

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 cranioencefálico 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.

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

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

Pag. 00741/00742 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14396183

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

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 de vítima: 033.444.743-75 Nome completo da vítima: ANTONIO DA CRUZ COSTA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012
Nome completo: ANTONIO DA CRUZ COSTA CPF: 033.444.743-75
Profissão: NAO INFORMADO Endereço: RUA JOSÉ MARRGROS TERRAL 235 Número: URBANO
Bairro: AMANDOLIMA Cidade: VALENÇA Estado: PIAUÍ CEP: 64.300.000
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3887 (Informar o dígito se existir)

CONTA: 00024690 9 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir)

CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda 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 Líder 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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 29º do Código Penal.

MORTE

Local e Data: VALENÇA DO PIAUÍ 25/04/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

Antonio da Cruz Costa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª 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 ROSTO, 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.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0000 725 0101
OUVIDORIA 0000 725 7474

119-754167543-2

29/ABR/2019

HORA DE 12:03:13

LOT: 16.010501-0

LOCALIDADE: VALENCA DO PIAUI

TERM: 015230

AG. VINCULADA: 3887

CONTROLE: 715769370

DEPOSITO EM DINHEIRO

3887 013 00024690-9

ANTONIO DA CRUZ COSTA

VALOR

: 5,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO - A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO COMPROVANTE DE DEPOSITO

119-754167543-2

29 VIA

produtos químicos. Se predior manter o mesmo por mais tempo, providencie a compra do documento.

Aerogramas: recibo de depósito original e único comprovante que o habitante a receber eventuais prêmios de loterias. Confira os dados oriundos no recibo de depósito. O prazo para receber o prêmio é de 90 dias, a contar do dia do sortido do concurso. Para sua segurança, sempre adquira bilhetes em locais autorizados pela Caixa.

[illegible]

Assessment: _____

Este trabalho individual e em grupo de eventual premiação não é permitido sua divisão e mais de um benefício.

S&C Cel.: 0800 726 0101 Internetos sugerções: 0800 726 0101
reservas e alojamento ou de folia: 0800 726 0101
Cidades: 0800 726 0101 - Curitiba: 0800 726 0101
Indicações não solicitadas e despesas ou viagens: 0800 726 0101



4. Não são dos impressos nesta categoria e de sua
área, mas de impressão alguns cadernos, entre
outros, o de 194, 1940 e 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615,

Até agora, recebeu o resbo do original e unico coorprorante que o hospital a receber eventuais prêmios de loterias. Confira os dados coorridos no resbo de aposta. O prazo para receber o prêmio é de 90 dias, a contar da data de sorteo do concurso. Para sua segurança, somente adquiria bilhetes em locais de vendas autorizados pela Caixa.

BOTH RECORDS IN PERSONAL
 FILE, FILED IN TRANSMITTAL
 RECORDS, RECORDS OF
 RECORDS OF RECORDS



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: PI 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
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: **033.444.743-75** Nome completo da vítima: **ANTONIO DA CRUZ COSTA**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 45/2012
Nome completo: **ANTONIO DA CRUZ COSTA** CPF: **033.444.743-75**
Profissão: **NÃO INFORMADO** Endereço: **RUA JOSÉ MARRGROS FERREIRA 235 URBANO**
Bairro: **AMANDOLIMA** Cidade: **VALENÇA** Estado: **PIAUÍ** CEP: **64.300.000**
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

REDA MENSAL:
☒ RECUO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para ex 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: **388E** CONTA: **00024690** **9** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda 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 Líder 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
Local e Data: **VALENÇA DOPAL 25/04/19**
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A RGO
Antonio da Cruz Costa
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Guilherme dos Santos
Assinatura do Procurador (se houver)
Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, 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 PIAUI/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

Funcionario: EDIMAR

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha

15

SUS

ANTONIO DA CRUZ COSTA

CPF: - RG: 575178589 - SUS: 898003202025880

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

Civil:

