

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânioencefálico com fratura occipital.

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

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

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 11/06/2019

Conduta mantida:

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

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190345837 **Vítima: ANTONIO DA CRUZ COSTA**

Data do Acidente: 13/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO DA CRUZ COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190345837 **Vítima: ANTONIO DA CRUZ COSTA**

Data do Acidente: 13/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190345837 **Vítima: ANTONIO DA CRUZ COSTA**

Data do Acidente: 13/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GIVALDO DO NASCIMENTO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO DA CRUZ COSTA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

CATXIA ECONOMICA - FEBRER 91

GUNNIDORI A. 3303 726 9101 474

TABLE OF CONTENTS

Ergonomics

TERM: 0152069328
PUBLISHER: 7152069328
CONTRROLE: 00 PUBLISHER: 7152069328
TERM: 0152069328

DEPARTAMENTO DE HIGIENE PÚBLICA

3887 013 000245969

APONTAMENTO DA CRUZ COSTA

卷之三

ESTE ESPECIE DE VALOR DO CORPO DEPOSITO CREDENCIAL DE SUCESSO - 36 MINISTROS CONFERENCIA DE 12000 CORPOS PREVISTOS

1 19-734167343-2

卷之二

ESTE RECIBO É UM TÍTULO AO PORTADOR PARA TORNA-
-DO PESSOAL E INTRANSFERÍVEL. PRESENTEIA SEUS
-DADOS:

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

INTERVIEW WITH A VET

100



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

499 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 122451.000182/2019-06

Unidade de Registro: 7ª DRPC - VALENÇA DO PIAUÍ

Resp. pelo Registro: Raimundo Nonato De Oliveira Rufino

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE VALENÇA DO PIAUÍ

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

VALENÇA DO PIAUÍ

Endereço

PROXIMO A GRANJA MOREIRA, Nº: S/N

Complemento

Data/Hora

13/01/2019 - 08:30

Bairro

CENTRO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: ANTONIO DA CRUZ COSTA

RG: 575178589 SP SP

Mãe: MARIA DE JESUS DA CONCEIÇÃO

Pai: LUIS DA COSTA MUNIZ

Endereço: RUA ANTONIO LUIS, Nº 235

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ - CEP: 64300-000

Telefone(s): 89-9445-2593

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA, 125 FAN

Ano: Placa: Chassi:

2010 NIK6125 9C2JC4120AR081497

Renavam:

214352650

Cor:

Vermelha

Condutor: ANTONIO DA CRUZ COSTA

RG: 575178589 Órgão: SP UF RG: SP

End: RUA ANTONIO LUIS Número: 235 Complemento:

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

Proprietário: LUIS DA COSTA MUNIZ

End: LOCALIDADE JOÃO PIRES Número:

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

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

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

ANTONIO DA CRUZ COSTA - Noticiante
Responsável pela Informação



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

033 444.743-75 Antônio da Cruz Costa

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

Nome completo:

Antônio da Cruz Costa

CPF:

033 444.743-75

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Complemento:

AMANDO LIMA | VALERA

Piauí 64.300,000
Tel. (DDD):

E-mail:

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3887

CONTA: 00024690

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 292 do Código Penal.

Local e Data:
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina AROG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Givaldo da Nascimento

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RENOVA, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0230203

Registro: 77360

Data: 13/01/2019

Hora: 10:02:00

Funcionário: EDIMAR

Tipo: CONSULTA

Senha: 15

Sexo: MASCULIN

SUS

ANTONIO DA CRUZ COSTA

Sex: 26/07/1987 Idade: 31 ANOS, 5 MESES, 18 DIAS Profissão:

End: ANTONIO LUIZ, 0 -

Bairro: AMANDO LIMA

Corr: Parda

Telefone: ()

Mãe: MARIA DE JESUS DA CONCEICAO E

CPF: 575178589 - SUS: 898003202025880

Civil: CEP: 641

Cidade: VALENCA DO PIAUÍ/

País: LUIS DA COSTA MUNIZ

Clinica: CLINICA GERAL

Demand: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

História Clinica/Exame fisico:

