p>13 SSVV + CCGG + Cabeceira elevada 30°</p>					
<p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>11 JAN. 2019</p> <p>GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja 01 Centro - Nome CEP: 64.000-270 Sobrado Luis F. Bezerra Enfermaria Coren-PI 388417</p>					





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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

211/135





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

Órgão Emissor: M221100091

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1-Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

3-Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

NASCIMENTO
15/11/1994

D.LIBERA: 28/04/2016

DT. LAUDO: 23/04/2016

PROCED.: 0303040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

OP.SIST: WELLINGTON

CID : S068

Assessoria

Tony de Carvalho
Assessoria
CRM/PI 12001

ASSOCIADO RESPONSÁVEL

5828856

160473

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5-Nome: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

6 - Prontuário: 401215

7-CNS: 898002308115906

8-Nascimento: 15/11/1994

9-Sexo: Masculino

RG: 3240445 - SSPPI

11-Mãe: MARIA DOS REMEDIOS DE MOURA CARVALHO

12-Fone: - -

13-Resp: (O MESMO)

14-Cor: Sem Informação

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

17-Cod.IBGE: 220390 18-UF: PI 19-CEP: 64800-000

16-Munic: FLORIANO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais sinais e sintomas clínicos:

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

21 - Condições que justificam a internação:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

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

uric: Corbassao

23-Diagnóstico Inicial:

24-Cid. Prin: S068
Centro - Norte CEP: 64.002470

Outros traumatismos intracranianos

PROCEDIMENTO SOLICITADO

1-Cod.Proced.: 27-Procedimento Solicitado:
0303040092 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (GRAU MÉDIO)

Tempo SUS

7

29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solici.:
02 01 CPF 952.819.243-20

*Dr. Ricardo Marques de Carvalho Júnior
Neurocirurgião
CRM 947*

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

RICARDO MARQUES LOPES DE ARAUJO

23/04/2016

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36-() Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bimete:

41-Série:

37-() Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38-() Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

280416

48-Documento: 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: 05.522.917/0001-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO** (Prontuário: 401215)
Endereço: FLORIANO - CENTRO - FLORIANO - PI CEP: 64800-000
Nascimento: 15/11/1994 Idade: 21a:5m:8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 538720
Requisição: 629423 Solicitação: 23/04/2016 Solicitante: PAULO ANDRE LUZ PEREIRA
Controle: 789514 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 23/04/2016

T.C. DE CRANIO

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

RELATÓRIO:

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

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 23/04/2016

CARLOS EDUARDO VIANA FERNANDES

CPF: 395.907.393-34 CRM: 2000

Professional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011240906297230000012599071>
Número do documento: 2011240906297230000012599071