CEP: 64

End.: ANTONIO LUIZ, 0 -

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI

Cor: PARDA

Telefone: () -

Mãe: MARIA DE JESUS DA CONCEICAO E

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 NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 10:16:43

Prioridade:

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

Queixa/História: TONTURA E CEFALALGIA APÓS QUEDA DE MOTO

Alergias: NEGA

Medicação Usual:

PA: 130x80 mmHg

TAX: 0%

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 82 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: RELATA QUEDA DE MOTO

Conduta: ENC AOA CLINICCO

Dados da Alta

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

Assinatura do Médico
ANTONIO DA CRUZ COSTA

7068 - TALLYS FRANCISCA DA LUZ CAMINHA

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANTONIO DA CRUZ COSTA

RG nº 57.577.858-9, 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/Prça)	<u>RUA JOSÉ MARREIROS FERRAZ</u>
Número	<u>285</u>
Apto / Complemento	<u>URBANO</u>
Bairro	<u>AMANDO LIMA</u>
Cidade	<u>VALPARAÍSA</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64.300.000</u>
Telefone de Contato	<u>(29) 999316611 / 994093745</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: VALPARAÍSA DO PIAUÍ / 25/04/19

Assinatura do Declarante: ANTONIO 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

MATRICULA 1732974-4		Hidrômetro A07N381001	Referência ABR/2019
Nome/Razão Social/Endereço ERISVAN ALVES DE CARVALHO RUA JOSE MARREIROS FERRAZ, 235 AMANDO LIMA VALENCA 64300000 AG= 176			
Situação Água/Esgoto 3/1	Raz. 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pab.	Inscrição 113 1 06 0349 0005-000
Período de Consumo 11/03/2019		Data de Vencimento 10/04/2019	
Histórico de Consumo		Forma de Faturamento FATURADO P/ CONSUMO NORMAL	
Mês/Ano	Leitura	Consumo	Outro
10/18	1201	10	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
Cód. Responsável 028589240		Código da Tarifa 01	
Consumo Médio 11	Cons. Fio Água	Cons. Fio Esgoto	
Consumo 12	Consumo Potencial 12		

DESCRIÇÃO DA FATURA

Cod	Nome do Serviço	Valor
AGUA		59,44
	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 DÉBITO! CONTAS: 2 VALOR: R\$ 43,46 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.			

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT. 2318/2011 MMS							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 9,5	0,5	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº 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.

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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu GIVALDO DO NASCIMENTO

RG nº 2.112.077, data de expedição 21-10-14, Órgão ESP/PI

CPF nº 972.541.783-68, 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>URBANO</u>
Bairro	<u>AMANDOLINA</u>
Cidade	<u>VALENÇA</u>
Estado	<u>PIAUÍ</u>
CEP	<u>64.300.000</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 999316611 / 994093745</u>
E-mail	<u>givaldo.nascimento@vancol.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: VALENÇA-PIAUÍ / 25/04/2019

Assinatura do Declarante: Givaldo do Nascimento



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

MATRICULA 1732850-0		Hidrometro A07N261994		Referencia ABR/2019
Nome/Razão Social/Endereço MIRIAN DANTAS NOGUEIRA RUA ANTONIO LUIS, 1180 AMANDO LIMA VALENCA 64300000				
AG= 176				
Situação S/1	Rgs 1	Categorias de Uso Com. Ind. Pub.	Inscrição 113 1 06 0337 0130-000	
Período de Consumo 11/03/2019		10/04/2019		Etapa Consumidora 30
Histórico de Consumo				
Mês/Ano	Consumo	Ocorr.		
10/18	1352	18	0	
11/18	1349	17	0	
12/18	1357	8	0	
01/19	1369	12	0	
02/19	1375	6	0	
03/19	1381	6	0	
04/19	1381	10	0	
Forma de Faturamento FATURADO P/ MINIMO DA LIGACAO				
Cód. Regeneracional 028682089		Código de Verificação 01		
Consumo Médio 11	Cons. Fixo Água	Cons. Fixo Esgoto		
Consumo 10	Consumo Potenciais 10			
DESCRIÇÃO DA FATURA				
Água Nome do Serviço				

