



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI**

**Processo:** 08156802120198180140

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Requerida a indenização em sede administrativa, FOI APURADA LESÃO NO PUNHO DIREITO com repercussão média (50%), efetuando o pagamento no valor de R\$1.687,50:

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3180394302 Cidade: Teresina Natureza: Invalidez Permanente  
 Vítima: CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA Data do acidente: 28/05/2018 Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
|   |  | Total  | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

## ESPECIALISTA

Empresa: Lider- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, FOI ELABORADO LAUDO PERICIAL APURANDO LESÃO NA MÃO ESQUERDA com repercussão média (50%).

Importante esclarecer que, conforme demonstram os próprios documentos de atendimento médico apresentados pela parte autora, A LESÃO FOI OCASIONADA NO PUNHO DIREITO:



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otávio Tito 1820 - Beldêncio - Telef: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CRMJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

|             |   |                         |  |
|-------------|---|-------------------------|--|
| Paciente:   | <b>CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA</b>                                 |                         | (Prontuário: <b>477636</b> )                           |
| Endereço:   | F JVOADO SANTA TEREZA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010 |                         |  |
| Nascimento: | 01/09/1978  | Idade: 39a0m6d          | Sexo: Masculino Origem: INTENNAÇÃO Atendimento: 215253 |
| Requisição: | 842427  | Solicitação: 30/05/2018 | Solicitante: CAIO PEREIRA NETO                         |
| Controle:   | 1041631   | Convênio: SUS           | CLINICA ORTOPEDICA 011 ENFERMARA 232 EXTRA 001         |

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 30/05/2018

#### PUNHO DIREITO

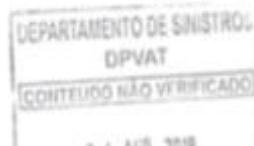
O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, na metáfise distal do rádio.
- Imobilização gessada.

(LUIZ CEZAR)

TERESINA - PI 13/06/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**  
 CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727  
 Profissional Responsável



## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

|   |                                |                                     |
|---|--------------------------------|-------------------------------------|
| Nome: CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA  |                                | Fronteira: 87854                    |
| Mae: MARIA DE FATIMA PEREIRA DA PAZ   |                                | Pai: ANTONIO PEREIRA DA SILVA       |
| End. Pessoal: Povoado ZOAO, RA ETIA TERESA - SERRA RURAL - TERESINA - PI - CEP: - |                                |                                     |
| Nascimento: 07/09/1978  | Idade: 39:00:210               | Sexo: Masculino Fone: 86-99191-2915 |
| Responsável: O MEU  | CNE: 707500279225396           |                                     |
| Profissão:  | Documento: CPF: 003.523.213-18 |                                     |
| S. Instrução: Não Informado   | E.Civil: Solteiro(a)           |                                     |
| End. Local: - - -   |                                |                                     |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|   |                              |                 |
|---|------------------------------|-----------------|
| Chave: 277777   | Entrada: 28/05/2018 07:53:56 | Convenio: S S S |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR |                              |                 |

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|   |                         |   |              |
|---|-------------------------|---|--------------|
| Sinal/Sintoma de Apresent.: INFLAMACAO POR TRAUMA                               | Área Incidência: MENSIS | Classificação: Fratura fechada sem desvio                                 | Cor: Amarelo |
| Breve História Clas. Risco:<br>TRAJNA NOSS MRSQ APÓS QUESA DE MOTOCICLETA HOJE. |                         | JULIO CESAR PEREIRA LEITE<br>CONCEP FZ 170497<br>Res: 28/05/2018 07:58:38 |              |

Ass. Profissional Clas. Risco:

|   |   |
|---|---|
| SEVV: (Hora: _____)   | PERO: 0.00 Kg Altura: 1.80 M IMC: 0.00 Kg/M2 Peso: 0 Imp: Pressão: 0 mmHg |
| DADOS CLÍNICOS:<br>TRAUMA<br>DOR ESCORIAÇÕES EM MSD MIE<br>CD RX ANTEBRAÇO D 2P -F FRATURA DO RÁDIO DISTAL D<br>RX PE E 2P FRATURA DE CALCANEU E ?<br>CD TALA GESSADA LUVA BOTA<br>ENC AO HUT |   |
| Diagnóstico Inicial:<br>Fratura da extremidade distal do rádio  |   |



## DADOS CLÍNICOS:

TRAUMA

DOR ESCORIAÇÕES EM MSD MIE

CD RX ANTEBRAÇO D 2P -F FRATURA DO RÁDIO DISTAL D  
RX PE E 2P FRATURA DE CALCANEU E ?

CD TALA GESSADA LUVA BOTA

ENC AO HUT

Diagnóstico Inicial:

Fratura da extremidade distal do rádio



**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**COMPROVANTE DE REGULACAO**

|   |                        |                                     |
|---|------------------------|-------------------------------------|
| AUTORIZAÇÃO: 238711803  | Nº REGULAÇÃO: 27778    | TIPO: TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR |
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074 |                        |                                     |
| ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT            |                        |                                     |
| LEITO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  |                        |                                     |
| PACIENTE: CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA  | NASCIMENTO: 07/09/1978 |                                     |

## DADOS CLÍNICOS

## HISTÓRIA CLÍNICA:

DRAMA DOR ESCORIAÇÕES EM MSD MIE CD RX ANTEBRAÇO D 2P -F FRATURA DO RÁDIO DISTAL D RX PE E 2P FRATURA DE CALCANEU E ?

## PROVAS DIAGNÓSTICAS:

RX

## EXAMES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

**Em simples consulta na internet, percebe-se que o radio distal refere-se ao punho:**

## Imagenes de radio distal



→ Mais imagens para radio distal

## **Denunciar imágenes**

Desta forma, a lesão apresentada pelo autor localiza-se NO PUNHO DIREITO E NÃO NA MÃO ESQUERDA, como disposto pelo ilustre perito.

Primordial se faz ressaltar que o exame pericial médico deve ser realizado com a observação de todas as informações da casuística, principalmente, analisando os documentos de atendimento médico da data do acidente.

**DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER A RAZÃO PELA QUAL APURA LESÃO NA MÃO ESQUERDA SE O ÚNICO SEGMENTO AFETADO NO ACIDENTE FOI O PUNHO DIREITO, BEM COMO, PARA GRADUAR O SEGMENTO CORRETO: PUNHO DIREITO.**

Em caso de condenação, requer a aplicação da tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

TERESINA, 8 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA  
OAB/PI 10201

**EDNAN SOARES COUTINHO**  
**1841 - OAB/PI**

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 00000094082-0

---

Nr. da Autenticação 74AC5C5FF5C664E8

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180394302      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA      **Data do acidente:** 28/05/2018      **Seguradora:** SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado     | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
|   |  | <b>Total</b>   | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Martha Maria Rausch de Queiroga".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180394302      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA      **Data do acidente:** 28/05/2018      **Seguradora:** SINAf PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                   | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado     | Indenização pelo dano |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>                                  |  |  | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |



NOME DO PACIENTE: Carlos Jose da Paz Pereira

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 477 836

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 ABR. 2018

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

**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME**  
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO  
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

|  |                                |                                     |
|--|--------------------------------|-------------------------------------|
| Nome: CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA   |                                | Prontuário: 87864                   |
| Mãe: MARIA DE FATIMA PEREIRA DA PAZ  | Pai: ANTONIO PEREIRA DA SILVA  |                                     |
| End.Resid.: Povo São João, na Sta TERESA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: - |                                |                                     |
| Nascimento: 07/09/1978   | Idade: 39a:8m:21d              | Sexo: Masculino Fone: 86-99491-2915 |
| Responsável: O MESMO   | CNS: 707500279225390           |                                     |
| Profissão:   | Documento: CPF: 605.923.253-18 |                                     |
| G. Instrução: Não informado  | E.Civil: Solteiro(a)           |                                     |
| End.Local.: - - -  |                                |                                     |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|                           |                              |               |
|---------------------------|------------------------------|---------------|
| Código: 277816            | Entrada: 28/05/2018 09:28:08 | Convênio: SUS |
| Motivo da Procura: OUTROS |                              |               |

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|   |                   |   |         |
|---|-------------------|---|---------|
| Final/Sintoma de Apresent:                | Área Incidência:  | Classificação:  | Cor:    |
| Intercorrências Clínicas                  | Pele e Subcutâneo | Dor moderada (4-7/10).  | Amarelo |
| Breve História Clas. Risco:               |                   | JULIO CESAR PEREIRA LEITE<br>COREN PI 170497<br>Em: 28/05/2018 09:36:00 |         |
| FERIMENTO NO MSE APOS QUEDA DE MOTO HOJE. |                   | Ass.Profissional Clas. Risco:   |         |

SSVV: (Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_)

Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m<sup>2</sup> Pulso: 0 bmp Pressão: 0 mmHg

## DADOS CLÍNICOS:

PCT JA PREVIAMENTE AVALIADO PELA ORTOPEDIA APRESENTANDO FERIMENTO NO MSE APOS QUEDA DE MOTO HA +/- 4 HS  
NEGA :TCE,ALERGIA A MEDICAÇÃO EF :GLASGOW 15,VIGIL,FASICO,AUSÉNCIA DE DEFÍCIT NEUROLOGICO,EUPNEICO

CID: S525

Diagnóstico Inicial:  
Fratura da extremidade distal do rádio

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

## EXAMES COMPLEMENTARES:

Jane Simaria Dias de Souza  
Medicamento: 10.500 Técnico em Enfermagem  
CONFIRMADO

## PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1- SALA DE SUTURA  
2-TILATIL 20 MG 1 AMP + 20 ML AD EV  
3-DIPIRONA 500 MG/ML 1 AMP + 10 ML AD EV  
4-PROFILAXIA ANTITETANICA

Nar. de Blipanina Reinaldo  
Técnico em Enfermagem  
COREN-PI 1067531

0408020407

## MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO

DATA: 28/05/18 HORA: : :

Hely da Paz PEREIRA  
Assinatura Paciente ou Responsável

Romero Moura Alves  
Médico  
CRM-PI 3541

ROMERO MOURA ALVES  
CRM3541 Em: 28/05/2018 09:49:05

## BOLETIM DE ENTRADA (RE)

## DADOS DO PACIENTE:

Imp: 28/05/2018 09:49:05  
(User: ROMERO MOURA)  
(Estação: CONSULTOS-PC)

|  |                                |                                     |
|--|--------------------------------|-------------------------------------|
| Nome: CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA   |                                | Frontuário: 87864                   |
| Mãe: MARIA DE FATIMA PEREIRA DA PAZ  | Pai: ANTONIO PEREIRA DA SILVA  |                                     |
| End.Resid.: Povo São João, na STA TERESA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: - |                                |                                     |
| Nascimento: 07/09/1978   | Idade: 39a:8m:21d              | Sexo: Masculino Fone: 86-99491-2915 |
| Responsável: O MESMO   | CNS: 707500279225390           |                                     |
| Profissão:   | Documento: CPF: 605.923.253-18 |                                     |
| G. Instrução: Não informado  | E.Civil: Solteiro(a)           |                                     |
| End.Local.: - - -  |                                |                                     |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|                           |                              |               |
|---------------------------|------------------------------|---------------|
| Código: 277816            | Entrada: 28/05/2018 09:28:08 | Convênio: SUS |
| Motivo da Procura: OUTROS |                              |               |

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|  |                                    |   |              |
|--|------------------------------------|---|--------------|
| Sinal/Sintoma de Apresent: Intercorrências Clínicas                      | Área Incidência: Pele e Subcutâneo | Classificação: Dor moderada (4-7/10).                                   | Cor: Amarelo |
| Breve História Clas. Risco:<br>FERIMENTO NO MSE APOS QUEDA DE MOTO HOJE. |                                    | JULIO CESAR PEREIRA LETTE<br>COREN PI 170497<br>Em: 28/05/2018 09:36:00 |              |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| SSVV: (Hora: ____ : ____)                                | Ass. Profissional Clas. Risco: |
| Peso: 0,00 Kg Altura: 0,00 M IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup> | Pulso: 0 bmp Pressão: 0 mmHg   |

## DADOS CLÍNICOS:

PCT JA PREVIAMENTE AVALIADO PELA ORTOPEDIA APRESENTANDO FERIMENTO NO MSE APOS QUEDA DE MOTO HA +/- 4 HS  
NEGA :TCE, ALERGIA A MEDICAÇÃO EF :GLASGOW 15, VIGIL, FASICO, AUSENCIA DE DEFICIT NEUROLOGICO, EUPNEICO

## DEPARTAMENTO DE SINISTRO

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 MAI 2018

CID: S525

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

## EXAMES COMPLEMENTARES:

|  |                   |
|--|-------------------|
| Diagnóstico Inicial:<br>Fratura da extremidade distal do rádio | DATA: 24 MAI 2018 |
|--|-------------------|

## PRESCRIÇÃO MEDICA:

- 1- SALA DE SUTURA  
 2-TILATIL 20 MG 1 AMP + 20 ML AD EV  
 3-DIPIRONA 500 MG/ML 1 AMP + 10 ML AD EV  
 4-PROFILAXIA ANTITETANICA

Nar. de Ibiapina Reinaldo  
 Técnico em Enfermagem  
 COREN-PI 1067531

Jane Simões Lima Dias de Souza  
 Matrícula: 012462  
 SAÍDA MUITO  
 CONFERIR COM O ORIGINAL

## MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ENCAMINHADO PARA MEDICAÇÃO

DATA: 28/05/18

HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

*Hely da Paz Pereira*  
 Romero Moura Alves  
 Médico  
 CRM-PI 3541

ROMERO MOURA ALVES  
 CRM3541 Em: 28/05/2018 09:49:05



**BOLETIM DE ENTRADA - BE**

Imp: 28/05/2018 13:21:44

(User: REGISLAW)