Num. 13320917 - Pág. 49

**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

2

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500

501

502

503

504

505

506

507

508

509

510

511

512

513

514

515

516

517

518

519

520

521

522

523

524

525

526

527

528

529

530

531

532

533

534

535

536

537

538

539

540

541

542

543

544

545

546

547

548

549

550

551

552

553

554

555

556

557

558

559

550

551

552

553

554

555

556

557

558

559

560

561

562

563

564

565

566

567

568

569

560

561

562

563

564

565

566

567

568

569

570

571

572

573

574

575

576

577

578

579

580

581

582

583

584

585

586

587

588

589

590

591

592

593

594

595

596

597

598

599

590

591

592

593

594

595

596

597

598

599

600

601

602

603

604

605

606

607

608

609

600

601

602

603

604

605

606

607

608

609

610

611

612

613

614

615

616

617

618

619

610

611

612

613

614

615

616

617

618

619

620

621

622

623

624

625

626

627

628

629

620

621

622

623

624

625

626

627

628

629

630

631

632

633

634

635

636

637

638

639

630

631

632

633

634

635

636

637

638

639

640

641

642

643

644

645

646

647

648

649

640

641

642

643

644

645

646

647

648

649

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

660

661

662

663

664

665

666

667

668

669

660

661

662

663

664

665

666

667

668

669

670

671

672

673

674

675

676

677

678

679

670

671

672

673

674

675

676

677

678

679

680

681

682

683

684

685

686

687

688

689

680

681

682

683

684

685

686

687

688

689

690

691

692

693

694

695

696

697

698

699

690

691

692

693

694

695

696

697

698

699

700

701

702

703

704

705

706

707

708

709

700

701

702

703

704

705

706

707

708

709

710

711

712

713

714

715

716

717

718

719

710

711

712

713

714

715

716

717

718

719

720

721

722

723

724

725

726

727

728

729

720

721

722

723

724

725

726

727

728

729

730

731

732

733

734

735

736

737

738

739

730

731

732

733

734

735

736

737

738

739

740

741

742

743

744

745

746

747

748

749

740

741

742

743

744

745

746

747

748

749

750

751

752

753

754

755

756

757

758

759

750

751

752

753

754

755

756

757

758

759

760

761

762

763

764

765

766

767

768

769

760

761

762

763

764

765

766

767

768

769

770

771

772

773

774

775

776

777

778

779

770

771

772

773

774

775

776

777

778

779

780

781

782

783

784

785

786

787

788

789

780

781

782

783

784

785

786

787

788

789

790

791

792

793

794

795

796

797

798

799

790

791

792

793

794

795

796

797

798

799

800

801

802

803

804

805

806

807

808

809

800

801

802

803

804

805

806

807

808

809

810

811

812

813

814

815

816

817

818

819

810

811

812

813

814

815

816

817

818

819

820

821

822

823

824

825

826

827

828

829

820

821

822

823

824

825

826

827

828

829

830

831

832

833

834

835

836

837

838

839

830

831

832

833

834

835

836

837

838

839

840

841

842

843

844

845

846

847

848

849

840

841

842

843

844

845

846

847

848

849

850

851

852

853

854

855

856

857

858

859

850

851

852

853

854

855

856

857

858

859

860

861

862

863

864

865

866

867

868

869

860

861

862

863

864

865

866

867

868

869

870

871

872

873

874

875

876

877

878

879

870

871

872

873

874

875

876

877

878

879

880

881

882

883

884

885

886

887

888

889

880

881

882

883

884

885

886

887

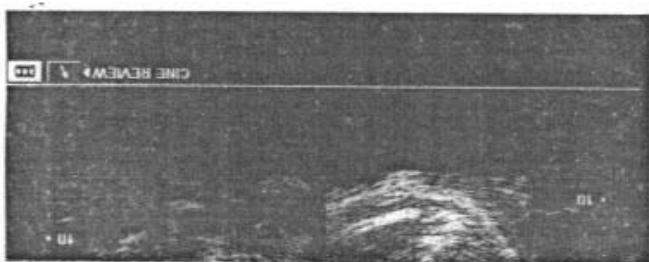
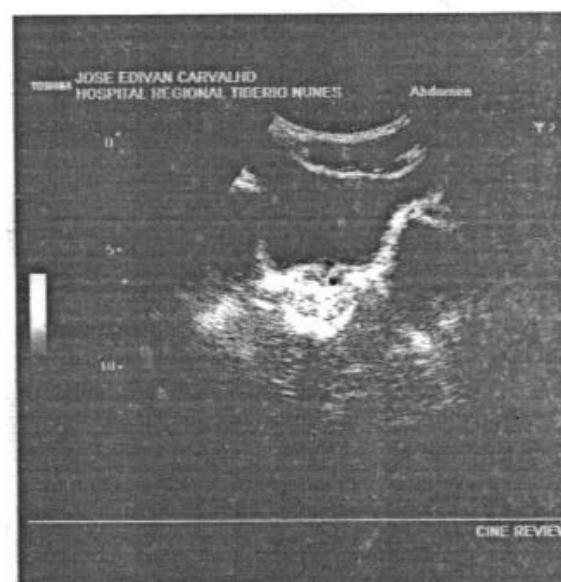
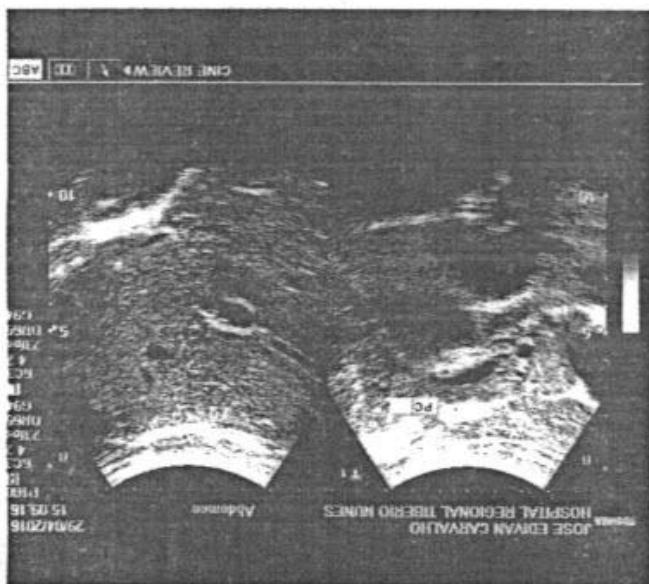
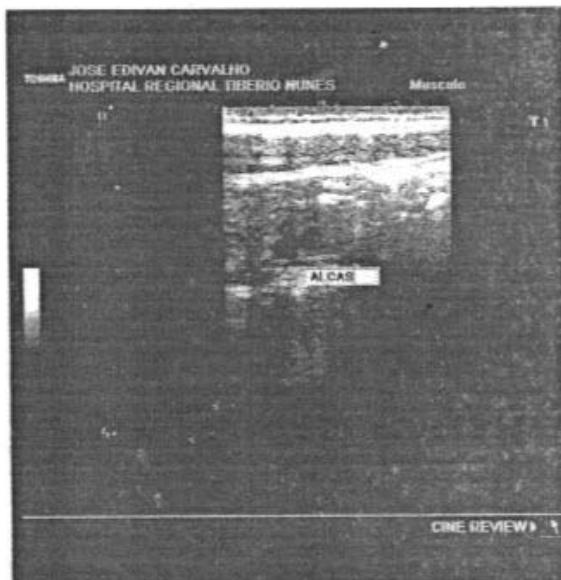
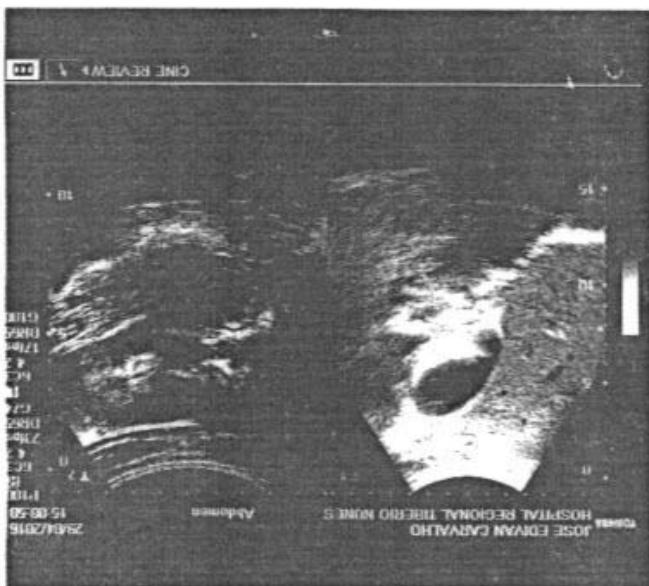
888

