

8282884 - CONTESTAÇÃO (2693010 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 10/02/2020 17:28:59

10 Feb 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 8282884 - CONTESTAÇÃO (2693010)
- 8283247 - Documentos (2693010)
- 8283250 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
- 8283251 - Documentos (GARTIA DE PREPOSTOS)
- 8283252 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

24 Jan 2020

PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE

7490821 - Despacho

18 Nov 2019

downloadBinario.seam 1 / 11

2693010 - CJ/2020-00483/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA  
ADVOGADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08289626320188180140

PT 16:27 10/02/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo: 08289626320188180140

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **OSVALDO LIMA FARIAS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **25/09/2016**, restando permanentemente inválida.

**Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 30/09/2016.**

Cumpre esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

#### **DA AUSÊNCIA DE CAPACIDADE POSTULATÓRIA**

#### **PROCURAÇÃO DESATUALIZADA**

Verifica-se que não consta nos autos procuração atualizada, violando a regra esculpida no art. 104 do CPC.

Dessa feita, com o fito de evitar maiores prejuízos aos litigantes, necessário se faz a intimação da parte para sanar o vício contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vício se faz mister, pois no caso dos autos, é indubitável que a ausência de procuração não produz nenhum efeito legal aos atos processuais, sendo estes considerados inexistentes.

Assim sendo, se após determinação judicial para sanar o vício a parte autora permanecer inerte, deverá o processo ser extinto sem resolução do mérito de acordo com a regra contida no artigo 485, III, do CPC.

Assim, requer a Vossa Excelência se digne intimar a parte autora para sanar o vício contido no instrumento procuratório, sob pena de indeferimento da inicial.

---

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

## DO MÉRITO

### DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

### DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor, foi apurada a seguinte lesão:

---

<sup>3</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. **LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA.** 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - **Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.**” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

Número: 3160630930

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: OSVALDO LIMA FARIAS

Data do acidente: 25/09/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fx da FP do 5º PDD

**Descrição do exame médico pericial:** PACIENTE COM DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL AO DEAMBULAR; DISCRETO EDEMA LOCAL; LIMITAÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO 5º PDD ( EXTENSÃO DE 20º/ FLEXÃO DE 20º) .

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE COM DOR LOCAL AO DEAMBULAR; SUBMETEU-SE A TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO DA FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 5 PDD; NÃO REALIZOU REABILITAÇÃO.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do 5º pododáctilo direito em grau leve.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/12/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau leve do 5º PDD devido a limitação da flexo-extensão.  
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Médico examinador:** Adriel Herbert de Castro Leao

**CRM do médico:** 3888

**UF do CRM do médico:** PR

### DANOS

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

*"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."*

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **25/09/2016**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos), conforme demonstrado abaixo:**

BRADESCO

#### COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237      AGÊNCIA: 2373-6      CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: OSVALDO LIMA FARIAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00342-5

CONTA: 000000570178-3

---

Nr. Autenticação

BRADESCO141220160500000000002370034200000057017833750 PAGO

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 337,50 (TREZENTOS E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

<sup>4</sup> RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>5</sup> **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

## DA IMPOSSIBILIDADE DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA

Não há que se falar em inversão do ônus da prova, vez que o seguro DPVAT não se trata de relação de consumo, e sim de uma obrigação legal.

Assim, não pode a parte autora ser confundida como consumidora, pois, não há qualquer relação de consumo entre as partes litigantes, o que gera a inaplicabilidade da inversão do ônus da prova, característica do Código de Defesa do Consumidor.

Neste sentido é o recente entendimento firmado pelos Tribunais pátrios<sup>6</sup>, ratificando o descabimento da inversão do ônus da prova com base na aplicação do Código de Defesa do Consumidor.

Sendo assim, por se tratar de prova essencial dos fatos constitutivos da pretensão autoral, deverá o ônus da prova ser custeado pela parte autora, como determina o art. 373, I do CPC.

## DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>7</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>8</sup>

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

## DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

<sup>6</sup>“PROCESSO CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. PRELIMINAR DE FALTA DE INTERESSE DE AGIR NÃO APRECIADA PELO JUÍZO A QUO. IMPOSSIBILIDADE DE APRECIÇÃO PELA INSTÂNCIA REVISORA. **INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA, COM BASE NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. INAPLICABILIDADE DO DIPLOMA LEGAL CONSUMERISTA ÀS RELAÇÕES DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** Agravo de Instrumento interposto de decisão que em ação de cobrança do seguro obrigatório DPVAT deferiu a inversão do ônus da prova. 1. Preliminar de ausência de interesse de agir não enfrentada pelo juízo a quo impede o exame pela instância revisora, sob pena de supressão de instância. 2. **A contratação compulsória do seguro obrigatório DPVAT afasta a natureza consumerista da relação jurídica entre seguradora e segurado, e impossibilita a decretação da inversão do ônus da prova com base no artigo 6º, VIII, da Lei nº 8078/90.** 3. **Recurso a que se dá provimento, com base no artigo 557 § 1º-A do Código de Processo Civil, para afastar a inversão do ônus da prova decorrente da aplicação do Código de Defesa do Consumidor.**”(TJ-RJ - AI: 00612946320148190000 RJ 0061294-63.2014.8.19.0000, Relator: DES. FERNANDO FOCH DE LEMOS ARIGONY DA SILVA, Data de Julgamento: 12/01/2015, TERCEIRA CAMARA CIVEL, Data de Publicação: 16/01/2015).

<sup>7</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>8</sup> **art. 1º. (...)**

**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.**



## CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Por se tratar de ônus da prova da parte autora, pugna-se pela realização da prova pericial pelo IML com o fito de auferir o nexo de causalidade entre a lesão da vítima e o suposto acidente automobilístico, bem como se há valor indenizável a ser pago. Caso Vossa Excelência assim não entenda, requer que os custos da realização da prova pericial sejam arcados pela parte autora ou pelo Estado, eis que imprescindível a produção da prova para o deslinde da demanda.