(Estação: RECEPCAO PA)

|   |                                      |   |
|---|--------------------------------------|---|
| <u>Nome:</u> CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA   |                                      | <u>Prontuário:</u> 477836                 |
| <u>Mãe:</u> MARIA DE FATIMA PEREIRA DA PAZ  | <u>Pai:</u> ANTONIO PEREIRA DA SILVA |   |
| <u>End.Resid.:</u> POVOADO SANTA TEREZA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                                      |   |
| <u>Nascimento:</u> 07/09/1978   | <u>Idade:</u> 39a:8m:21d             | <u>Sexo:</u> Masculino                    |
| <u>Responsável:</u> HECLY DA PAZ  |                                      | <u>Fone:</u> 86-99491-2915                |
| <u>Profissão:</u> LAVRADOR  |                                      | <u>CNS:</u>                               |
| <u>G. Instrução:</u> Fundamental Incompleto   |                                      | <u>CPF:</u> 605.923.253-18 * <u>RG:</u> - |
| <u>End.Local.:</u> - - -  |                                      | <u>E.Civil:</u> Solteiro(a)               |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|                           |  |                                     |
|---------------------------|--|-------------------------------------|
| <u>Código:</u> 667069     | <u>Data:</u> 28/05/2018 12:49:21                   | <u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU |
| <u>Motivo da Procura:</u> | ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) | <u>Convênio:</u> S 0 S              |
| <u>Acid.Trab.:</u> Sim    | <u>Trajeto?:</u> Sim                               | <u>Tipico:</u> Não                  |
|                           |  | <u>CID Secundário:</u> V299         |

## ADOS CLÍNICOS:

|  |  |
|--|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT   |  |
| <u>CONTÉUDO NÃO VERIFICADO</u>   |  |
| 24 AGO. 2018   |  |
| GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 455 Loja 6<br>Centro - Norto CEP: 61.002-470 |  |

PA \_\_\_\_\_ mmHg | Pulso: \_\_\_\_\_ | FC: \_\_\_\_\_ bpm | Temp.: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Inicial: \_\_\_\_\_

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES

|  |                                     |   |   |
|--|-------------------------------------|---|---|
| <u>ANEXOS E EXAMES COMPLEMENTARES:</u>   |                                     |   |   |
| <i>Jorge Soárez Lima Dias de<br/>morte: 04/06/2004<br/>CONFERENCIA: 04/06/2004</i> |                                     |   |   |
| <b>ALTA:</b>   | <input type="checkbox"/> Melhorado  | <input type="checkbox"/> Administrativa   | <input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____ |
|  | <input type="checkbox"/> Curado     | <input type="checkbox"/> Por Indisciplina | <input type="checkbox"/> Transferência: _____           |
|  | <input type="checkbox"/> Inalterado | <input type="checkbox"/> Por Evasão       |   |
|  | <input type="checkbox"/> A Pedido   |   |   |
|  |                                     | <b>DATA SAÍDA:</b> / / .                  | <b>HORA:</b> : .  |
| <b>ÓBITO:</b>  | <b>DESTINO:</b>                     |   | <input type="checkbox"/> Internação na Unidade          |
|  | <b>Proced. Solicitado:</b>          |   |   |
|  |                                     |   |   |
|  |                                     |   | <b>CID Compatível:</b> _____                            |
|  |                                     |   | <b>Prof. Solicitante</b><br><b>Internação:</b> _____    |

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

|  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <u>Nome:</u> CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA  |                                      | <u>Prontuário:</u> 87864                          |
| <u>Mãe:</u> MARIA DE FATIMA PEREIRA DA PAZ   | <u>Pai:</u> ANTONIO PEREIRA DA SILVA |   |
| <u>End. Resid.:</u> Povo São João, na STA TERESA - ZONA RURAL - TERESINA - PI - CEP: - |                                      |   |
| <u>Nascimento:</u> 07/09/1978  | <u>Idade:</u> 39a:8m:21d             | <u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-99491-2915 |
| <u>Responsável:</u> O MESMO  |                                      | <u>CNS:</u> 707500279225390                       |
| <u>Profissão:</u>  |                                      | <u>Documento:</u> CPF: 605.923.253-18             |
| <u>G. Instrução:</u> Não informado   |                                      | <u>E.Civil:</u> Solteiro(a)                       |
| <u>End. Local.:</u> - - -  |                                      |   |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|  |                                     |                        |
|--|-------------------------------------|------------------------|
| <u>Código:</u> 277777  | <u>Entrada:</u> 28/05/2018 07:53:56 | <u>Convênio:</u> S U S |
| <u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR |                                     |                        |

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|   |                         |   |             |
|---|-------------------------|---|-------------|
| <u>Sinal/Sintoma de Apresent:</u>   | <u>Área Incidência:</u> | <u>Classificação:</u>   | <u>Cor:</u> |
| Intercorrência por Trauma   | MMSSII                  | Fratura fechada sem desvio  | Amarelo     |
| <u>Breve História Clas. Risco:</u><br>TRAUMA NOS MMSS APOS QUEDA DE MOTOCICLETA HOJE. |                         | JULIO CESAR PEREIRA LEITE<br>COREN PI 170497<br>Em: 28/05/2018 07:58:38 |             |

|                                  |                |                             |          |     |            |                                       |  |  |
|----------------------------------|----------------|-----------------------------|----------|-----|------------|---------------------------------------|--|--|
| <u>SSVV:</u> (Hora: ____ : ____) |                |                             |          |     |            | <u>Ass. Profissional Clas. Risco:</u> |  |  |
| Peso: 0,00 Kg                    | Altura: 0,00 M | IMC: 0,00 Kg/m <sup>2</sup> | Pulso: 0 | bmp | Pressão: 0 | mmHg                                  |  |  |

## DADOS CLÍNICOS:

TRAUMA  
DOR ESCORIAÇÕES EM MSD MIE  
CD RX ANTEBRAÇO D 2P -f FRATURA DO RÁDIO DISTAL D  
RX PE E 2P FRAT DE CALCANEUS E ?  
CD TALA GESSADA LUVA BOTA  
ENC AO HUT

Diagnóstico Inicial:  
Fratura da extremidade distal do rádio

## EXAMES COMPLEMENTARES:

## PRESCRIÇÃO MÉDICA:

D LIVRE  
ACESSO VENOSO  
DIPIRONA 2,0 CC AD EV 6/6 HS SOS  
TILATIL 20 MG AD EV 12/12  
CURATIVO

## MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE

DATA: / / . HORA: : .

CID:  
S525

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 ABR. 2018

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

Assinatura Paciente ou Responsável

EM 28/05/2018 11:12:42  
CID: S525  
PROFISSIONAL / TITULAR /  
PROFESSAO / "A MAT. 2018  
CRM / 2213 Em: 28/05/2018 11:12:40  
EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 97503

AIH: 2218100309843

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

## ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA

CNES

7833169

## ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| CARTÃO SUS        | NOME DO PACIENTE           |                                | NASCIMENTO                 | SEXO | PRONTUÁRIO |
|-------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|------|------------|
| 707500279225390   | CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA |                                | 07/09/1978                 | M    | 477836     |
| DOCUMENTO CPF     | TELEFONE                   | NOME DA MÃE                    | RESPONSÁVEL                |      |            |
| 60592325318       | 86994912915                | MARIA DE FATIMA PEREIRA DA PAZ | CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA |      |            |
| CEP               | ENDERECO - LOGRADOURO      |                                | NUMERO / LOTE              |      |            |
|                   |                            |                                | SN                         |      |            |
| BAIRRO            | COMPLEMENTO                |                                | MUNICIPIO                  | UF   |            |
| BAIRRO ZONA RURAL | SANTA TERESA               |                                | TERESINA                   | PI   |            |

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA EM ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MMSS