*Problema: Dolor de cabeça persistente
na nuca*

Horas: _____

Internação

Exames Complementares:

Exame: EKG

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

Oral Diflunisal 500 mg

Oral Acetaminofeno 500 mg

*11:10
C/medicamento da sick
01/01/2019 12:40:588*

Anotações da Classificação de Risco

Horas: 10:16:43

Prioridade:

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

Sintomas/História: TONTURA E CEFALGIA APÓS QUEMADA DÉ MOTOCICLISMO

Alergias: NEGA

Medicação Usual:

PA: 130x80 mmHg

TAX: 0°C

PR: 0 bpm

SAT: 02: 0

Dori:

FC: 82 bpm

Glicemias: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: RELATA QUEDA DE MOTO

Conduta: ENC AOA CLINICO

*Auricelia Pereira Lô
Enfermeira Responsável
COREN-PI 10027
spécifico*

406836 - AURICELIA PEREIRA LÔ
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Horas:

Alta Óbito Evasão Transferencia

Destino:

TALLY LUIZ CAMINHA

*MEDICO
CRM-PI 7068*

Antônio da Cruz Costa

ANTONIO DA CRUZ COSTA

7068 - TALLY FRANCISCO DA LUZ CAMINHA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio da Cruz Costa

RG nº 57.517.858-9 data de expedição 02/08/13 Órgão SSP/SP

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>Rua José Marreiros Terraaz</u>
Número	<u>235</u>
Apto / Complemento	<u>M600</u>
Bairro	<u>AMARALDO LIMA</u>
Cidade	<u>VALença</u>
Estado	<u>PIAuí</u>
CEP	<u>64.300,00</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 999316611 / 994093745</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

VALença do PIAuí / 25/04/19

Assinatura do Declarante:

Antônio da Cruz Costa


AGESPISA
 Águas e Esgotos do Piauí S/A

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

Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

MATRÍCULA	Hidrômetro	Referência
1732974-4	A07N381001	ABR/2019
Nome/Razão Social/Endereço ERISVAN ALVES DE CARVALHO RUA JOSE MARREIROS FERRAZ, 235 AMANDO LIMA VALENCA 64300000		
AG= 176		
Situação Aguas/Esgoto 3/1	Categorias de Uso Res. Com. Ind. Púb.	Inscrição 113 1 06 0349 0005-000
Período de Consumo 11/03/2019 - 10/04/2019 30		
Histórico de Consumo Mês/Año Leitura Consumo Dscrn		
10/18 1201 12 0 11/18 1213 12 0 12/18 1223 10 0 01/19 1235 12 0 02/19 1247 12 0 03/19 1258 11 0 04/19 1270 12 0		
Forma de Faturamento FATURADO P/ CONSUMO NORMAL		
Cód. Ressidual 028539240 Cód. da Tarifa 01		
Consumo Médio 11 Cons. Faz Água Cons. Faz Esgoto		
Consumo 12 Consumo Padrão 12		

DESCRIÇÃO DA FATURA		
Cód. AQUA	Nome do Serviço	Valor (R\$)
	MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	0,84
	JUROS DE MORA 001/001	1,28
	MANUTENCAO HIDROMETRO	1,90

VENCIMENTO	16/04/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	43,46
AVISO DE DEBITO! CONTAS: 2 VALOR: R\$ 0,67 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APOS VENCIMENTO.			

CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA CONFORME PORT. 2216/2011-MB							
Parâmetros	Turbides	Cor	Goro	PH	Ferro	Colif. Total	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	2,0	15	5,0	6,0 a 8,5	0,5	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação	1.50	3.10	7.21		0.00	0.00	
Valor Médio	PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA, LAVE OS RESERVATÓRIOS SEMESTRALMENTE.						
Conclusão	AGESPISA NAO VAI MAIS MANTER SERVICO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIA SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORA. ESGOTO COLETADO PELA AGESPISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINACAO FINAL						

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu GIVALDO DO NASCIMENTO

RG nº 2.112.077, data de expedição 26/03/14, Órgão SSP/PI

CPF nº 977.574.783-68, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA ANTONIO LUIS</u>
Número	<u>1180</u>
Apto / Complemento	<u>MBANO</u>
Bairro	<u>AMANDOLIMA</u>
Cidade	<u>VALÉRCIA</u>
Estado	<u>PIAUI</u>
CEP	<u>64.300,000</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 999316611 / 994093745</u>
E-mail	<u>givaldodonasimento@vahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: VALÉRCIA/PIAUÍ / 25/04/2019

Assinatura do Declarante:

Givaldo do nascimento



AGESPISA
Águas e Esgotos do Piauí S/A

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

Fatura Mensal

MATRÍCULA
1732850-0

Hidrômetro
A07N261994

Referência

ABR/2019

Nome/Razão Social/Endereço
MIRIAN DANTAS NOGUEIRA
RUA ANTONIO LUIS, 1180
AMANDO LIMA
VALENCA 64300000

AG= 176

Situação	Res.	Categorias de Uso	Inscrição
5/1	1	Com.	113 1 06 0337 0130-000

Período de Consumo

11/03/2019 * 10/04/2019

30

Histórico de Consumo			Formas de Faturamento		
Lectura			FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO		
Consumo			Cód. Residencial 028682089		
Occup.			Código da Tarifa 01		
10/18 1332 18 0			Consumo Médio 11		
11/18 1349 17 0			Cons. Faz Áqua		
12/18 1357 8 0			Cons. Faz Esgoto		
01/19 1369 12 0			Consumo 10		
02/19 1375 6 0			Consumo Referido 10		
03/19 1381 6 0					
04/19 1381 10 0					

DISCRIMINAÇÃO DA FATURA

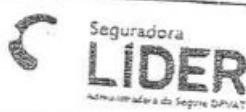
Água Nome do Serviço

Válor 16/04/2019

VENCIMENTO 16/04/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 28,72
AVISO DE DEBITO! CONTAS: 3 VALOR: R\$ 29,30
CONFORME LET FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30
DIAS APOS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA E OXIGENIO POTT 2014/2015							
Parâmetros	Turbides	Cor	Cloro	PH	Ferro	Colif. Totais	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 9,5	0,3	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostra que Atende Legislação	1,50	3,10	7,21		0,00	0,00	
Valor Médio							
PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESEI MENSALMENTE.							

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



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 21

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular SUSEP nº 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 de respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Givaldo do Nascimento inscrito (a) no CPF 972.574.783-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANTONIO DA CRUZ COSTA inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.444.743-75, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Antonio da Cruz Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.444.743-75, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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	Cidade	Número	Complemento
RUA ANTONIO LIMA, 25	VALença	1180	URBANO
Barro		Estado	CEP
AMANDO LIMA		P. quí	64.300,00
Email:		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>givaldosdornascimentos@yahoo.com.br</u>		<u>(89)999316611</u>	<u>994093745</u>

VALença - PI, 25 de ABRIL de 2019
Local e Data

Givaldo do Nascimento
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUIS DA COSTA MUNIZ

RG nº 412.073, data de expedição 05/09/79.

Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 186.538.523-08 com domicílio na cidade de VALença, no Estado de PIAUÍ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) PV João Pires, nº 512

complemento RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) da minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima ANTONIO DA CRUZ COSTA cujo o condutor era ANTONIO DA CRUZ COSTA.