VENCIMENTO 16/04/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 28,72
AVISO DE DÉBITO! CONTAS: 3 VALOR: R\$ 28,72
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME NORMAT 2014/2011 N°16							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	PH	Ferro	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	5,0	6,0 a 9,5	0,5	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Análises Exigidas							
Nº Amostras Realizadas							
Nº Amostras que Atende Legislação	1.50		3.10	7.21		0.00	0.00
Valor Médio							
PRESEERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RECIPIENTES SEMESTRALMENTE.							
CONCLUSÃO: A PISA NÃO VAI MAIS MANTER SERVIÇO DE ENTREGA DE CONTA ALTERNATIVA. RETIRE 2 VIAS SITE WWW.AGESPISA.COM.BR. EVITE JOGAR LIXO NA REDE COLETORES. ESGOTO COLETADO PELA AGES PISA RECEBE PROCESSO DE TRATAMENTO ANTES DA DESTINAÇÃO 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 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 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 INVALIDAÇÃO 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 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		Número	Complemento
RUA ANTONIO LUIS		1180	URBANO
Bairro	Cidade	Estado	CEP
AMANDO LIMA	VALENÇA	PI	64.300-00
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
givaldo.nascimento@yahoo.com.br		(89) 999316611	994093745

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 412.013, data de expedição 05/09/79,
Órgão SSP/PI, portador do CPF nº 186.538.528-08 com
domicílio na cidade de Valença, no Estado de
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RV João Pires, nº 512
complemento RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ANTONIO DA CRUZ COSTA cujo o condutor era
ANTONIO DA CRUZ COSTA.
Veículo: PAT/MOTOCICLETO/VAZEMMA
Modelo: HONDA 166 125 FANES
Ano: 2010/2010
Placa: 71R 6125
Chassi: 9C220412 0AR081497
Data do Acidente: 13/01/2019
Local e Data: Valença DO Piauí/30/01/2019

Luis 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: 13,85 Taxa: 7,7 FPP: 0,10 Selo: 0,26 Total: 21,91 Selo: ABN 31020
(F160P21)
Ana Cláudia Melão L. F. Chaves Barbosa
Ana Cláudia Melão Lopes Ferreira Chaves Barbosa - ESCRIVENTE

Ana Cláudia Melão L. F. Chaves Barbosa
Escrivente Autorizada



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

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0230203

Data: 13/01/2019

Funcionário: EDIMAR

Registro: 77360

Hora: 10:02:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha

15

SUS

ANTONIO DA CRUZ COSTA

CPF: - RG: 575178589 - SUS: 898003202025880

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

Civil:

CEP: 64

End.: ANTONIO LUIZ, 0 -

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI

Cor: PARDA

Telefone: () -

Mãe: MARIA DE JESUS DA CONCEICAO E

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 NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

Hora: - : -

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 10:16:43

Prioridade:

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

Queixa/História: TONTURA E CEFALALGIA APÓS QUEDA DE MOTO

Alergias: NEGA

Medicação Usual:

PA: 130x80 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 82 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: RELATA QUEDA DE MOTO

Conduta: ENC AOA CCLINICCO

Dados da Alta

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

Antonio da Cruz Costa
ANTONIO DA CRUZ COSTA

Auricélia Pereira Ló
Enfermeira
COREN-PI 10000

406836 - AURICELIA PEREIRA LÓ
Enfermeiro Responsável

Tallys Francisca da Luz Cam
MÉDICO
CRM-PI 7068

7068 - TALLYS FRANCISCA DA LUZ CAM



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 07.100.133-7
RECEITUÁRIO

Nome:

Antonio da Cruz Costa

Paciente vítima de acidente de trânsito
(SIC), dia 13/01/2019; ao exame:

Traumatismo craniano com fratura
incompleta no osso occipital direito,
alguilo col, sendo submetido a trata-
mento conservador, alta do tratamento

25/04/2019, com redução da capaci-
dade cognitiva de aproximadamente

30%, no momento do exame.