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TRATAMENTO CIRÚRGICO

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

## CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL

S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

## CID 10 SECUNDARIO

## CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

## COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

## LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO

CPF: 77632702334

CRM:

## CARATER

URGÊNCIA

## DATA SOLICITAÇÃO

28/05/2018

DATA ADMISSAO

DATA ALTA

## MOTIVO ALTA

MELHORADO

## CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA N° DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOR NATUREZA DA LESÃO

## JUSTIFICATIVA DA "NAO" AUTORIZAÇÃO

## AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA

AJAIA CRUZ MENDES  
CPF: 13178547304

CRM:

DATA ANALISE: 28/05/2018 14:00:51

CRM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT CRM

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 AGO. 2018

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

## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

 Fls. Nº \_\_\_\_\_  
 Proc. Nº \_\_\_\_\_  
 Rubrica \_\_\_\_\_

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

 DATA 29/05/18

|                   |  |                |                           |
|-------------------|--|----------------|---------------------------|
| NOME DO PACIENTE: | <u>Caio José do Nascimento</u>                                     | PRONTUÁRIO Nº: |                           |
| DIAGNÓSTICO:      | <u>Fractura Rodar APOL</u>   | CIRURGIA:      | <u>Osteomísp</u>          |
| ANESTESIA:        | <u>BPB</u>   | Nº DA SALA:    | <u>02</u>                 |
| CIRURGIÃO:        | Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto<br>Médico Ortopedista<br>CRM-PI 3054 | CPF Nº:        | DEPARTAMENTO DE SINISTROS |
| AUXILIAR:         |  | CPF Nº:        | DPVAT                     |
| ANESTESIA:        |  | CPF Nº:        | CONTEÚDO NÃO VERIFICADO   |
| INSTRUMENTADORA:  | <u>Evangelina</u>  | CPFNº:         | 24 ABR. 2018              |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID.        | QUANT.        | PREÇO        | DISCRIMINAÇÃO          | UNID.             | QUANT.     | PREÇO |
|-------------------------|--------------|---------------|--------------|------------------------|-------------------|------------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID.        | <u>03</u>     |              | LÂMINA DE BISTURI      | UNID.             | <u>02</u>  |       |
| AGULHA 30X8             | UNID.        | <u>03</u>     |              | LUVA Nº <u>7 e 7,5</u> | PAR               | <u>04</u>  |       |
| AGULHA 40X12            | UNID.        | <u>04</u>     |              | LUVA Nº <u>8</u>       | PAR               | <u>03</u>  |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID.        | <u>1</u>      |              | LUVA DE PROCEDIMENTO   | PAR               | <u>08</u>  |       |
| ALCOOL 70%              | ML           | <u>100</u>    |              | PVPI DE GERMANTE       | ML                | <u>900</u> |       |
| ALGODÃO                 | BOLA         | <u>04</u>     |              | PVPI TÓPICO            | ML                | <u>150</u> |       |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML           | <u>100</u>    |              | PVPI TINTURA           | ML                |            |       |
| COMPRESSA               | PAC.         | <u>04</u>     |              | SERINGA 20CC           | UNID.             | <u>03</u>  |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID.        | <u>04</u>     |              | SERINGA 10CC           | UNID.             | <u>03</u>  |       |
| ESPARADRAPO             | CM           | <u>100</u>    |              | SERINGA 5CC            | UNID.             | <u>02</u>  |       |
| ESCALPE Nº              | UNID.        |               |              | SERINGA 3CC            | UNID.             |            |       |
| FORMOL                  | ML           |               |              | SORO FISIOLÓGICO       | FRASCO            | <u>04</u>  |       |
| GASES                   | PAC.         | <u>15</u>     |              | SONDA URETRAL          | UNID.             | <u>02</u>  |       |
| JELCO Nº                | UNID.        | <u>02</u>     |              | <u>Caipora</u>         |                   | <u>04</u>  |       |
| <b>FIOS</b>             | <b>UNID.</b> | <b>QUANT.</b> | <b>PREÇO</b> | <b>OCORRÊNCIA</b>      |                   |            |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |              |               |              |                        |                   |            |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |              |               |              |                        |                   |            |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |              |               |              |                        |                   |            |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |              |               |              |                        |                   |            |       |
| ALCOFIL                 |              |               |              |                        |                   |            |       |
| MONONYLON               | <u>3 - 0</u> | <u>04</u>     |              |                        |                   |            |       |
| FITA UMBILICAL          |              |               |              | ENFERMARIA:            |                   |            |       |
| VICRYL                  |              |               |              | CIRCULANTE:            | <u>T2-AZ-Vida</u> |            |       |
| PROLENE                 |              |               |              |                        |                   |            |       |





## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

|   |  |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
|---|--|---------------|-----|---------------------------|--|-------|--|-------------------------|--|--------------|--|--|--|
| Nome do Paciente  | Caixa forte de ferro feriu   |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| Diagnóstico pré-operatório  | fratura fíbula e tibia   |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| Operação - Tipo   | Desconstruindo os ossos  |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| Cirurgião   | Dr. Caio Vaz de Oliveira Neto<br>Médico Ortopedista<br>CRM-PI 3054 | 1º Assistente |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| 2º Assistente   |  | 3º Assistente |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| Instrumentador(a)   | Anestesista  | Anestesia     |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| Anestésico(a)   |  |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| Data da Operação  | 29/05/18   | Início        | Fim |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| Diagnóstico Pós-operatório  |  |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| Ourna   |  |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| Relatório Imediato do Patologista   |  |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| <br>   |  |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| Acidente Durante a Operação   |  |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| <br>   |  |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| <p><b>Descrição da Operação</b><br/>(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)</p> <p>- Fauzinho com ferida - Angulo e Ombro<br/>Acero ilolar fodes DFD - Fractura<br/>Pedras e ferros da planta em T (el Pamp)<br/>- <del>ferro</del> - Raiz ferro<br/>- fratura - dor no - falso geno de</p>  |  |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <td>DEPARTAMENTO DE SINISTROS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DPVAT</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CONTEUDO NÃO VERIFICADO</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">24 AGO. 2018</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> GENTE SEGURADORA S.A.<br/>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br/>Centro - Nogue CEP: 64.000-247 </td> </tr> </table> |  |               |     | DEPARTAMENTO DE SINISTROS |  | DPVAT |  | CONTEUDO NÃO VERIFICADO |  | 24 AGO. 2018 |  | GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br>Centro - Nogue CEP: 64.000-247 |  |
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS   |  |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| DPVAT   |  |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| CONTEUDO NÃO VERIFICADO   |  |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| 24 AGO. 2018  |  |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
| GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br>Centro - Nogue CEP: 64.000-247  |  |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |
|    |  |               |     |                           |  |       |  |                         |  |              |  |  |  |



JDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
SÊNCIA DE TERESINA - HUT

ALDE

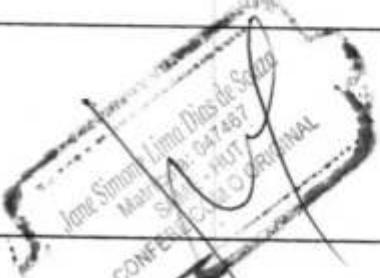
## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