889

890

891

<



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

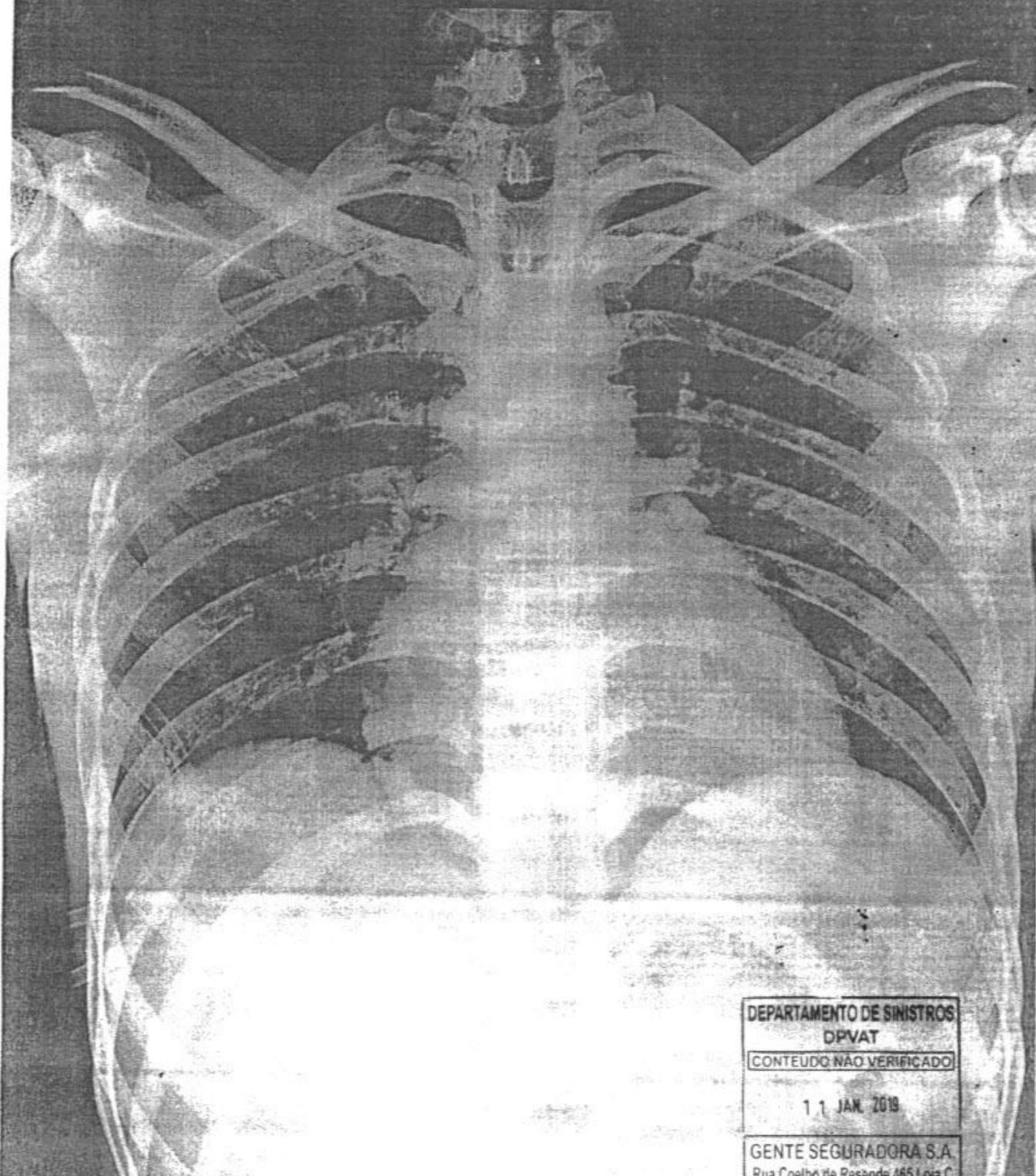


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30
<http://tpj.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112409062972300000012599071>
Número do documento: 20112409062972300000012599071