Veículo: PAS/MOTOCICLETA/VERMELHA

Modelo: HONDA CG 125 FAN ES

Ano: 2010/2010

Placa: XIR 6125

Chassi: 4C2A04120AR081497

Data do Acidente: 13/01/2019

Local e Data: Valença do Piauí/30/01/2019

Luís da Costa Muniz

Assinatura do Declarante



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



2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI

Rua Eurípedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1171

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: LUIS DA COSTA MUNIZ, DOU FE, EM TEST. DA VERDADE, VALENÇA DO PIAUÍ-PI, 05/02/2019, Emol.: 13,95 - TAC: 0,77 - FIMP: 0,10 - Selo: 0,26 - Total: 14,98 - Selo: ABN 31020 (F160F24b)

Ana Cláudia Melo L. F. Cheves Barbosa
Ana Cláudia Melo Lopes Ferreira Cheves Barbosa, FSCREVENTE

Ana Cláudia Melo L. F. Cheves Barbosa
Escrivente Autorizada



Clinica
Dr. Helder
Oliveira

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

Dr. Helder Antonio M. de Oliveira
Médico
CRM 2642
CPF 437.123.000-13
CRM 2642

RECEITUÁRIO

Nome: Antônio da Cruz Costa

Pouso vítima de acidente de trânsito
(SAC), dia 13/04/2019; ao exame:

Traumatismo craniano com fratura incompleta no osso occipital direito, abrindo sol, sendo submetido à tratamento conservador, alta do tratamento

25/04/2019, com melhora da capacidade cognitiva e approximadamente

30%, no momento do exame.

Voluntário, 25/04/19.

Dr. Helder Antonio M. de Oliveira
Médico
CRM 2642
CPF 437.123.000-13
CRM 2642

IDEIA (09) 99674-0996

Saúde é Vida

(89) 3465.2647

HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA
 AV SANTOS DUMONT,
 HOS. REGIONAL CENTRO, VALENCA DO PIAUÍ/PI - 64300-000
 EUSTÁQUIO PORTELA CNPJ: 06553564001100
 (89) 3465-1015 - (89) 3465-1359
 HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emgência)

Atendimento: P0230475

Registro: 77360

Data: 15/01/2019

Hora: 13:56:00

Funcionário: ELDER

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 40

ANTONIO DA CRUZ COSTA

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

CPF: - RG: 575178589 - SUS: 898003202028806

Civil: CEP: 64300-000

End.: ANTONIO LUIZ, 0 -

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENCA DO PIAUÍ/PI

Cor: Parda

Telefone: () -

Mãe: MARIA DE JESUS DA CONCEICAO E COSTA

Pai: LUIS DA COSTA MUNIZ

Clinica: CLINICA GERAL

Demand: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

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

História Clinica/Exame físico:

Hora: ____:

Internação



Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 14:13:44

Corridade:

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

Queixa/História: DOR NA CABECA DEVIDO A TRAUMA

Alergias: NEGA

Medicação Usual:

PA: 114 X 83 mmHg

TAX: 36,4°C

FR: 0 rpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 67 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 Kg

ECG: 0

Observação:

Conduita: ENC. AO CLINICO GERAL

*Andreia de Sousa Luz
Enfermeira
COPEN 2014053*

449583 ANDREIA DE SOUSA LUZ
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Alta Óbito Evasão Transferencia

Destino:

Antônio da Cruz Costa

ANTONIO DA CRUZ COSTA
Paciente ou Responsável

4710 - SAMUEL G. DANTAS ARRAES
Médico Responsável

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019

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



EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA CRÂNIO

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

RELATÓRIO:

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fratura incompleta no osso occipital direito.

(01 filme)

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

Dr. Pedro de Paula Bomfim Neto
CRM 3269

ANTONIO DA CRUZ COSTA

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

CPF: 47RG: 575178589 - SUS: 898003202028806

End.: ANTONIO LUIZ, 0 -

Civil: CEP: 64300-

Cor: PARDA Telefone: () -

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI

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

Clinica: **CLINICA GERAL**

Demand: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

História Clinica/Exame físico:

CPG-502.