PRESCRIÇÃO I., EDICA

SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
 FICHA DE ENCAMINHAMENTO

|  |  |           |
|--|--|-----------|
| De: UPA  | Para:  | HVI       |
| Ponto José de F. Ferreira  |  | Registro: |
| MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO   |  |           |
| Motivo:<br>Vee ato +<br>Dr Radho u Con.<br>Dr. Dr Radho Hospital u |  |           |
| TERESINA-PI<br>28/05/18  | DR. CLAUDIO SANTIAGO<br>DENTISTA / TERAPEUTICO<br>CRM: 1313 T-1304<br>Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo |           |

## FICHA DE RETORNO

|                    |  |
|--------------------|--|
| De:                | Para:  |
| DIAGNÓSTICO        |  |
| TERESINA-PI: _____ | <br>Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo |

|                                   |
|-----------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS         |
| DPVAT                             |
| CONTEUDO NÃO VERIFICADO           |
| 24 AGO. 2018                      |
| GENTE SEGURADORA S.A.             |
| Rua Coelho de Resende, 465 Loja C |
| Centro - Norte CEP: 64.002-470    |

**CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**  
**COMPROVANTE DE REGULACAO**

|   |                            |  |
|---|----------------------------|--|
| <b>AUTORIZAÇÃO:</b> 238711803   | <b>Nº REGULAÇÃO:</b> 27778 | <b>TIPO:</b> TRANSFERÊNCIA INTERHOSPITALAR |
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENCA - (86) 3234-7074 |                            |  |
| ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT            |                            |  |
| LEITO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  |                            |  |
| PACIENTE: CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA  | NASCIMENTO: 07/09/1978     |  |

**DADOS CLÍNICOS**

**HISTÓRIA CLÍNICA:**

DRAMA DOR ESCORIAÇÕES EM MSD MIECD RX ANTEBRAÇO D 2P=F FRATURA DO RADIO DISTAL D RX PE E 2P FRATURA DE CALCANEU E?

**PROVAS DIAGNÓSTICAS:**

RX

**EXAMES SOLICITADOS:**

**DIAGNÓSTICO(CID):** FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

**COMORBIDADE:**

PRESSÃO ARTERIAL:

GLICEMIA:

USO DROGAS VASOATIVAS:

FREQ. CARDÍACA:

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

SATURAÇÃO:

FREQ. RESPIRATÓRIA:

USO DE O2:

**USO ANTIBIÓTICOS:**

**USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:**

**DATA:** 28/05/2018 11:21:43

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

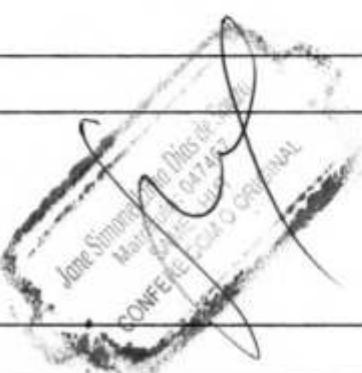
24 AGO. 2018

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

**SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
**FICHA DE ENCAMINHAMENTO**

|   |  |
|---|--|
| De: UPA   | Para:  |
| <i>Conselho Federal de Teresina</i>   |  |
| Registro:   |  |
| MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO  |  |
| <p><i>Q meus</i><br/> <i>Vee che + no</i> <u><i>Diritti</i></u><br/> <i>M. Pachos u. Con</i><br/> <i>M. Dr. Pachos u.</i></p> |  |
| <p><i>DR. CLAUDIO DESPINA JUNIOR</i><br/> <i>ORTOPEDIA / TERAPEUTICA</i><br/> <i>CRF: 313 TEC-0054</i></p>                    |  |
| TERESINA-PI<br><i>28/05/18</i>  | Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo |

**FICHA DE RETORNO**

|  |  |
|--|--|
| De:  | Para:  |
| DIAGNÓSTICO  |  |
|  |  |
| TERESINA-PI: <i>___/___/___</i>  | Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo |



**HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA** (Prontuário: **477836**)

Endereço: **POVOADO SANTA TEREZA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010**

Nascimento: **07/09/1978** Idade: **39a9m6d** Sexo: **Masculino** Origem: **INTERNAÇÃO** Atendimento: **215253**

Requisição: **842427** Solicitação: **30/05/2018** Solicitante: **CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO**

Controle: **1041631** Convênio: **S U S** CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 EXTRA 001

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 30/05/2018

**PUNHO DIREITO**

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós operatório.
- Fratura alinhada, com fixação metálica, na metáfise distal do rádio.
- Imobilização gessada.

(LUIS CEZAR)

TERESINA - PI 13/06/2018

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



|                                   |
|-----------------------------------|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS         |
| DPVAT                             |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO           |
| 24 AGO. 2018                      |
| GENTE SEGURADORA S.A.             |
| Rua Coelho de Resende, 465 Loja C |
| Centro - Norte CEP: 64.002470     |

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

**LAUDO MÉDICO**

|             |  |                              |  |
|-------------|--|------------------------------|--|
| Paciente:   | <b>CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA</b>                                | (Prontuário: <b>477836</b> ) |  |
| Endereço:   | POVOADO SANTA TEREZA - ZONA RURAL - TERESINA - PI CEP: 64000-010 |                              |  |
| Nascimento: | 07/09/1978   | Idade: 39a10m8d              | Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 215253 |
| Requisição: | 342220   | Solicitação: 29/05/2018      | Solicitante: CAIO VAZ DE OLIVEIRA NETO                 |
| Controle:   | 1041380  | Convênio: SUS                | CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 232 EXTRA 001      |

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 29/05/2018

**PUNHO DIREITO**

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
 Os seguintes aspectos observados:

- Fratura no rádio distal com fixação metálica.
- Partes moles sem particularidades.

Conclusão: Fratura no rádio distal com fixação metálica.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 15/07/2018