Num. 13320917 - Pág. 51

436763

JOSE EDVAN M CARVALHO
M



DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

11 JAN 2019

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470

27.04.2016

20:28

62.2%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUN
RÔMULO



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

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

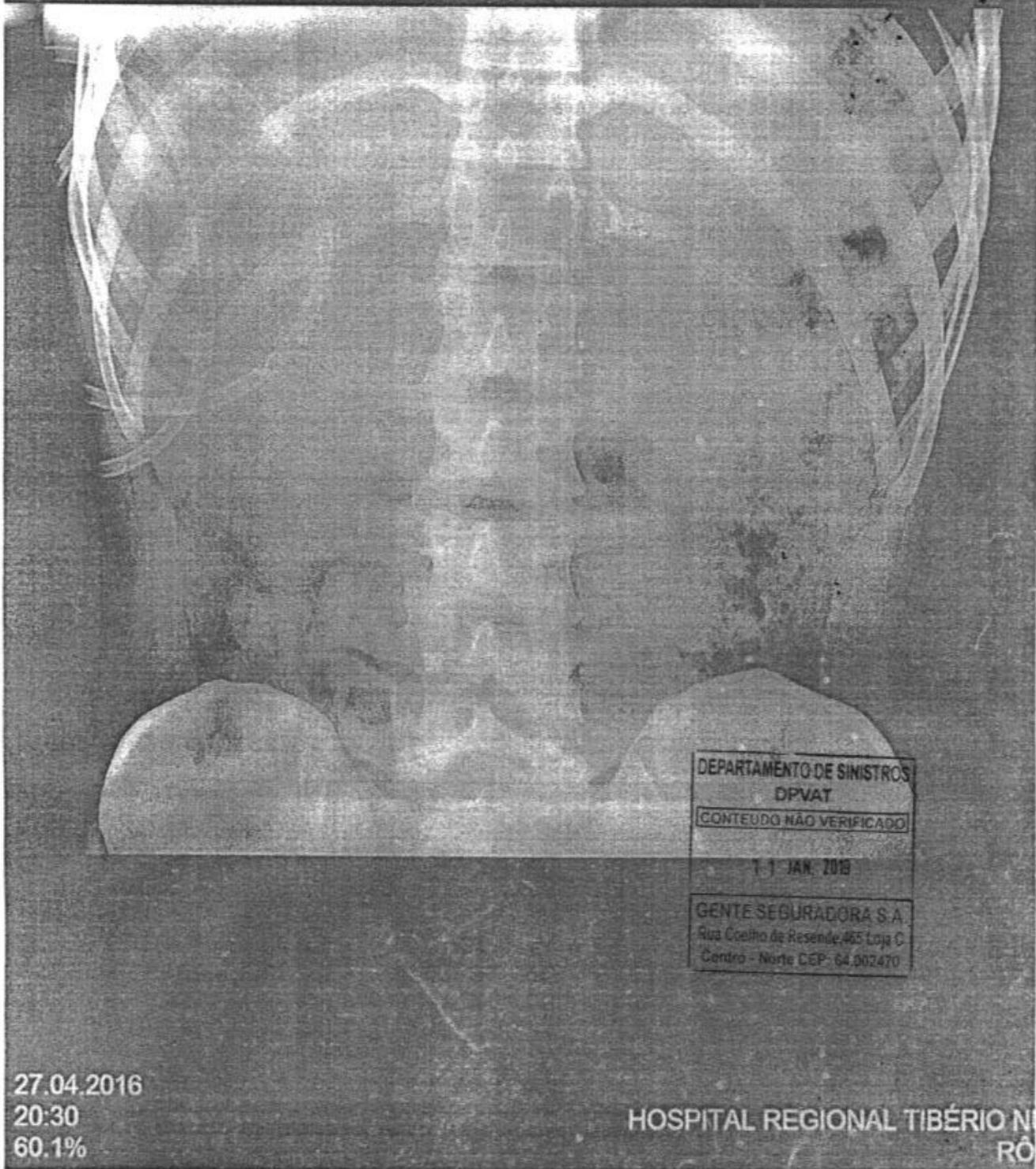
Número do documento: 20112409062972300000012599071