AC V.tn Anamnese de Tronco (SAC)
 8 dias

Hora: ____:

Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

TC crônica. Rotação incompleta
 no olho esquerdo. D

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 16:23:44

Prioridade:

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

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

Alergias: NEGA ALERGIA

Medicação Usual:

PA: 120x70 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduita:

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA
 Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora:

Alta Óbito Evasão Transferencia

Destino:

Antônio da Cruz Costa
 ANTONIO DA CRUZ COSTA
 Paciente ou Responsável

2640 - HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA
 Médico Responsável

PACIENTE: Antônio dos Anjos Costa
 LEITO: _____
 DATA: 23/04/19

FOLHA DE EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO EM OBSERVAÇÃO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDICAÇÃO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	RUBRICA
23/04/19. 10h. I.R.O. 3- Tocada de dor no dorso.	10h. I.R.O.	10h. I.R.O.	
O Dr. Hélio 20h. I.R.O.	20h. I.R.O.	20h. I.R.O.	
10h. I.R.O.	10h. I.R.O.	10h. I.R.O.	
10h. I.R.O.	10h. I.R.O.	10h. I.R.O.	
10h. I.R.O.	10h. I.R.O.	10h. I.R.O.	
10h. I.R.O.	10h. I.R.O.	10h. I.R.O.	
10h. I.R.O.	10h. I.R.O.	10h. I.R.O.	
10h. I.R.O.	10h. I.R.O.	10h. I.R.O.	
10h. I.R.O.	10h. I.R.O.	10h. I.R.O.	
10h. I.R.O.	10h. I.R.O.	10h. I.R.O.	

SOLICITAÇÃO: ANTONIO DA CRUZ COSTA -

20190123194672

STATUS: ENCERRADA

Informações Gerais

Bo Clínico

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

EVOLUÇÃO

VISÃO GERAL

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

Médico Solicitante
HELEDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA

Usuário Solicitante
Usuário Padrão

Senha
20190123194672

Observação solicitante
Regulado via Central de Regulação Municipal PARA HUT DR. FCO DANTAS RECEBEU A SENHA 57960/49547/941

Caráter
Urgência

Tipo de Leito
Neurologia

CDs
Fratura da base do crânio

Procedimentos

Descrição Clínica

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

Protocolo de Atendimento

Assistência Ventilatória: Não necessita

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

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

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

Informações Gerais

Id: 57.960
Auto: 49547/941

HUT

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019

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

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

Observações

Dados de Notificação da Senha

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

Atualizações no Fluxo

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

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 6445
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0020-02

16/01/2019 14:21:01
 User: DR. GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO
 Estação: HUT/TERESINA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

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

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 704370	Entrada: 24/01/2019 13:50:18	Convênio: S U S	Proced: 0101060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR DE CABEÇA/CEFALEIA/ENXAQUECA			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação:	Classificação:	Cor:
TRAUMA MAIOR	Dor moderada	Amarelo

Breve História Clas. Risco:

COMINHADO A HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO O CARRO EM 13/01/2019. RELATO DE DOR DE CABEÇA, DOR DE CABEÇA, NÁUSEAS, DESMAIO, TONTURA. NEGA OUTRAS QUILFAS. (SIC)
 L. VAC

CLÉSIA MARQUES RIVINOS ALVES
 COREN PI 118487
 Em: 24/01/2019 14:21:01

SSVV: (Hora: ____ : ____)	Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	P脉: bmp	Pressão: mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	---------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 11 DIAS, REFERE QUE EVOLUIU COM TONTURA HÁ 3 DIAS E CEFALÉIA. ESTÁ A SEM CAPACETE. NEGA SINCOPE, OU VOMITOS.
A/ VIAS AERÉAS PERTURBADAS, FASICO
B/ MUPURUPIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS.
C/ PR, ET, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES.
D/ PUPILAS ISOCORICAS FOTORREAGENTE SEM SINAL DE LESÃO EM CABEÇA.
E/ SEM ESCORIAÇÕES. EXAME NEUROLOGICO NORMAL

Exames Complementares:	Exames complementares: <i>CC e coagulose normal</i>
------------------------	---