**GERSON LUIS MEDINA PRADO**

CPF: 395.685.043-20 CRM-PI 2687  
 Profissional Responsável





|                              |   |   |  |   |   |                                    |  |  |  |
|------------------------------|---|---|--|---|---|------------------------------------|--|--|--|
| Dados do Chamado             | 01 Nº do chamado<br><b>4938</b>   | 02 Data do chamado<br><b>28/05/18</b>   | 03 PRO (código)<br><b>0902</b>   | 04 Saída do PA<br><b>11:43</b>  | 05 Chegada ao local<br><b>12:06</b>   |                                    |  |  |  |
| Local da Ocorrência          | 06 Saída do local<br><b>12:30</b>   | 07 Chegada ao 1º hospital<br><b>12:44</b>   | 08 Saída do 1º hospital  | 09 Chegada ao 2º hospital   |   |                                    |  |  |  |
| Dados do Paciente            | 10 Endereço<br><b>UPA RENASCENCA.</b>   | 11 Bairro<br><b>Renascenca</b>  | 12 Município-UF<br><b>Ther-Pi.</b>   | Código IBGE   |   |                                    |  |  |  |
| Tipo de Ocorrência           | 13 Ponto de referência  |   |  |   |   |                                    |  |  |  |
| Acidente de Transporte       | 14 Nome<br><b>Eusébio José da Silva Paz Pereira</b>   | 15 Sexo<br><input checked="" type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Feminino<br><input type="checkbox"/> Ignorado            |  |   |   |                                    |  |  |  |
|                              | 16 Idade<br><b>38 Anos</b><br>1-Dia<br>2-Mês<br>3-Ano<br>9-Ignorado   | Se idade ignorada, preencha com 999   | 17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica?<br>1-Sim<br><input checked="" type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Ignorado                                  |   |   |                                    |  |  |  |
|                              | 18 Tipo de ocorrência<br>01 - Acidente de transporte<br>02 - Agressão física-espancamento<br>03 - Agressão física-FAF<br>04 - Agressão física-FAB<br>05 - Urgência psiquiátrica   | 06 - Tentativa de suicídio<br>07 - Envenenamento<br>08 - Afogamento<br>09 - Queimadura<br>10 - Choque elétrico                                | 11 - Queda<br>12 - Urgência clínica<br>13 - Urgência obstétrica<br>14 - Transferência<br>15 - Exames complementares  | 16 - Outros<br>17 - Já removido<br>18 - Falso chamado   | 14  |                                    |  |  |  |
|                              | 19 Vítima<br>1 - Pedestre<br>2 - Condutor<br>3 - Passageiro<br>9 - Ignorado   | 20 Meio de locomoção<br>1 - A pé<br>2 - Automóvel<br>3 - Motocicleta<br>4 - Bicicleta<br>5 - Ônibus/Micro-ônibus<br>6 - Outro<br>9 - Ignorado | 21 Outra parte envolvida<br>1 - Automóvel<br>2 - Motocicleta<br>3 - Ônibus/Micro-ônibus<br>4 - Bicicleta<br>5 - Objeto fixo<br>6 - Animal<br>7 - Outra<br>9 - Ignorado | 22 Equipamentos de segurança<br>Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/><br>Cinto de segurança <input type="checkbox"/><br>Assento para criança <input type="checkbox"/> |   |                                    |  |  |  |
| Exame Físico                 | 23 Glasgow = <b>15</b>  | RESPOSTA VERBAL<br>5- Orientada<br>4- Confusa<br>3- Palavras inapropriadas<br>2- Palavras incompreensíveis<br>1- Nenhuma                      | RESPOSTA MOTORA<br>6- Obedece a comandos<br>5- Localiza dor<br>4- Movimento de retirada<br>3- Flexão anormal<br>2- Extensão anormal<br>1- Nenhum                       | 24 Sinais Vitais<br>Pulso _____<br>Resp. _____<br>PA _____<br>TAX. _____<br>SatO2 _____   | 25 Local da lesão<br>   |                                    |  |  |  |
| Hospital de Destino          | 26 Pupilas<br>1 - Iguais<br>2 - Desiguais   | 27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/><br>1 - Cheio<br>2 - Fino<br>3 - Ausente                             | 28 Sangramento<br>1 - Sim<br>2 - Não   | 29 Dor <input type="checkbox"/><br>ESCALA DE DOR DE 0 A 10<br>0 Sem Dor      3 Leve      6 Moderada      9 Intensa      10  | 30 Fratura<br>1 - Sim <input checked="" type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada<br>2 - Não<br>3 - Suspeita | DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT |  |  |  |
| Observações Interdisciplinar | <p><b>Transferecia paciente 4107</b></p> <p><b>Dr. Jesus Torres de Araújo</b><br/>Ortopedista / Traumatologista<br/>(Médico do trabalho) TECI - 4681</p> <p><b>Socorristas</b><br/>Médico <b>Anderson</b><br/>AE/TE <b>Anderson</b></p> <p><b>Enfermeiro</b><br/>Condutor <b>Anderson</b></p> |   |  |   |   |                                    | CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br>24-ABR-2018   |  |  |
|                              | <p><b>Responsável pela recepção</b><br/>Responsável <b>Anderson</b></p>   |   |  |   |   |                                    | GENE SEGUROADORA S.A.<br>Rua Cnelho de Resende, 105<br>Centro - Norte CEP: 64.002470 |  |  |

À Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

C/C SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

C/C Ministério Público Federal

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 DEZ. 2018

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

**ASSUNTO: IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR NOVOS DOCUMENTOS MÉDICOS – EXIGÊNCIA ABUSIVA – DESCUMPRIMENTO DE TAC ENTRE MPF E SEGURADORA LÍDER**

Sinistro 3180/394302 Vítima: Carlos José da Paz Pereira - CPI: 605.923.253-18

Procurador(a): keylly moura de oliveira

Na qualidade de beneficiário/vítima por meio de minha procuração abaixo assinada venho pela presente declaração informar que estou impossibilitado de cumprir a exigência "Documentação Médico-Hospitalar - Status: Não Conforme" de meu pedido de indenização, pelas razões a seguir:

- 1º Toda a documentação médica existente, necessária e suficiente exigida na Lei 6.194/74 já foi enviada e se encontra no processo;
- 2º O serviço de saúde a qual passei por atendimento – tratamento médico NÃO FORNECE RELATÓRIOS MÉDICOS QUE APONTEM SEQUELAS PERMANENTES PARA FINS SECURITÁRIOS, bem como não fornecem exames de imagem com Laudo;
- 3º Os PROFISSIONAIS MÉDICOS SE RECUSAM A FORNECER E PREENCHER RELATÓRIOS MÉDICOS DE CARÁTER SECURITÁRIO, pois são proibidos pela Resolução da CFM nº 2003/2012, que determina que essa função é restrita ao MÉDICO OFICIAL, bem como MÉDICO ASSISTENTE é PROIBIDO DE SER PERITO OU AVALIADOR DO SEU PRÓPRIO PACIENTE, nos termos do Art. 93 do Código de Ética Médica.
- 4º Os profissionais médicos sentem-se dispensados a prestar a documentação hospitalar se houver pagamento em caráter particular com prévio agendamento com os consultores, sendo que ISSO OCORRENDO POR EXIGÊNCIA DA SEGURADORA LÍDER, SUA CONSÓRCIADA É UM CERCEAMENTO DO MEU DIREITO A TER MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO E INDENIZADO, já que tais consultas particulares possuem custos elevados, dos quais só sou responsável de arcar;
- 5º Esta EXIGÊNCIA TAMBÉM VIOLA O QUE FOI DETERMINADO PELO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E A SEGURADORA LÍDER DPVAT, ATRAVÉS DA TAC nº 01/3012 e consequente divulgação da Circular PRISEI 031/2012 de 06/09/2012, FUNDADO DESDE ENTÃO "PROIBIDA A SOLICITAÇÃO OU EXIGÊNCIA COMO CONDIÇÃO PARA DEVER ENTRAR EM PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES DO SEGURO DPVAT DE LAUDOS MÉDICOS ESPECIALMENTE AQUELES EM QUE É SOLICITADO OU EXIGIDO O ENCHIMENTO/ELABORAÇÃO DO PROFISSIONAL MÉDICO QUE ATENDEU A VITIMA ACIDENTADA"
- 6º A INSISTÊNCIA DESTA EXIGÊNCIA DOCUMENTAL, ainda conforme Circular PRISEI 031/2012, E "O DESCUMPRIMENTO DAS MEDIDAS PRETAS NO TAC E ESTABELECIDAS NA PRESENTE CIRCULAR, PODERÃO ENSEJAR MULTAS DE UM SALÁRIO MÍNIMO, DE CADA ENVOLVIDO E SERÃO DE RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA, QUE NÃO OBSERVE AS DETERMINAÇÕES ORA