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, **EXCLUSIVAMENTE**, em nome da patrona **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita sob o nº 1841 - OAB/PI sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

TERESINA, 5 de fevereiro de 2020.

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

### **QUESITOS DA RÉ**

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se a referida lesão resultou em invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

### TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento da função vital					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob nº 5367, ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **OSVALDO LIMA FARIAS**, em curso perante a **7ª VARA CÍVEL** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08289626320188180140.

Rio de Janeiro, 5 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 JUL 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2908 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

NOME DO PACIENTE: Oswaldo Lima Farias

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421.079

**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".

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Radenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Ortopedia - 05 Alta

SALA TRAUM

W EU BO CILAR DIX

**BOLETIM DE ENTRADA - BE****DADOS DO PACIENTE:**

Nome:	OSVALDO LIMA FARIAS	Prontuário:	421079
Mãe:	LUCINAR DOS SANTOS FARIAS	Pai:	OSVALDO DOS SANTOS FARIAS
End. Resid.:	QUADRA 192 CASA 16 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	25/05/1981	Idade:	35a:4m:0d
Sexo:	Masculino	Fone:	96-99517-3636
Responsável:	MANOEL MONTEIRO	CNS:	700004485882203
Profissão:	AGENTE DE PORTARIA	Documento:	CPR
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E. Civil:	solteiro(a)
End. Local.:	---		

Imp: 25/09/2016 16:24:06  
User: HELENILSA  
Estação: EMERGENCIAFED**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código:	571423	Data:	25/09/2016 16:13:13	Condução:	AMBULANCIA DE SUIC		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não	CID Secundário:	V299

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
QUEDAS	Fratura exposta	DEPARTAMENTO DE SINISTROS ORVAT	Amarelo
Breve História:	CONTENÚDO NÃO VERIFICADO		Profissional Clas. Risco:
PCI VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO EVOLUI COM FRATURA EXPOSTA PORODACTILO-CSPALETAFOR LOMBAR E ESCORIAÇÕES FALO CORPO.	17 JUL. 2016		HELENILSA CARVALHO DE SOUSA COREN - 307586 Em: 25/09/2016 16:24:05
Gente Seguradora S.A.		Rua Felix Pacheco, 200B Loja 104 Centro - CEP: 64001-100	

**DADOS CLÍNICOS:** (Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_)

A) Via AERE PERVA

B) EUPNEICO, AP: MV diminuído bilateralmente, S/ ruidos

C) NORMOCARDICO

d) CONSCIENTE E ORIENTADO, GLASGOW 15, ingestão de bebida ALCOOLICA  
Abdome: dor a PALPAÇÃO EN FLANCO DIREITO, NORMOTENSO.

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:	CID: _____		

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

Rx torax + Pelve + cervical + PE direito

REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA

DATA: 25/09/16

MÉDICO: Helene

EXAME US Abd lateral

AUDIO PROVISÓRIO OK

**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

Se Interferir, Indique o Procedimento e CID

Enio Pereira Carvalho

MÉDICO GERAL VASCULAR

CID

DATA: \_\_\_\_\_

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

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura: \_\_\_\_\_

Dr. Paulo Moura  
Médico  
CRM-PI 6181



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Ottoni Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

Imp: 25/09/2016 16:26:19  
(HELENILSA)

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS		Prontuário: 421079
Mãe: LUCIMAR DOS SANTOS FARIAS	Pai: OSVALDO DOS SANTOS FARIAS	
End. Resid.: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 25/05/1981	Idade: 35a:4m:0d	Sexo: Masculino Fone: 86-99517-3636
Responsável: MANOEL MONTEIRO	CNS: 700004485682203	
Profissão: AGENTE DE PORTARIA	Documento: CPF:	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Edição: 571423	Data: 25/09/2016 16:13:13	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: _/_/_	ESPECIALISTA: Ortopedia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Reforço diagnóstico com exames complementares, demandando a devida conduta cirúrgica para resolução do quadro clínico.	
Rx - Fratura da falange proximal 5º P.D. com desvio de eixo.	
Cd: Suscetível a Cirurgia Plástica após liberação da	
Nomenclatura: Cirurgia Plástica	
DEPARTAMENTO DE SINISTROS	
CONTATO NÃO EFETIVADO	
17 OUT. 2016	
Gente Seguradora S.A.	
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104	
Centim. CEP 64001-160	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 25/09/16 20:45h	ESPECIALISTA: NCA
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Politrauma	
TC Crânio: Sem lesão que explique	
conduta NCA	
TC Coluna: Lesão L5 não avulsa	
conduta NCA	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	
Dr. Elton Bezerra	
CRM 15518	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: _/_/_	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	
Dr. Rafael Levi Louichard S. da Cunha	
Médico de Esporte	
CRM: 3807 SBC: 42983	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	
Trauma do Esporte e Artroscopia	
Cirurgia do Ombro e Cotovelo	



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: -86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIAS** (Prontuário: 421079)  
Endereço: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a:4m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 571423  
Requisição: 679172 Solicitação: 25/09/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 848713 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 25/09/2016

### US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

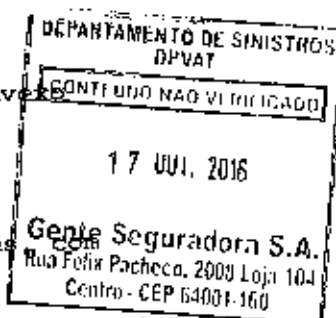
(HERBERT)

TERESINA - PI 25/09/2016

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CRF: 85487/032-91 CRM-PI 3242  
Profissional Responsável