Num. 13320917 - Pág. 52

460103

JOSE EDVAN M CARVALHO

M



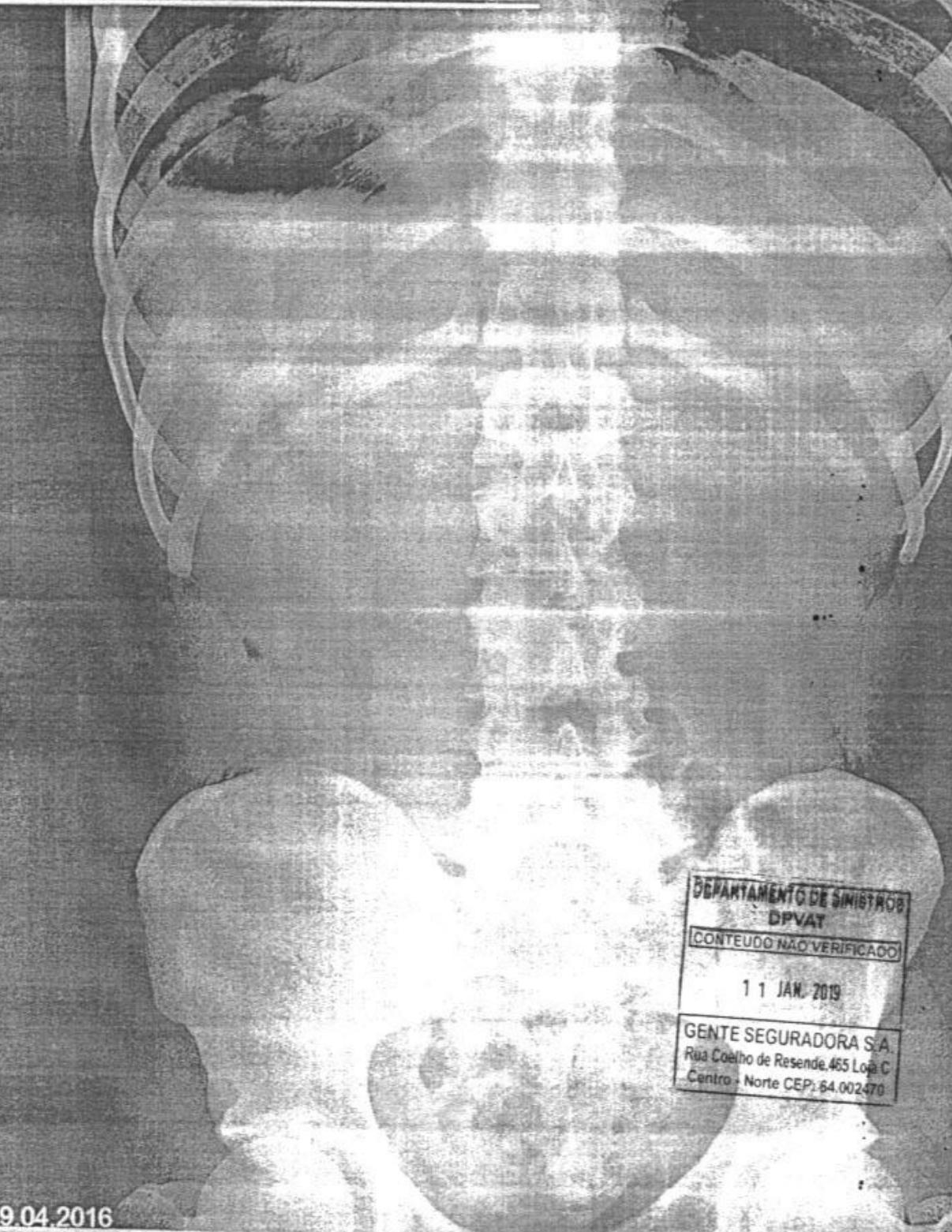
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112409062972300000012599071>
Número do documento: 20112409062972300000012599071