TRANSMITIDAS, PODENDO HAVER AINDA, FISCALIZAÇÃO E COMMUNICAÇÃO DE MULTAS PELA SUSEP";

7º a DOCUMENTAÇÃO POLICIAL E SEU LIGA-ENLIGAMENTO, ESTARÁ BEM INSUFICIENTE PARA A COMPROVAÇÃO DO NEXO DE CAUSA E A LESÃO, EXIGI-SE MELHORAMENTE A PRESENÇA DA LEI 6.174/94. JÁ O RESPECTIVO GRAU DE INVALIDEZ, SE NECESSARIO, PODERÁ SER APURADO MEDIANTE O AGENDAMENTO DE UMA PERÍCIA MÉDICA PRESENTE, TENDO-SE POR CERTA SEGURADORA LÍDER, a qual reitero a concordância em realiza-la conforme o art. 3º da Lei 6.174/94, formulando eu à dita Declaração de Inexistência do Laudo de IME, sem que seja prejuízo ao meu direito à indenização e conclusão do processo que é de até 30 dias, contados da resolução da SUSEP.

8º - Meu acidente ocorreu em XXXX/XXXX, Sendo que fui ATENDIDO NA CLÍNICA XXXX EM TRATAMENTO MÉDICO e toda a documentação nessa sentido para minhas sequelas deve ser emitida mediante sequela MEDIANTE A REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENTE, CONFORME ARTIGO 3º DA LEI 6.174/94. PORTANTO, HÁ

9º - CONFORME REFERIUDAS DA MINHA SITUAÇÃO, A INDENIZAÇÃO PODE SER FEITA EM ATÉ 30 DIAS PARA RESOLVER MEU PROCESSO, PARTIR DO PRÉSTO DE XXXX, NOVEMBRO DE MILHORÉS. PORTANTO, HÁ ENCONTRA COM SISTEMA GERAL E ADASTRADO DE SISTEMA XXXX. PORTANTO, HÁ MAIS DE XXX DIAS.

POR TANTO, TAL EXIGÊNCIA É ABSURDA, INADEQUADA E DESRESPEITOSA, QUE ESTÃO ME PEDINDO DOCUMENTO MÉDICO QUE É PRATICAMENTE INACCESSÍVEL DE OBTER. UMA VEZ QUE O SERVIÇO DE SAÚDE NEM MEU MÉDICO FORNECE POR DENTRO, NEM ACÓRDAM ALEIA LEGISLAÇÃO MÉDICA EM FORNECER, E TAMBÉM PELA ESTA EXIGÊNCIA, LEVANDO MEU DIREITO LÍQUIDO E CERTO A INDENIZAÇÃO, POIS VENHO SEQUELAIS PARDO 6 MESES, DECORRENTE DA MINHA LESÃO DO ACIDENTE.

Sendo assim, REQUEIRO que esta Seguradora RECONSIDERE E CANCELE A EXIGÊNCIA E A RETIRE DO SISTEMA PARA CONTINUIDADE NA ANÁLISE DO MEU SEGURO, MEDIANTE O AGENDAMENTO DE UMA PERÍCIA MÉDICA PRESENTE, SEM PRECISAR DE RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL E REGIONAL DE MEDICINA, SOBRE ALEIA INTRAGEM DE SISTEMA DO MÉDICO que contrariar tais preceitos.

EM HAVENDO MANIFESTAÇÃO DESTA VENDIMENTA, PELO DEPARTAMENTO DE SINISTROS DA SUSEP, AO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, DA PROSECUTORIA FISCAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

Nestes termos, peço seu celeramento.

Att.

Nome e Assinatura do Advogado/Procurador:

Kelly Maure de Oliveira

|  |
|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT   |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  |
| 19 DEZ. 2018   |
| GENTE SEGURADORA S.A.<br>Rua Coelho de Resende, 465 Loja C<br>Centro - Norte CEP: 64.002-470 |

À Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

C/C SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

C/C Ministério Público Federal

**ASSUNTO: IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR NOVOS DOCUMENTOS MÉDICOS – EXIGÊNCIA ABUSIVA – DESCUMPRIMENTO DE TAC ENTRE MPF E SEGURADORA LÍDER**

Sinistro 3180/394302 Vítima: Carlos Jose da paz pereira – CPF60592325318

Procurador(a): Keylly moura de oliveira

Na qualidade de beneficiário/vítima, por meio de minha procuradora abaixo assinada, venho pela presente declaração informar que estou impossibilitado de cumprir a exigência "Documentação Médico-Hospitalar - Status: Não Conforme" de meu pedido de indenização, pelas razões a seguir:

**1<sup>a</sup> Toda a documentação médica existente, necessária e suficiente, exigida pela Lei 6.194/74 já foi enviada e se encontra no processo;**

**2<sup>a</sup> O serviço de saúde a qual passei por atendimento e tratamento médico NÃO FORNECE RELATÓRIOS MÉDICOS QUE APONTAM SEQUELA PERMANENTE PARA FINS SECURITÁRIOS, bem como não fornecem exames de imagem com Laudo;**

**3<sup>a</sup> Os PROFISSIONAIS MÉDICOS SE RECUSAM A FORNECER E PREENCHER RELATÓRIOS MÉDICOS DE CARÁTER SECURITÁRIO, pois são proibidos pela Resolução do CFM nº 2003/2012, QUE DETERMINA QUE ESSA FUNÇÃO É RESTRITA A EXAME MÉDICO PERICIAL, bem como MÉDICO ASSISTENTE É PROIBIDO DE SER PERITO OU AUDITOR DE SEU PRÓPRIO PACIENTE, nos termos do Art. 93 do Código de Ética Médica;**

**4<sup>a</sup> Os profissionais médicos somente se dispõem a preencher e fornecer tais relatórios se houver pagamento em caráter particular, com prévio agendamento em seus consultórios, sendo que ISSO OCORRENDO POR EXIGÊNCIA DA SEGURADORA LÍDER OU SUA CONSORCIADA É UM CERCAMENTO DO MEU DIREITO A TER MEU PEDIDO ACATADO E INDENIZADO, já que tais consultas particulares possuem custos altíssimos, dos quais estou impossibilitado de arcar;**

**5<sup>a</sup> Esta EXIGÊNCIA TAMBÉM VIOLA O QUE FOI DETERMINADO ENTRE O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E A SEGURADORA LÍDER DPVAT, ATRAVÉS DO TCAC nº 01/2012 e consequente divulgação da Circular PRESI 031/2012 de 06/09/2012, FICANDO DESDE ENTÃO "PROIBIDA A SOLICITAÇÃO OU EXIGÊNCIA, COMO CONDIÇÃO PARA REQUERIMENTO E/OU PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES DO SEGURO DP /AT. DE LAUDOS MÉDICOS, ESPECIALMENTE AQUELES EM QUE É SOLICITADO OU EXIGIDO O PREENCHIMENTO/ELABORAÇÃO PELO PROFISSIONAL MÉDICO QUE ATENDEU A VÍTIMA ACIDENTADA"**