26-09-16







# PRESCRIÇÃO MÉDICA

MOD 007 - HUT



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/9/16

NOME DO PACIENTE: Osvaldo Lima Karias	PRONTUÁRIO Nº: 421099
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: Raquel	Nº DA SALA: 05
CIRURGIÃO: Dr. Hugo / Dr. Leonardo	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: Dra. Soraia	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: Karla	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI Nº 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº 7-0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº 7-5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	300		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 3CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		1		obs.: 3 copias			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		1					
CAT. GUT. CROMADO C/AG		1					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		1					
ALCOFIL							
MONONYLON Nº 2-0		01					
FITA UMBILICAL		1		ENFERMARIA:			
VICRYL		1		CIRCULANTE: Karla			
PROLENE							



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Oswaldo Lima Farias

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de 5º dedo pé direito

Operação - Tipo

LMC e Osteossíntese com Kirschner 5º dedo pé

Cirurgião

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura exposta 5º dedo pé direito

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTIÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

Gente Seguradora S.A.

Rua Edmundo Pacheco, 2006 Lapa 104

Centro - CEP 64001-160

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Pectramento)

- ① Descrição: Ovario Sub Ligamentar
- ② Anestesia + Antimicrobiano
- ③ Posicionamento (compa-estéril)
- ④ Limpeza Mecânica Cirúrgica com SF6000
- ⑤ Posicionamento do Fio de Kirschner 15mm intramedular no 5º dedo do pé direito por fluoroscopia
- ⑥ Hemostases
- ⑦ Sutura
- ⑧ Curativo

Dr. Leoncio  
Lima  
Lima  
Lima



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIAS** (Prontuário: 421079)

Endereço: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a 4m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 571423

Requisição: 679172 Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 848713 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 25/09/2016

### US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(HERBERT)

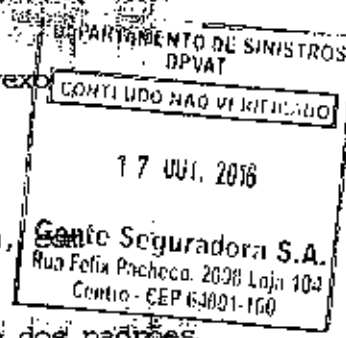
TERESINA - PI 25/09/2016

HERBERT CALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-01 CRMPI 3242

Profissional Responsável

26-09-16





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1320 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 15.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIAS** (Prontuário: 421079)

Endereço: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a:4m:0d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG. Atendimento: 571423

Requisição: 679204

Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

Controlar: 848758

Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

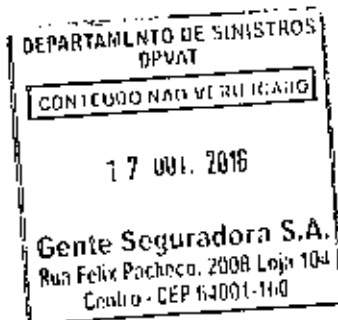
### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

- CALCIFICAÇÃO PARENQUIMATOSA NO LOBO FRONTAL ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 0,8CM, PROVAVELMENTE RESIDUAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

(IRANDI SILVA)



TERESINA - PI 25/09/2016

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 698.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

26.09.16

Handwritten signature



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3225-4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIAS** (Prontuário: 421079)

Endereço: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a:4m:0d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG

Atendimento: 571423

Requisição: 679204

Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

Controle: B48758

Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

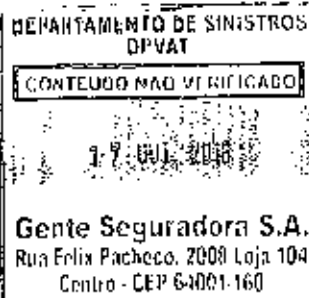
### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

- CALCIFICAÇÃO PARENQUIMATOSA NO LOBO FRONTAL ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 0,8CM, PROVAVELMENTE RESIDUAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

(GRANDI SILVA)



TERESINA - PI 25/09/2016

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 69558343-15 CNPJ: 00  
Profissional Responsável

26.09.16



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-970 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIAS** (Frontuário: 421079)  
Endereço: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a:4m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 531323  
Requisição: 679205 Solicitação: 25/09/2016 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA  
Controle: 848759 Convênio: S.U.S.

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data Exame: 25/09/2016

### T.C. DE COLUNA LOMBO SACRA

**TÉCNICA:** Foram realizados cortes axiais com espessura de 3 mm e intervalo de 3 mm, paralelos aos espaços discais de L3 - L4 a L5 - S1.

### RELATÓRIO:

- Pequenos osteofitos ântero-laterais nos corpos vertebrais em L4-L5 e L5-S1.
- Discos intervertebrais visualizados com morfologia, contornos e coeficientes de atenuação normais.
- Canal vertebral ósseo nos segmentos estudados com dimensões dentro dos limites da normalidade.
- Porção terminal da medula espinhal e cauda equina com coeficientes de atenuação normais.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/09/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTINUIDADE VERIFICADA

17 JUL 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2006 Loja 104  
Centro - CEP 64001-140

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.302-15 CRM-PI 3099

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

26.09/16

*[Assinatura]*



DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 JUL. 2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2908 Loja 104 Centro - CEP 64001-160

NOME DO PACIENTE: Oswaldo Lima Farias

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421.079

**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".



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Radenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Ortopedia - 05 Alta

SALA TRAUM

W EU BO CILAR DIX

**BOLETIM DE ENTRADA - BE****DADOS DO PACIENTE:**

Nome:	OSVALDO LIMA FARIAS	Prontuário:	421079
Mãe:	LUCINAR DOS SANTOS FARIAS	Pai:	OSVALDO DOS SANTOS FARIAS
End. Resid.:	QUADRA 192 CASA 16 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	25/05/1981	Idade:	35a:4m:0d
Sexo:	Masculino	Fone:	96-99517-3636
Responsável:	MANOEL MONTEIRO	CNS:	700004485882203
Profissão:	AGENTE DE PORTARIA	Documento:	CPR
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E. Civil:	solteiro(a)
End. Local.:	- - -		