Valença-Pi, 25/04/19.

Dr. Helder Antonio M. de Oliveira
Médico
CRM-2642
CPF 07.100.133-7

Helder Almeida
CRM 2642

IDEIA (IP) 9974.0000

Saúde é Vida

(89) 3465.2647

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019

**HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA**

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0230370

Data: 14/01/2019

Funcionário: HENRIQUE

Registro: 77360

Hora: 19:30:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 80**SUS****ANTONIO DA CRUZ COSTA**

Nasc.: 26/07/1987 Idade: 31 ANOS, 5 MESES, 19 DIAS Profissão:

End.: ANTONIO LUIZ, 0 -

Cor: PARDA Telefone: () -

Bairro: AMANDO LIMA

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

CPF: - RG: 575178589 - SUS: 898003202025880

Civil:

CEP: 64300-000

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Clínica: CLÍNICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTÂNEA

Atendimento de URGÊNCIA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____

☐ Internação**Exames Complementares:****Diagnóstico provável:****Prescrição Médica:**

1) GUSTIX - 100mg
2) Dexamet - 10mg
3) Difen - 10mg
4) Ety - 10mg
5) Difen - 10mg
6) Difen - 10mg
7) Difen - 10mg
8) Difen - 10mg
9) Difen - 10mg
10) Difen - 10mg

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 20:36:58

Prioridade:☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente**Queixa/História:** CEFALÉIA**Alergias:** NEGA ALERGIA MED**Medicação Usual:**

PA: 132x83 mmHg

TAX: 09c

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 78 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: PCT RELATA INICIO DE SINTOMAS APOS QUEDA DE MOTO ONTEM**Conduta:** ENC CLINICO GERALLaline Costa
404991 - LALINE DA COSTA LEAL
Enfermeiro Responsável404991 - LALINE DA COSTA LEAL
Enfermeiro Responsável**Dados da Alta**☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferência Destino:

Hora:

ANTONIO DA CRUZ COSTA
Paciente ou Responsável2640 - HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA
Médico Responsável

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019

**HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA**

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENÇA DO PIAUÍ/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

(89) 3465-1015 - (89) 3465-1359

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0230475

Data: 15/01/2019

Funcionário: ELDER

Registro: 77360

Hora: 13:56:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS**Senha 40****ANTONIO DA CRUZ COSTA**

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

End.: ANTONIO LUIZ, 0 -

Bairro: AMANDO LIMA

Cor: PARDA

Telefone: () -

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

CPF: - RG: 575178589 - SUS: 898003202028806

Civil:

CEP: 64300-000

Cidade: VALENÇA DO PIAUÍ/PI

Clínica: CLINICA GERAL

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

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____

☐ Internação**Exames Complementares:****Diagnostico provavel:****Prescrição Médica:****Anotações da Classificação de Risco**

Hora: 14:13:44

Severidade:☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☒ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente**Queixa/História:** DOR NA CABECA DEVIDO A TRAUMA**Alergias:** NEGA**Medicação Usual:**

PA: 114 X 83 mmHg

TAX: 36,4°C

FR: 0 mrpm

SAT 02: 0

Dor:

FC: 67 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:**Conduta:** ENC. AO CLINICO GERAL**Dados da Alta**☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia**Destino:**

Antonio da Cruz Costa
ANTONIO DA CRUZ COSTA
Paciente ou Responsável

Andréia de Sousa Luz
Enfermeira
CORRENTE 449583
449583 - ANDREIA DE SOUSA LUZ
Enfermeiro Responsável

Samuel G. Dantas Arraes
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, 3° e 4° 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 3755