Num. 13320917 - Pág. 53

750

JOSE ED VAN DE MOURA CARVALHO

M



29.04.2016

03:42

58.4%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NU
NIVA



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

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

Número do documento: 20112409062972300000012599071

Num. 13320917 - Pág. 54

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: 64.002-470

29.04.2016

03:41

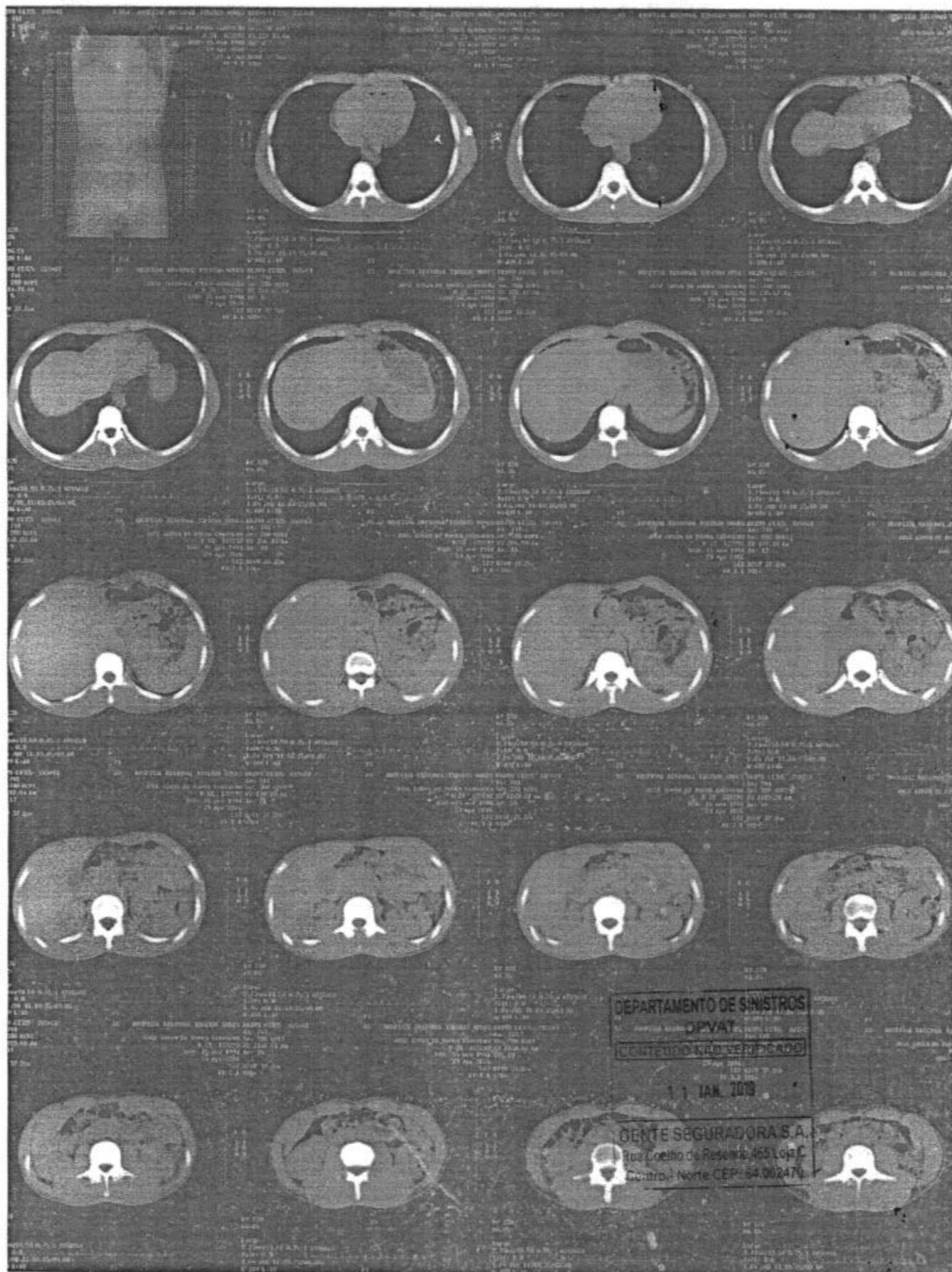
58.4%

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
NIVALDO



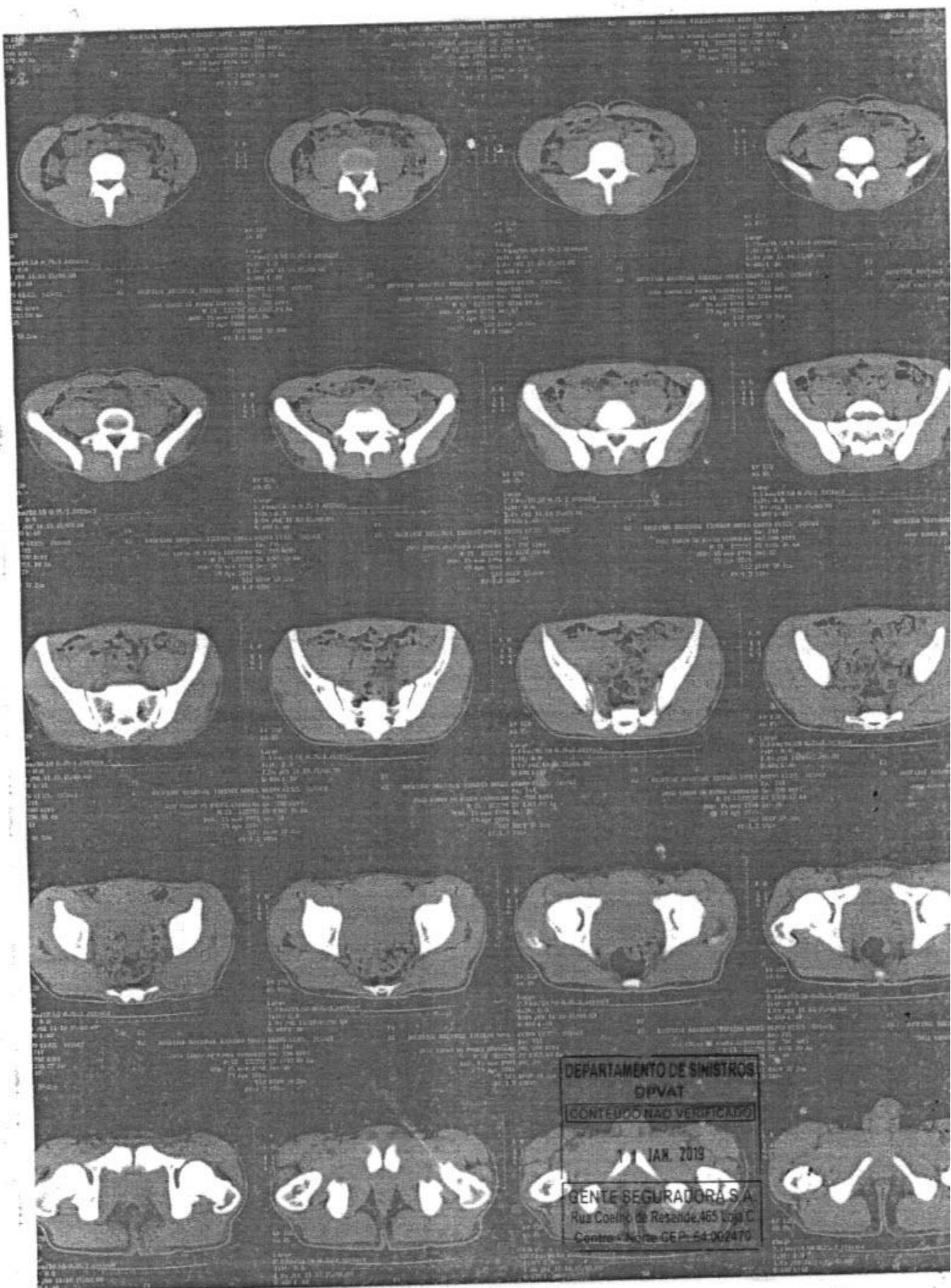
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112409062972300000012599071>
Número do documento: 20112409062972300000012599071