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

Código:	571423	Data:	25/09/2016 16:13:13	Condução:	AMBULANCIA DE SUIC		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não	CID Secundário:	V299

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
QUEDAS	Fratura exposta	DEPARTAMENTO DE SINISTROS ORVAT	Amarelo
Breve História:	CONTENÚDO NÃO VERIFICADO		Profissional Clas. Risco:
PCI VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO EVOLUI COM FRATURA EXPOSTA PORODACTILO-CSPALETIAFOR LOMBAR E ESCORIAÇÕES FALO CORPO.	17 JUL. 2016		HELENILSA CARVALHO DE SOUSA COREN - 307586 Em: 25/09/2016 16:24:05
Gente Seguradora S.A.		Rua Felix Pacheco, 200B Loja 104 Centro - CEP: 64001-100	

**DADOS CLÍNICOS:** (Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_)

A) Via AERE PERVA

B) EUPNEICO, AP: MV diminuído bilateralmente, S/ ruidos

C) NORMOCARDICO

d) CONSCIENTE E ORIENTADO, GLASGOW 15, ingestão de bebida ALCOOLICA

Abdome: dor a PALPAÇÃO EN FLANCO DIREITO, NORMOTENSO.

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:			CID:

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

Rx TORAX + Pelve + CERVICAL + PE direito

REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA

DATA: 25/09/16

MÉDICO: Helbert

EXAME US Abd lateral

AUDIO PROVISÓRIO OK

**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

Se Interferir, Indique o Procedimento e CID

Enio Pereira Carvalho

MÉDICO GERAL VASCULAR

CRM: 141349

CID

DATA: \_\_\_\_\_

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

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura: \_\_\_\_\_

Dr. Paulo Moura  
Médico  
CRM: 141349



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Ottoni Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

Imp: 25/09/2016 16:26:19  
(HELENILSA)

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS		Prontuário: 421079
Mãe: LUCIMAR DOS SANTOS FARIAS	Pai: OSVALDO DOS SANTOS FARIAS	
End. Resid.: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 25/05/1981	Idade: 35a:4m:0d	Sexo: Masculino Fone: 86-99517-3636
Responsável: MANOEL MONTEIRO	CNS: 700004485682203	
Profissão: AGENTE DE PORTARIA	Documento: CPF:	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Edição: 571423	Data: 25/09/2016 16:13:13	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____	ESPECIALISTA: Ortopedia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Reforço diagnóstico com exames complementares, demandando a de Rx - Fratura da falange proximal 5º P.D. no exame Cd: Suspeita de fratura proximal 5º P.D. no exame Neuromuscular e Artroscopia após liberação da Manobra de Coudring	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____	DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTI VRS NÃO ABERTADO 17 OUT. 2016 Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104 Centim. CEP 64001-160
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 25/09/16 20:45h	ESPECIALISTA: NCA
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Politruma TC Ombro: Sem lesão que explique conduta NCA TC Coluna: Lesão L5 não avulsa conduta NCA	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
Dr. Rafael Levi Louchard S. da Cunha Médico de Esporte CRM: 3807 SBCT: 42983 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer Trauma do Esporte e Artroscopia Cirurgia do Ombro e Cotovelo	



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: -86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIAS** (Prontuário: 421079)  
Endereço: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a:4m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 571423  
Requisição: 679172 Solicitação: 25/09/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 848713 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 25/09/2016

### US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

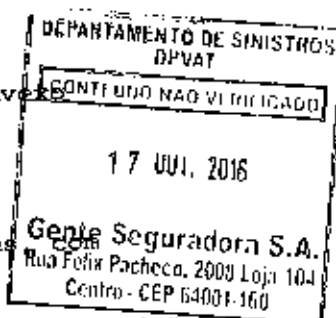
(HERBERT)

TERESINA - PI 25/09/2016

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CRF: 85487-032-91 CRM-PI 3242  
Profissional Responsável

26-09-16







# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/9/16

NOME DO PACIENTE: <u>Osvaldo Lima Karias</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>421099</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Hugo / Dr. Leonardo</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dra. Gerson</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Karla</u>	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI Nº <u>24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7-0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>7-5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	300		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		1		OBS.: 3 copias 26/09/16 XL			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		1					
CAT. GUT. CROMADO C/AG		1					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		1					
ALCOFIL		1					
MONONYLON Nº <u>2.0</u>		01					
FITA UMBILICAL		1		ENFERMARIA:			
VICRYL		1		CIRCULANTE: <u>Karla</u>			
PROLENE		1					



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Oswaldo Lima Farias

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de 5º dedo pé direito

Operação - Tipo

LMC e Osteossíntese com Kirschner 5º dedo pé

Cirurgião

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura exposta 5º dedo pé direito

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTIÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

Gente Seguradora S.A.