**6<sup>a</sup> A INSISTÊNCIA DESTA EXIGÊNCIA DOCUMENTAL, ainda conforme Circular PRESI 031/2012, E "O DESCUMPRIMENTO DAS MEDIDAS PREVISTAS NO TCAC E DESCRIPTAS NA PRESENTE CIRCULAR, PODERÃO ENSEJAR MULTAS DE UM SALÁRIO MÍNIMO POR EVENTO E SERÃO DE RESPONSABILIDADE DA SEGURADORA QUE NÃO OBSERVOU AS DETERMINAÇÕES ORA**

TRANSMITIDAS, PODENDO HAVER AINDA, FISCALIZAÇÃO E COMUNAÇÃO DE MULTAS PELA SUSEP”;

7ª a DOCUMENTAÇÃO POLICIAL E MÉDICA ENVIADA É PERFEITAMENTE SUFICIENTE PARA A COMPROVAÇÃO DO NEXO DE CAUSA E A LESÃO, EXIGIDOS NO ART. 5º DA LEI 6.174/94. Já o RESPECTIVO GRAU DE INVALIDEZ, SE NECESSÁRIO, PODERÁ SER APURADO MEDIANTE O AGENDAMENTO DE UMA PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL AGENDADA POR ESTA SEGURADORA LÍDER, a qual reitero a concordância em realiza-la conforme concordei no formulário enviado Declaração de Inexistência do Laudo do IML, sem que haja prejuízo ao prazo regulamentar de análise e conclusão do processo que é de até 30 dias, conforme Resolução CNSP nº 332/2015;

8ª – Meu acidente ocorreu em XX/XX/20xxxx, SENDO QUE NÃO ESTOU MAIS EM TRATAMENTO MÉDICO e toda a documentação necessária para esta seguradora avaliar minha sequela MEDIANTE A REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL JÁ ESTA NO MEU PROCESSO;

9ª – CONFORME RESOLUÇÃO DA SUSEP Nº 332/2015, ESTA SEGURADORA TEM ATÉ 30 DIAS PARA RESOLVER MEU PROCESSO A PARTIR DO PROTOCOLO, SENDO QUE MEU PROCESSO SE ENCONTRA COM SINISTRO GERADO E CADASTRADO DESDE O DIA XX/XX/20XX, PORTANTO, HÁ MAIS DE XXX DIAS;

POR TANTO, TAL EXIGÊNCIA É ILEGAL, ARBITRÁRIA E ABUSIVA, UMA VEZ QUE ESTÃO ME PEDINDO DOCUMENTO MÉDICO QUE É PRATICAMENTE IMPOSSÍVEL DE OBTER, UMA VEZ QUE O SERVIÇO DE SAÚDE, NEM MEU MÉDICO FORNECE POR SEREM PROIBIDOS PELA LEGISLAÇÃO MÉDICA EM FORNECER, E TAMBÉM POR ESTA EXIGÊNCIA LESAR O MEU DIREITO LÍQUIDO E CERTO A INDENIZAÇÃO, POIS TENHO SEQUELAS PARCIAIS PERMANENTES DECORRENTE DA MINHA LESÃO DO ACIDENTE.

Sendo assim, REQUEIRO que esta Seguradora RECONSIDERE ESTA EXIGÊNCIA E A RETIRE DO SISTEMA PARA CONTINUIDADE NA ANÁLISE DE MINHAS SEQUELAS, MEDIANTE O AGENDAMENTO DE UMA PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL, UMA VEZ QUE PERÍCIA MÉDICA INDIRETA É VEDADA PELO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA E DEZENAS DE RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL E REGIONAIS DE MEDICINA, sob pena de infração ética do médico que contrariar tais preceitos.

EM HAVENDO MANUTENÇÃO DESTA PENDÊNCIA ILEGAL, INFORMO QUE FAREI DENÚNCIA A SUSEP, AO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL E AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

Nestes termos, pede-se deferimento.

Att.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 JAN. 2019

Nome e Assinatura da Vítima/Procurador

*Mary Maia de Oliveira*

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Carlos José da Paz Pereira  
1188506

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RÉGISTRO GERAL 2.363.933

DATA DE EXPEDIÇÃO 19/01/17

NOME

CARLOS JOSÉ DA PAZ PEREIRA

FILIAÇÃO

MARIA DE FÁTIMA PEREIRA DA PAZ  
ANTONIO PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE

ALTOS-PI

DATA DE NASCIMENTO

07/09/1978

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 2916 L 03A F 128V

EXP ALTOS-PI 30/04/96

605.923.253-18 Perito Policial Civil - Chapa Policial Civil - 18

1188506

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte CEP: 64.002470



DEPARTAMENTO DE SINISTRO  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

24 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64 002-000



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

164 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002745/2018-09



Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 03/08/2018 - 11:17

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Data/Hora

28/05/2018 - 06:40

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

TERESINA

POVOADO

Endereço

AV. PRINCIPAL DO Povoado SANTA TERESA, N°:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 2363933 PI

Mãe: MARIA DE FATIMA PEREIRA DA PAZ

Endereço: Povoado Santa Teresa, N°

Complemento: PROX. À IGREJA DEUS É AMOR

Bairro: Povoado

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 150 TITAN EX, PLACA PIE-4688-PI, COR VERMELHA, RENAVAM 01024006899, PROP. DE HELTON DA PAZ PEREIRA, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO ATROPELOU UM ANIMAL (CACHORRO), CAINDO EM SEGUIDA. FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS E LEVADO PARA A UPA. (PRONT. 87864). DEPOIS FOI TRANSFERIDO PELO SAMU PARA O HUT. (PRONT. 477836). TESTEMUNHA: HELTON DA PAZ PEREIRA, Povoado Santa Teresa. DECLARAÇÕES DO NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166  
AGENTE DE POLÍCIA

Carlos José da Paz Pereira

CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA - Noticiante  
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Consulta processos - Processo Juiz | 0815680-21.2019.8.18.0140 - Proc... | Email – Reinaldo Filho – Outlook | ... Sistema SAJ - Conveniado ... | +

← → ⌂ ⌂ tpj.pje.jus.br/pje/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listAutosDigitais.seam?idProcesso=257496&ca=7a0b3c0f53df44e4dd6141d8a755c50999e95bf... | Search | Favorites | Help | R | More

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

**Pje** ProOrd 0815680-21.2019.8.18.0140

CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SE...

7793370 - Petição (2627185 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL JUR 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - POLO PASSIVO - ADVOGADO em 08/01/2020 16:43:51

8 Jan 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE PETIÇÃO  
7793362 - Petição  
7793370 - Petição (2627185 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL JUR 01)  
7793371 - Comprovante (Anexo 01)

29 Dec 2019

JUNTADA DE PETIÇÃO DE LAUDO PERICIAL  
7747939 - Laudo Pericial  
7747940 - Laudo Pericial (1 CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA)

12 Dec 2019

MANDADO DEVOLVIDO NÃO ENTREGUE AO DESTINATÁRIO

JUNTADA DE PETIÇÃO DE DILIGÊNCIA

7793370 - Petição (2627185 IMPUGNACAO AO LAUDO PERICIAL JUR 01)

JOÃO BARBOSA  
AVOGADOS ASSOCIADOS

2627185- C/ 2019 04046/ INVALIDEZ

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08156802120198180140

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT, que lhe promove CARLOS JOSE DA PAZ PEREIRA, em trâmite perante este Douto Juizo e Respectivo Cartório, vem mui

PT | 16:44 | 08/01/2020