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0231528

Registro: 77360

Data: 23/01/2019

Hora: 16:09:00

Funcionario: ELDER

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha

60

SUS

ANTONIO DA CRUZ COSTA

CPF: RG: 575178589 - SUS: 898003202028806

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

Civil: CEP: 64300-

End.: ANTONIO LUIZ, 0 -

Bairro: AMANDO LIMA

Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI

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 NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO)

História Clínica/Exame físico:

Hora: ____:____

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnostico provavel:

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 16:23:44

Prioridade:

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

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

Alergias: NEGA ALERGIA

Medicação Usual:

PA: 120x70 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

SAT O2: 0

Dor:

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação:

Conduta:

295179 - ROSANNA RAFENA R. BARBOSA
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

Hora:

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia Destino:

Antonio da Cruz Costa
ANTONIO DA CRUZ COSTA
Paciente ou Responsável

2640 - HELDER ANTONIO MARTINS DE OLIVEIRA
Médico Responsável



Secretaria Estadual de Saúde
HOSPITAL REGIONAL EUSTAQUIO PORTELA
 AV. SANTOS DUMONT, S/N - CENTRO
 VALENÇA DO PIAUÍ - PI

PACIENTE: Antonio dos Reis Costa

LEITO: 23101119

FOLHA DE EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO EM OBSERVAÇÃO

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO MEDICAÇÃO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	RUBRICA
2. 3F094 - 1000 EV 2.0g -			
3. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
4. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
5. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
6. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
7. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
8. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
9. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
10. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
11. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
12. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
13. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
14. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
15. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
16. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
17. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
18. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
19. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
20. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
21. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
22. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
23. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
24. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
25. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
26. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
27. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
28. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
29. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
30. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
31. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
32. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
33. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
34. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
35. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
36. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
37. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
38. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
39. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
40. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
41. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
42. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
43. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
44. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
45. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
46. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
47. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
48. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
49. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
50. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
51. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
52. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
53. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
54. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
55. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
56. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
57. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
58. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
59. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
60. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
61. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
62. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
63. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
64. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
65. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
66. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
67. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
68. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
69. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
70. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
71. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
72. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
73. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
74. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
75. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
76. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
77. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
78. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
79. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
80. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
81. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
82. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
83. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
84. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
85. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
86. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
87. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
88. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
89. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
90. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
91. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
92. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
93. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
94. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
95. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
96. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
97. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
98. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
99. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		
100. 3F094 - 1000 EV 2.0g -	19.00 VOS		

CRM 2500
 133-72
 133-72

SOLICITAÇÃO: ANTONIO DA CRUZ COSTA -
20190123194672
STATUS: ENCERRADA

Informações Gerais

- 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

VISÃO GERAL

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

Médico Solicitante
HELDER 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 57960/495471941

Caráter
Urgência

Tipo de Leito
Neurologia

CiDs
Fratura da base do crânio

Procedimentos

Descrição Clínica
PACIENTE REFERE ACIDENTE DE TRÂNSITO (SIC) COM CEFALÉIA EM CAPACETE, VÔMITOS INCOERENTES, DESORIENTAMENTO, 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 Glicemia (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 (60 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

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

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

EVOLUÇÃO

Id: 57.960
Auto: 495471941
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.

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 4445
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0020-02

Cópia de
[assinatura]

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 VERRAZ 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: Concubinato		
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 704370	Entrada: 24/01/2019 13:50:18	Convênio: S U S	Proced: 0301060029
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): DOR DE CABEÇA/CEFALEIA/ENXAQUECA			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Dor moderada	Cor: Amarelo
Breve Histórico Clas. Risco: SUSCITADO A HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTO COLISÃO O CARRO EM 13/01/2019.RELATO DE T.CEFALEIA,NÁUSEAS, DESMAIO, TONTURA.NEGA OUTRAS QFIXAS.VASIC L.VASIC		CLEBIANA MARQUES BUENOS AIRES COREN PI 138893 Em: 24/01/2019 14:57:09

SSVV: (Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm 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 CEFALEIA. ESTAVA SEM CAPACETE. NEGA SINCOPE, OU VÔMITOS.