Rua Edmundo Pacheco, 2006 Cori 104  
Centro - CEP 64001-160

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Pechamento)

- ① Ocr bit. Ocr bit Sub. Pequena
- ② Anestesia + Antimicrobiano
- ③ Posicionamento (comp. estéril)
- ④ Limpeza. Mecânica. Cirúrgica com SF011.
- ⑤ Posicionamento do fio de Kirschner 15mm intramedular no 5º dedo do pé direito por fluoroscopia
- ⑥ Hemostase
- ⑦ Sutura
- ⑧ Curativo

Dr. Leoncio  
L. P. 570



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIAS** (Prontuário: 421079)

Endereço: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a:4m:0d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG

Atendimento: 571423

Requisição: 679172

Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 848713

Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 25/09/2016

### US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatómicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(HERBERT)

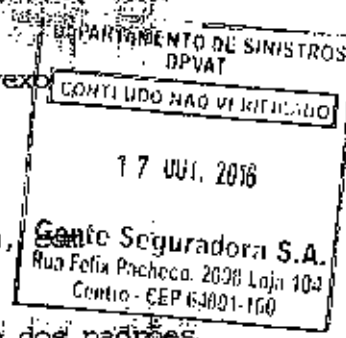
TERESINA - PI 25/09/2016

HERBERT CALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-01 CRMPI 3242

Profissional Responsável

26-09-16





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1320 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 15.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIAS** (Prontuário: 421079)

Endereço: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a:4m:0d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG. Atendimento: 571423

Requisição: 679204

Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

Controlar: 848758

Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

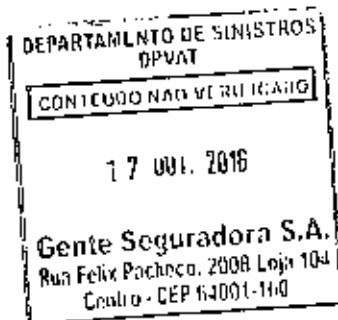
### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

- CALCIFICAÇÃO PARENQUIMATOSA NO LOBO FRONTAL ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 0,8CM, PROVAVELMENTE RESIDUAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

(IRANDI SILVA)



TERESINA - PI 25/09/2016

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 698.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

26.09.16

Handwritten signature





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3225-4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIAS** (Prontuário: 421079)

Endereço: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a:4m:0d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG

Atendimento: 571423

Requisição: 679204

Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

Controle: B48758

Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

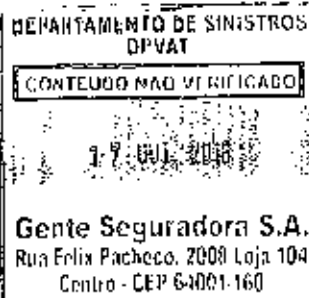
### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

- CALCIFICAÇÃO PARENQUIMATOSA NO LOBO FRONTAL ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 0,8CM, PROVAVELMENTE RESIDUAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

(GRANDI SILVA)



TERESINA - PI 25/09/2016

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 69558343-15 CNPJ: 00  
Profissional Responsável

26.09.16



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-970 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIAS** (Frontuário: 421079)  
Endereço: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a:4m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 531323  
Requisição: 679205 Solicitação: 25/09/2016 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA  
Controle: 848759 Convênio: S.U.S.

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data Exame: 25/09/2016

### T.C. DE COLUNA LOMBO SACRA

**TÉCNICA:** Foram realizados cortes axiais com espessura de 3 mm e intervalo de 3 mm, paralelos aos espaços discais de L3 - L4 a L5 - S1.

### RELATÓRIO:

- Pequenos osteofitos ântero-laterais nos corpos vertebrais em L4-L5 e L5-S1.
- Discos intervertebrais visualizados com morfologia, contornos e coeficientes de atenuação normais.
- Canal vertebral ósseo nos segmentos estudados com dimensões dentro dos limites da normalidade.
- Porção terminal da medula espinhal e cauda eqüina com coeficientes de atenuação normais.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/09/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTINUIDADE VERIFICADA

17 JUL 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2006 Loja 104  
Centro - CEP 64001-140

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.302-15 CRM-PI 3099

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

26.09/16

*[Assinatura]*

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO SERIAL	7.529.953
DATA DE EXPEDICÃO	30/JUL/2015
NOME	OSVALDO LIMA FARIAS
PAPEL	OSVALDO DOS SANTOS FARIAS LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS
NATURALIDADE	TERESINA PI
DATA DE NASCIMENTO	25/02/1981
DOCUMENTO	CERT. NASC. 10016 LV A - 9 SR 44 CART. LAGES - TERESINA PI
CPF	906.507.073-06
ASSINATURA DO DETENTOR	PAULO HENRIQUE DOS SANTOS Ponto Criminal Diretor do Instituto de Identificação - IAP/SC
LOCAL	JORÇARA - SC
DEPARTAMENTO DE DPVAT	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
17 JUL 2015	17 JUL 2015
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Lota 104 Centro - CEP 64001-160	Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Lota 104 Centro - CEP 64001-160
ESTADO DE SANTA CATARINA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	


**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
Secretaria da Receita Federal

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome  
**OSVALDO LIMA FARIAS**

Mã de Incrição  
**904547073-04**

Data de Nascimento  
**25/05/81**



**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
DPVAT

**CONTIUDO NAO VERIFICADO**

**17 JUL 2016**

**Gente Seguradora S.A.**  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
DPVAT

**CONTIUDO NAO VERIFICADO**

**17 JUL 2016**

**Gente Seguradora S.A.**  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO SERIAL	7.529.953
DATA DE EXPEDIENTE	30/JUL/2015
NOME	OSVALDO LIMA FARIAS
PAIS	OSVALDO DOS SANTOS FARIAS
LOCAL	LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS
NATURALIDADE	TERESINA PI
DATA DE NASCIMENTO	25/02/1981
DOCUMENTO	CERT. NASC. 10016 LV A - 9 SR 44 CART. LAGES - TERESINA PI
CPF	906.507.073-06
ASSINATURA DO DETENTOR	PAULO HENRIQUE DOS SANTOS Ponto Criminal
LOCAL	JORÇABA - SC
DEPARTAMENTO DE DPVAT	DEPARTAMENTO DE DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
17 JUL. 2015	17 JUL. 2015
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Lota 104 Centro - CEP 61001-160	Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Lota 104 Centro - CEP 61001-160
ESTADO DE SANTA CATARINA	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	


**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
Secretaria da Receita Federal

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome  
**OSVALDO LIMA FARIAS**