Prescrição Médica:	<i>Dr. GILBERTO ALBUQUERQUE BRITO</i>
--------------------	---------------------------------------

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto):	DATA: / /	HORA: : :
----------------------	-----------	-----------

Assinatura Paciente ou Responsável

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

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019

Senha 22

ANTONIO DA CRUZ COSTA

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

CPF: - RG: 575178589 - SUS: 898003202028806

Civil: CEP: 64300-000

End.: ANTONIO LUIZ, 0 -

Bairro: AMANDO LIMA

Cor: PARDA

Telefone: () -

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

Clinica: **CLINICA GERAL**

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Atendimento de **URGÊNCIA**

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

História Clinica/Exame físico:

*Morreu um guia na estrada com
UMA moto.*

Hora: _____

Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Gravidez

Prescrição Médica:

Hora: 10:26:33

Prioridade:

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

Quixixa/História: CEFALEIA, PACIENTE RELATA QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO DIA 13/01/2019

Alergias: NEGA ALERGIA MED.

Medicação Usual: NIMESULIDA 2 X AO DIA

PA: 130X70 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 rpm

SAT 02: 98

Dor:

FC: 71 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: NEGA DM E HAS

Conduita: ENC. AO CLINICO

*Maryanna Tallyta Silva Barreto
Enfermeira
COREN-PI 487.640
mbarreto*

487640 - **MARYANNA TALLYTA SILVA BARRETO**
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Alta Óbito Evasão Transferencia

Destino:

Hora:

Antônio da Cruz Costa

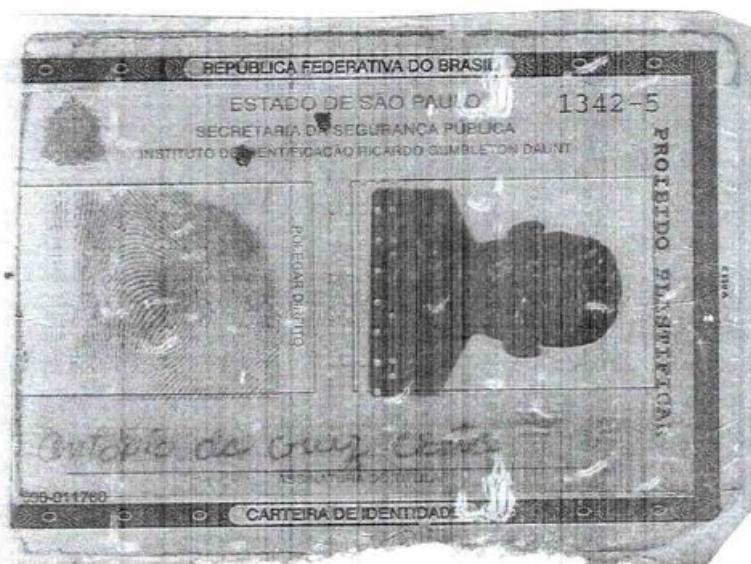
ANTONIO DA CRUZ COSTA
Paciente ou Responsável