A. VIAS AERIAS PERVIAS, FÁSICO
 B. MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS.
 C. PP, RT, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES.
 D. PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTE
 SEM SINAL DE LESÃO EM CABEÇA.
 E. SEM ESCORIAÇÕES. EXAME NEUROLÓGICO NORMAL

Exames Complementares:	DATA: ____/____/____
------------------------	----------------------

Exames Complementares:
Neg
ACE
10.0/20.0 mmHg
Em análise neg

Prescrição Médica:
[assinatura]
 63131

Motivo da Alta/Encerramento:	DATA: ____/____/____	HORA: ____:____
Observação (Adulto):		

Assinatura Paciente ou Responsável

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

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019



HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

AV SANTOS DUMONT,

CENTRO, VALENCA DO PIAUI/PI - 64300-000

CNPJ: 06553564001100

(89) 3465-1015 - (89) 3465-1369

HREP - HOSPITAL REGIONAL EUSTÁQUIO PORTELA

Ficha de Atendimento (Emergência)

Atendimento: P0231737

Data: 25/01/2019

Funcionário: DANRLEY

Registro: 77360

Hora: 10:00:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

Senha 22

SUS

ANTONIO DA CRUZ COSTA

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

End.: ANTONIO LUIZ, 0 -

Bairro: AMANDO LIMA

Cor: PARDA

Telefone: () -

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

CPF: - RG: 575178589 - SUS: 898003202028806

Civil:

CEP: 64300-000

Cidade: VALENCA DO PIAUI/PI

Atendimento de URGÊNCIA

Clinica: CLINICA GERAL

Demanda: DEMANDA ESPONTANEA

Procedimentos

0301060037 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO BÁSICA

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

História Clínica/Exame físico:

*Primo em grupo de lesões com
ulceras.*

Hora: ____:

☐ Internação

Exames Complementares:

Diagnóstico provável:

Crescente

Prescrição Médica:

Anotações da Classificação de Risco

Hora: 10:26:33

Prioridade:

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

Queixa/História: CEFALIA, 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 mrpm

SAT 02: 98

Dor:

FC: 71 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ECG: 0

Observação: NEGA DM E HAS

Conduta: ENC. AO CLINICO

Maryanna Tallyta Silva Barreto
Enfermeira

COREN-PI 487.640

487640 - MARYANNA TALLYTA SILVA BARRETO
Enfermeiro Responsável

Dados da Alta

☐ Alta ☐ Óbito ☐ Evasão ☐ Transferencia

Destino:

Hora:

Antonio da Cruz Costa

ANTONIO DA CRUZ COSTA
Paciente ou Responsável

DR. TALLYS LUZ CAMINHA
MÉDICO
CRM-PI 7068

7068 - TALLYS FRANCISCO DA LUZ CAMINHA
Médico Responsável

SABEMI - REC. EM 27 MAI 2019

PACIENTE: Arturo Pineda Lopez

LEITO:

DATA:

FOLHA DE EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO EM OBSERVAÇÃO

[illegible]

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 57.517.858-9 DATA DE EXPEDIÇÃO: 02/AGO/2013

NOME: ANTONIO DA CRUZ COSTA

FILIAÇÃO: LUIS DA COSTA MUNIZ

E MARIA DE JESUS DA CONCEIÇÃO COSTA

NATURALIDADE: VALENÇA DO PIAUI -PI DATA DE NASCIMENTO: 26/JUL/1987

DOC. ORIGEM: VALENÇA DO PIAUI-PI

VALENÇA DO PIAUI

CN: LV.A012/FLS.0239/N.012435

CPF

189 Delegado Divisionário

Roberto

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

033.444.743-75

Nome

ANTONIO DA CRUZ COSTA

Nascimento

26/07/1987

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 1342-5

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBELTON DAUT

PROIBIDO FOTÓGRAFAR

Cartão de Identificação

Antonio da Cruz Costa

05.011760

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Cartão de identificação pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