Mã de Incrição  
**904547073-04**

Data de Nascimento  
**25/05/81**



**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
DPVAT

**CONTIUDO NAO VERIFICADO**

**17 JUL 2016**

**Gente Seguradora S.A.**  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
DPVAT


**CONTIUDO NAO VERIFICADO**

**17 JUL 2016**

**Gente Seguradora S.A.**  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



MIRIANE SOARES BATISTA  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL. 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.178.369 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/05/08

NOME MIRIANE SOARES BATISTA

RELACÃO NELLE ROZE SOARES MARQUES  
EDVANDO MARQUES BATISTA

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 02/08/1994

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 138-4 A. ESPEC. F 35  
EXP NOVO ORIENTE-CE 17/03/96

CPF TERESINA - PI

ASSINATURA DO TITULAR

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL. 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **059.497.753-33**

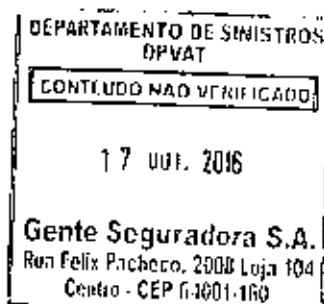
Nome da Pessoa Física: **MIRIANE SOARES BATISTA**

Data de Nascimento: **02/08/1994**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/07/2010**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **12:19:31** do dia **07/10/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **08A5.B2D2.FB39.35F4**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).


Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



MIRIANE SOARES BATISTA  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL. 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.178.369 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/05/08

NOME MIRIANE SOARES BATISTA

FILIAÇÃO NELLE ROZE SOARES MARQUES  
EDVANDO MARQUES BATISTA

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 02/08/1994

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 138-4 A. ESPEC. F 35  
EXP NOVO ORIENTE-CE 17/03/96

CPF TERESINA - PI

ASSINATURA DO TITULAR

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL. 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **059.497.753-33**

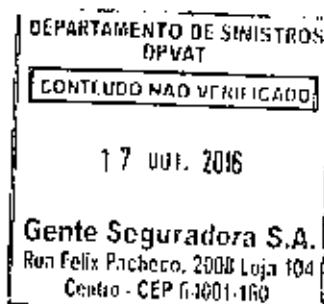
Nome da Pessoa Física: **MIRIANE SOARES BATISTA**

Data de Nascimento: **02/08/1994**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/07/2010**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **12:19:31** do dia **07/10/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **08A5.B2D2.FB39.35F4**


A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



MIRIANE SOARES BATISTA  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL. 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.178.369 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/05/08

NOME MIRIANE SOARES BATISTA

RELACÃO NELLE ROZE SOARES MARQUES  
EDVANDO MARQUES BATISTA

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 02/08/1994

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 138-4 A. ESPEC. F 35  
EXP NOVO ORIENTE-CE 17/03/96

CPF TERESINA - PI

ASSINATURA DO TITULAR

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL. 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **059.497.753-33**

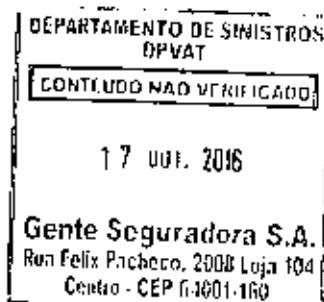
Nome da Pessoa Física: **MIRIANE SOARES BATISTA**

Data de Nascimento: **02/08/1994**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/07/2010**

Digito Verificador: **00**



Comprovante emitido às: **12:19:31** do dia **07/10/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **08A5.B2D2.FB39.35F4**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
— MINISTÉRIO DAS CIDADES —

77 291-2018

PROBRIETARIO DE DANOS RESULTANTES DE CAUSAS FORA DE COL  
TO S/ MOTORH/... A TERRESTRE (C/POSSUIR CARGA A PESSOA)  
Relix... S/ GRUPOS CU NAO SE RURO PRIVAT  
C/CO-2008 Loja Ind  
C/CO-CEP 65801-000 5384031 BILHETE DE SEGURO PRIVAT

INSTRUM. Nº 010955384031  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 1 1046780147 \*\*\*\*\* 2015

904.547.073-04

NFISCAL/

HONDA/CB 150 TITAN EX

ISENTO	*****	1-	****
		2-	****

SEM RESTRICTED/N.MOT/KG#E6F039897

**Daniel Sá Fortes Rego**  
Delegado Regional do Policia

UOACABA/SE

29/04/29

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DEVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

17.06.2016

**Gente Seguradora S.A.**  
Rua Felix Pacheco, 2003 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

**ESTES DADOS SERVEM COMO GARANTIA DE VÁLID  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

2015-28/04/2015

047-073-04

OKH5613.

144780147 HONDA/CG 150 111AN EX

2015 11 9 9CZKC1660FRO39897

### PREMIO TARIFARIO

**SEGURODORA LIDER - DPVAT**

## 4.102-144M



0007

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 JUL - 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

010855384031  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO  
1 1046780147 \*\*\*\*\* 2015

OSVALDO LIMA FARIAS

904.547.073-04 OKH5613

NFISCAL / 9C2KC1660FR039897

AR/MOTOCICLETA/MARCA AP/TCR DO/EX  
HONDA/CG 150 TITAN EX 2015

3P/OCV/149CC PARTIC BRANCA

ISENTO	*****	1	*****
		2	*****
			*****

SEM RESTRICAOES/MOT/KC/9C2KC1660FR039897

JOACABA/SC 90157951746

28/04/2016

COBRANCA DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
MOTORISTA ATERRESTHE/OU-POSSUIR CARGA A PESSOA  
ST GRUPOS DO NAO SE RURO DPVAT  
Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

5384031 SHNETE DE SEGURO DPVAT  
ESTE E O SEU SHNETE OU LEGENDA DPVAT  
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodotransito.com.br