*DR. TALLYTÁ LUCAS CAMINHA
MÉDICO
CRM PI 7068*

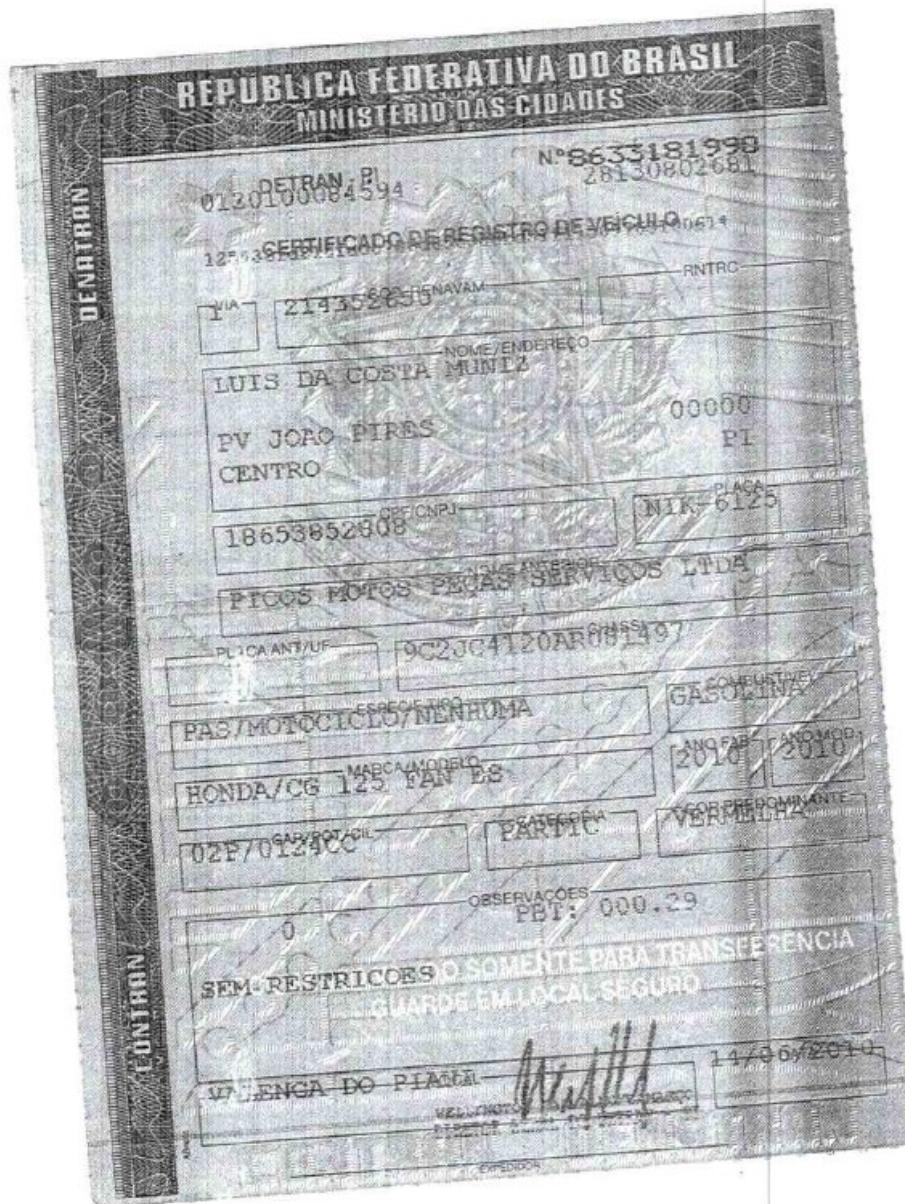
7068 - TALLYTÁ FRANCISCO DA LUZ CAMINHA
Médico Responsável

FOLHA DE EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO EM OBSERVAÇÃO

RUBRICA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO MEDICAÇÃO	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA







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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190345837**

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

Endereço do(a) Examinado(a):

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

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

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

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

Resultado da Avaliação Médica

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

Traumatismo crânioencefálico com fratura occipital

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

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

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

[**X**] Sim [] Não

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

Submetido a tratamento conservador. Refere alta médica.

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

[**X**] Sim [] Não

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

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

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Neurológico

% 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.



Luanna Moura Moreira - CRM: 4718 - PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânioencefálico com fratura occipital.

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

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

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 11/06/2019

Conduta mantida:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177499/19

Vítima: ANTONIO DA CRUZ COSTA

CPF: 033.444.743-75

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/01/2019

Titular do CPF: ANTONIO DA CRUZ COSTA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA 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

GIVALDO DO NASCIMENTO : 972.574.783-68

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

ANTONIO DA CRUZ COSTA : 033.444.743-75

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GIVALDO DO NASCIMENTO

JULIANE CAMPOS RODRIGUES