Num. 13320917 - Pág. 55



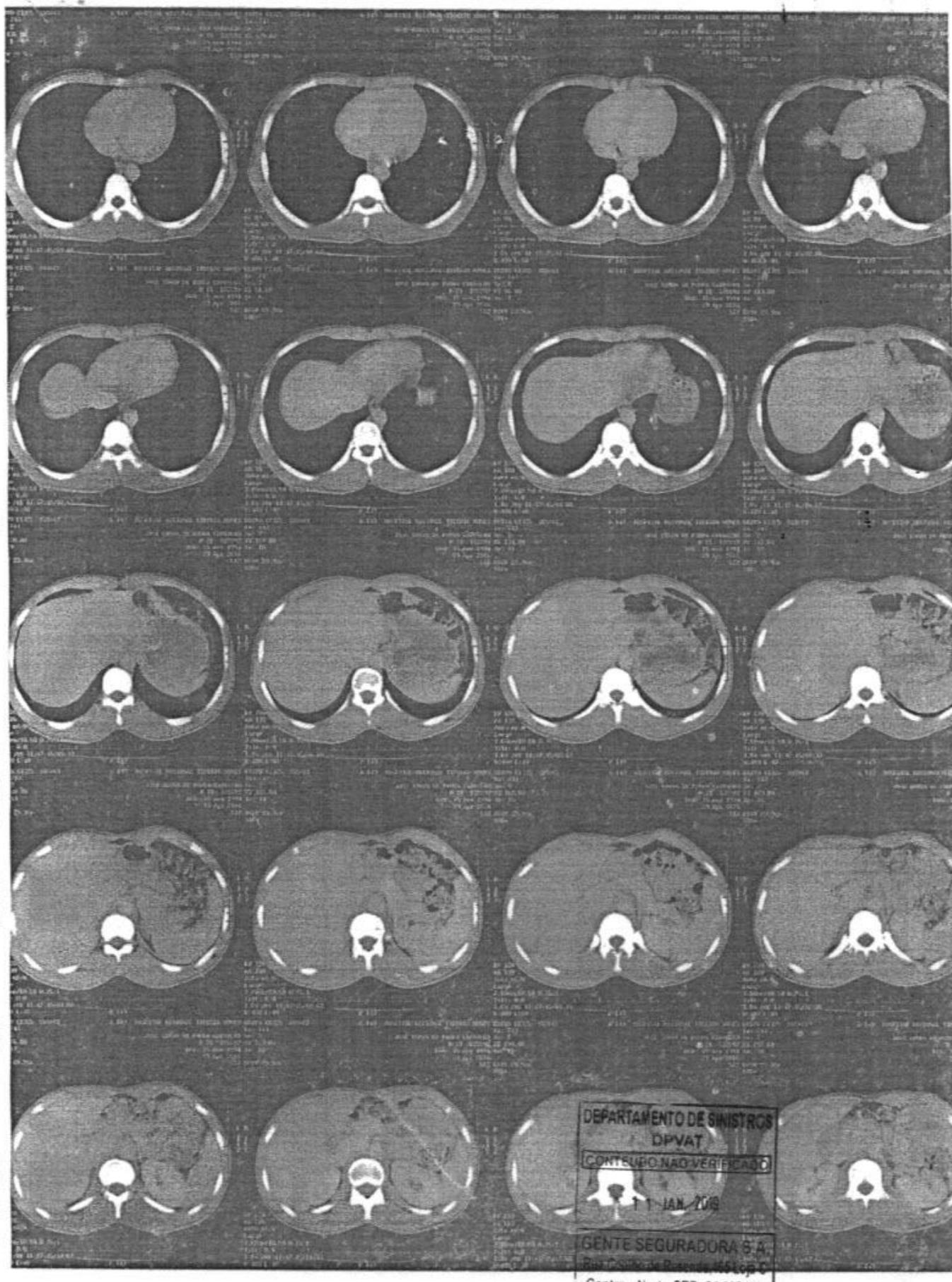
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112409062972300000012599071>
Número do documento: 20112409062972300000012599071