2015 28/04/2015  
904.547.073-04 OKH5613

1046780147 HONDA/CG 150 TITAN EX  
2015 9 9C2KC1660FR039897

PRÊMIO TARIFARIO		
PREÇOS	PRELIMINARES	QUANTO DO SEGURO DE
CUSTO DO SEGURO DE	DE	DE
COTA UNICA	DOCUMENTO	PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT  
www.seguradoralider.com.br

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 JUL - 2016  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

1702-104



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
— MINISTÉRIO DAS CIDADES —

77 291-2018

PROBRIETARIO DE DANOS RESULTANTES DE CAUSAS FORA DE COL  
TO S/ MOTORH/... A TERRESTRE (C/POSSUIR CARGA A PESSOA)  
Relix... S/ GRUPOS CU NAO SE RURO DPVAT  
C/CO-2008 Lota 104  
C/CO-CEP 65801-000835384031 BILHETE DE SEGURO DPVAT

INSTRUM. Nº 010955384031  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 1 1046780147 \*\*\*\*\* 2015

904.547.073-04 OKH5613

OKH5613

NFISCAL / 9C2KC1660FR039893

9C2KC1660FR039897

HONDA/CB 150 TITAN EX

2P/OCV/149CC      PARTIC      BRANCA

1	ISENTO	*****	1-	SECRET
2			2-	SECRET
3			3-	SECRET

**TARIFARIO:**

SEM RESTRICTED/N.MOT/KG#E6F039897

**Daniel Sá Fortes Rego**  
Delegado Regional do Policia

JOACABA/SE

90157951746

29/04/29

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DEVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

17.06.2016

**Gente Seguradora S.A.**  
Rua Felix Pacheco, 2003 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

**ESTES DADOS SERÃO OS ÚNICOS DE VALOR PARA MAIS INFORMAÇÕES. LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

2015-28/04/2015

047-073-04

OKH5613.

144780147 HONDA/CG 150 111AN EX

2015 11 9 9CZKC1660FRO39897

## PREMIO TARIFARIO

**SEGURO LIDER - DPVAT**

## 4.102-144M

**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**

Nome do(a) Examinado(a): **OSVALDO LIMA FARIAS** Sinistro: **3160630930** Data: **25/09/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Quadra 192, 18, Dirceu Arcoverde-II - Itararé - Teresina - PI - CEP 64078-110**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP / PI** ] **7529953**

Data local do exame: [ **06/12/2016** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Fx da FP do 5º PDD. PACIENTE COM DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL AO DEAMBULAR; DISCRETO EDEMA LOCAL; LIMITAÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO 5º PDD ( EXTENSÃO DE 20º/ FLEXÃO DE 20º)**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**PACIENTE COM DOR LOCAL AO DEAMBULAR; SUBMETEU-SE A TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO DA FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 5 PDD; NÃO REALIZOU REABILITAÇÃO;**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**PACIENTE COM DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL AO DEAMBULAR.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**5º PODODACTILO DIREITO**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Adriel Herbert de Castro Leão - CRM: 3888 - PI



**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**

Nome do(a) Examinado(a): **OSVALDO LIMA FARIAS** Sinistro: **3160630930** Data: **25/09/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Quadra 192, 18, Dirceu Arcoverde-II - Itararé - Teresina - PI - CEP 64078-110**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP / PI** ] **7529953**

Data local do exame: [ **06/12/2016** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Fx da FP do 5º PDD. PACIENTE COM DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL AO DEAMBULAR; DISCRETO EDEMA LOCAL; LIMITAÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO 5º PDD ( EXTENSÃO DE 20º/ FLEXÃO DE 20º)**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**PACIENTE COM DOR LOCAL AO DEAMBULAR; SUBMETEU-SE A TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO DA FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 5 PDD; NÃO REALIZOU REABILITAÇÃO;**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**PACIENTE COM DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL AO DEAMBULAR.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**5º PODODACTILO DIREITO**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Adriel Herbert de Castro Leão - CRM: 3888 - PI

**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**

Nome do(a) Examinado(a): **OSVALDO LIMA FARIAS** Sinistro: **3160630930** Data: **25/09/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Quadra 192, 18, Dirceu Arcoverde-II - Itararé - Teresina - PI - CEP 64078-110**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP / PI** ] **7529953**

Data local do exame: [ **06/12/2016** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Fx da FP do 5º PDD. PACIENTE COM DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL AO DEAMBULAR; DISCRETO EDEMA LOCAL; LIMITAÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO 5º PDD ( EXTENSÃO DE 20º/ FLEXÃO DE 20º)**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**PACIENTE COM DOR LOCAL AO DEAMBULAR; SUBMETEU-SE A TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO DA FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 5 PDD; NÃO REALIZOU REABILITAÇÃO;**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**PACIENTE COM DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL AO DEAMBULAR.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**5º PODODACTILO DIREITO**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Adriel Herbert de Castro Leão - CRM: 3888 - PI

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160630930

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** OSVALDO LIMA FARIAS

**Data do acidente:** 25/09/2016

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fx da FP do 5º PDD

**Descrição do exame médico pericial:** PACIENTE COM DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL AO DEAMBULAR; DISCRETO EDEMA LOCAL; LIMITAÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO 5º PDD ( EXTENSÃO DE 20º/ FLEXÃO DE 20º) .

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE COM DOR LOCAL AO DEAMBULAR; SUBMETEU-SE A TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO DA FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 5 PDD; NÃO REALIZOU REABILITAÇÃO.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do 5º pododáctilo direito em grau leve.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/12/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau leve do 5º PDD devido a limitação da flexo-extensão.  
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Médico examinador:** Adriel Herbert de Castro Leao

**CRM do médico:** 3888

**UF do CRM do médico:** PR

## 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

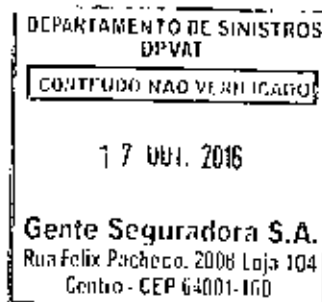
**Assinatura do médico:**





## DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos em solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 25/09/2016 do (a) paciente OSVALDO LIMA FARIAS o nome da mãe , LUCIMAR DOS SANTOS FARIAS para LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS.