ENTRADA

Julho 2006

www.correios.gov.br

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.112.027 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/03/14

NOME GIVALDO DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO ESMERALDA MARIA DO NASCIMENTO SANTIAGO

NATURALIDADE VALENÇA DO PIAUI-PI DATA DE NASCIMENTO 01/11/1980

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 2623 L 7B F 150V

EXP. VALENÇA DO PIAUI-PI 13/07/12

TERESINA - PI 972.574.783-68 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUI

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

 

Givaldo do Nascimento
ASSINATURA DO TITULAR

01/03/19

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN PI
0120100084594

Nº 8633181998
28130802681

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 214352635 RNTC

LUIS DA COSTA MULLZ

PV JOAO PIRES
CENTRO

00000

PI

18653852808

PIR-6125

PICOS MOTOS PECAS SERVICOS LTDA

PLACA ANT/UF

9C2JC4120AR081497

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

GASOLINA

HONDA/CG 125 TAN ES

ANO FAB 2010

ANO MOD 2010

02F/0124CC

PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

OBSERVAÇÕES

PBT: 000.29

SEM RESTRICOES O SOMENTE PARA TRANSFERENCIA
GUARDE EM LOCAL SEGURO

VALENCA DO PIACA

14/06/2010

WELLINGTON

EXPEDIDOR

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**] **Valença 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 cranioencefálico 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 varias 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?

[☒] 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)?

[☒] Sim [☐] Não

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

Paciente traça-se adequadamente. Refere crises de cefaléia e tontura frequentes, com varias 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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Neurológico

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: ANTONIO DA CRUZ COSTA
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado civil: SOLTEIRO
 Identidade: 57.577.858-9-SSP/SP
 CPF: 033.444.743-75
 Profissão: NÃO INFORMADO
 Endereço: RUA JOSE MARRGROS FERRAZ 235 VALENÇA-PIAUÍ
 CEP: 64.300.000
 Telefone: (89) 994452593

OUTORGADO:

Nome: GIVALDO DO NASCIMENTO
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado civil: DIVORCIADO
 Identidade: 2.112.024 SSP/PI
 CPF/CNPJ: 972.574.783-68
 Profissão: NÃO INFORMADO
 Endereço: RUA ANTONIO MRS 1780 VALENÇA DO PIAUÍ
 CEP: 64.300.000
 Telefone: (89) 999316611

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. **COBERTURA**

INVALIDEZ e DANOS.

DATA DO ABIDEN 13/01/2019
 x Antonio da Cruz Costa

Assinatura do Outorgante

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)

VALENÇA DO PIAUÍ/30/01/2019
 Local e data



2º Cartório - Registro Civil, Notas, Registro de Imóveis, Protestos e Anexos - Valença do Piauí / PI
 Rua Euripedes Martins, 360 - Centro - Valença do Piauí/PI - CEP: 64.300-000 - Fone: (89) 3465-1174

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO DA CRUZ COSTA, DO
 FE. EM TEST. DA VERDADE, VALENÇA DO PIAUÍ, 05/02/2019.
 Emol.: 3,85 - TST: 0,77 - PMP: 0,10 - Selo: 0,26 - Total: 4,98 - Selo: ABN 31021
 (F160F22)

Ana Claudia Melo L. F. Chaves Barbosa - ESCRITURANTE



Ana Claudia Melo L. F. Chaves Barbosa
 Escriturante Autorizada

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0177499/19

Vítima: ANTONIO DA CRUZ COSTA

CPF: 033.444.743-75

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 13/01/2019

Titular do CPF: ANTONIO DA CRUZ COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

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

GIVALDO DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIANE CAMPOS RODRIGUES