Num. 13320917 - Pág. 56



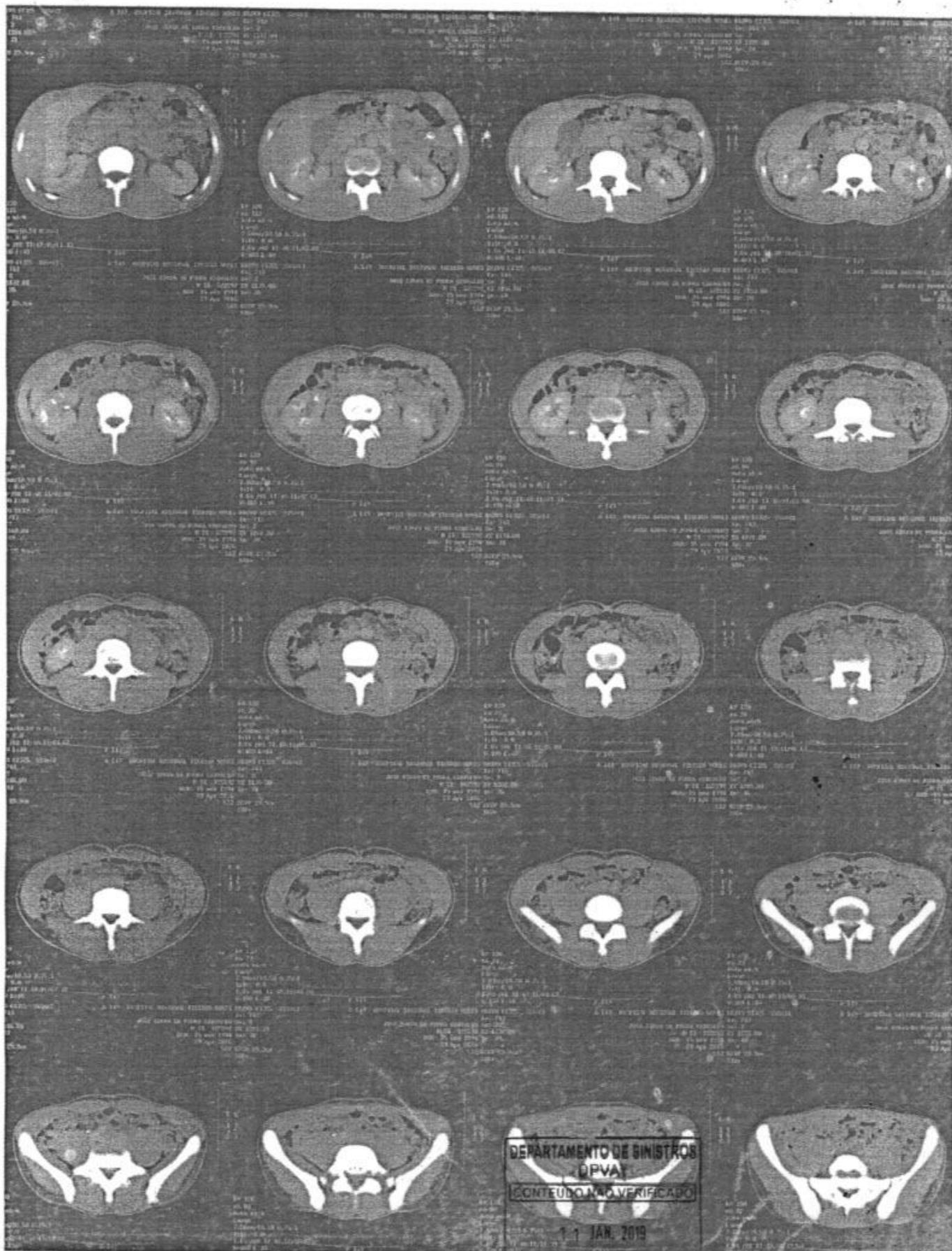
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112409062972300000012599071>
Número do documento: 20112409062972300000012599071

Num. 13320917 - Pág. 57



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. 58



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



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. 59





Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 09:06:30
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011240906297230000012599071>
Número do documento: 2011240906297230000012599071

Num. 13320917 - Pág. 61

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN-PI N° 9993189770
0120120122794 05025649464

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
117247de69ff6ba6e57a7914c022760a56224078612

VIA	ODU-PENAVAN	RNTRC
1	471463647	
NOME DA PESSOA		
LEONARDO TARDOCO SOARES		
RUA PROJETADA	00066	
URBANO	PI	
CHP/CAR	PLACA	
06461509364	ODU-7286	
NOME ANTERIOR		
CAJUEIRO MOTOS LTDA		
PLACA ANTIGA	CHASSIS	
	9C2HB0210CR450279	
ESPECIE/TIPO	COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA	GASOLINA	
MARCA/MODELO	ANO FABR. - ANO MOD.	
HONDA/POP100	2012 2012	
CAP/POV/OL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
02P/0097CC	PART1C	PRETA
DETERVACOL:		
0 PBT: 000.25		
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA SEM RESTRIÇÕES		
FLORIANÓ	LOCAL	DATA
11/07/2012		
JOSE ANTONIO VASCONCELOS DIRETOR GERAL DO DETAN - PI		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

11 JAN. 2019

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



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

Num. 13320917 - Pág. 62

**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 - 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 Refere cefaleia com características de cefaleia pós-traumática em uso continuado de medicação analgésica, tonturas
físico: 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 LEON HERMES PALHECO, nº 040323 bairro Campo Velho Cidade Floriano, no Estado de Piauí, pelo presente instrumento particular de procuração, na melhor e boa forma de direito, nomeia(m) e constitui(em) seu(s) bastante procurador:

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

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

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

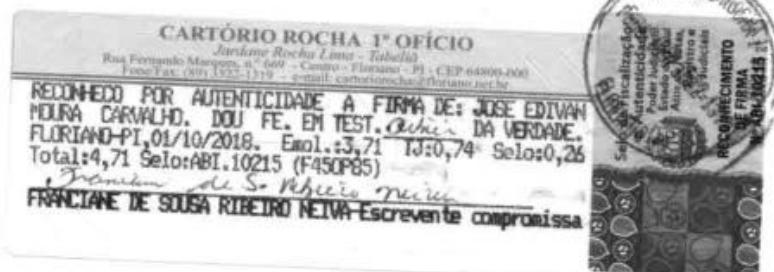
O Intuito desta Procuração é dar Poderes ao Outorgado para representar-me e cadastrar o processo Junto as Seguradoras do Consórcio Dpvat e Seguradora Líder.

Toda a Documentação apresentada é de inteira responsabilidade do Outorgante.

Floriano/PI, 01 de Outubro de 2018.

1º OFÍCIO

X Jose Edivan moura carvalho
(OUTORGANTE)



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. 69

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0012806/19

Número do Sinistro: 3190028646

Vítima: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

CPF: 050.105.343-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/04/2016

Titular do CPF: JOSE EDIVAN MOURA CARVALHO

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/02/2019
Nome: ERIOMAR ALVES DOS SANTOS
CPF: 630.353.673-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ERIOMAR ALVES DOS SANTOS

Ozeas Chaves Vieira Junior



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. 70