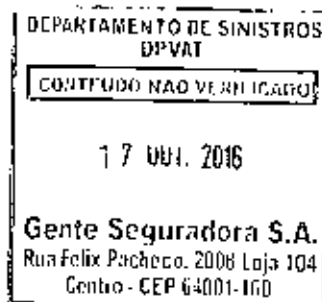
Teresina, 26 de setembro de 2016

*Fábio Marcos de Sousa*  
Diretor Técnico  
Fábio Marcos de Sousa  
CRM: 3336  
Hospital de Urgência de Teresina-HUT  
Diretor Técnico - HUT  
CRM: 3336



## DECLARAÇÃO

Conferindo nossos arquivos em solicitação dos familiares, retificamos no atendimento do dia 25/09/2016 do (a) paciente OSVALDO LIMA FARIAS o nome da mãe , LUCIMAR DOS SANTOS FARIAS para LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS.



Teresina, 26 de setembro de 2016

*Fábio Marcos de Sousa*  
Diretor Técnico  
Fábio Marcos de Sousa  
CRM: 3336  
Hospital de Urgência de Teresina-HUT  
Diretor Técnico - HUT  
CRM: 3336

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160630930

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** OSVALDO LIMA FARIAS

**Data do acidente:** 25/09/2016

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 01/12/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Fratura de 5º dedo do pé direito.

**Resultados terapêuticos:** Resolução incompleta após o término do tratamento, com evidência de limitação funcional insusceptível a terapêutica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional em movimentos de 5º dedo do pé direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** Dano grave em dedo do pé direito.

**Documentos complementares:**

**Observações:** Indenizado com base em documentação médico hospitalar.

## 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160630930

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** OSVALDO LIMA FARIAS

**Data do acidente:** 25/09/2016

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 01/12/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Fratura de 5º dedo do pé direito.

**Resultados terapêuticos:** Resolução incompleta após o término do tratamento, com evidência de limitação funcional insusceptível a terapêutica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional em movimentos de 5º dedo do pé direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** Dano grave em dedo do pé direito.

**Documentos complementares:**

**Observações:** Indenizado com base em documentação médico hospitalar.

## 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160630930

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** OSVALDO LIMA FARIAS

**Data do acidente:** 25/09/2016

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 01/12/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Fratura de 5º dedo do pé direito.

**Resultados terapêuticos:** Resolução incompleta após o término do tratamento, com evidência de limitação funcional insusceptível a terapêutica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional em movimentos de 5º dedo do pé direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** Dano grave em dedo do pé direito.

**Documentos complementares:**

**Observações:** Indenizado com base em documentação médico hospitalar.

## 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
--------------------------------	---	---	-----------	--------------------------









# PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

## AUTORGANTE:

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: 529.953

CPF: 904.547.073-04

Profissão: VIGILANTE

Endereço: R: 192 C: 18 Conj. Dirceu José Verde II

CEP: 64.078-110

Telefone: 186 99949.3100 / 99417-0464

## AUTORGADO:

Nome: MIRIANE SOARES BATISTA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRA

Idade: 3.178.369

CPF: 059.442.753-33

Profissão: ESTUDANTE

Endereço: UA 24 DE JANEIRO S/N, CENTRO

CEP: 64.000-000

Telefone: 186 3303-4104

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTIÚDO NAO VERIFICADO
17 OUT. 2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2000 Lda 104 FONE: 0800-911004

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 assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar resgates, podendo substabelecer e praticar todos os atos de direito necessários para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATORIO DPVAT para a

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS



TERESINA - PIAUI

Local e data: 03/10/16

Osvaldo Lima Farias

Assinatura do AUTORGANTE

(Assinatura deve ser autenticada/verificada)

EDMUNDO POR AUTENTICAR A FIRMA DE OSVALDO LIMA FARIAS, DOU FE. EN TEST. DA VERDADE. TERESINA, 03/10/2016 11:06 Col. 3,52 T0: 0,35 Selo: 0,10 Total: 3,97



Assine Lavar de Melu



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

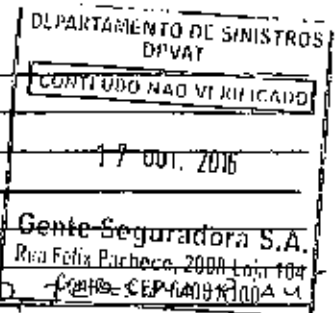
(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

## AUTORGANTE:

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS  
 Nacionalidade: BRASILEIRO  
 Estado Civil: SOLTEIRO  
 Identidade: 529.953  
 CPF: 904.547.073-04  
 Profissão: VIGILANTE  
 Endereço: R: 392 C: 18 Conj. Dirceu José Verde II  
 CEP: 64.078-110  
 Telefone: 186 99949.3100 / 99417-0464

## AUTORGADO:

Nome: MIRIANE SOARES BATISTA  
 Nacionalidade: BRASILEIRA  
 Estado Civil: SOLTEIRA  
 Identidade: 3.178.369  
 CPF: 059.442.753-33  
 Profissão: ESTUDANTE  
 Endereço: UA 24 DE JANEIRO S/N, CENTRO  
 CEP: 64.000-000  
 Telefone: 186 3303-4104



Por 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 assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar resgates, podendo substabelecer e praticar todos os atos de direito necessários para o fiel e perfeito cumprimento desta procuração a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS



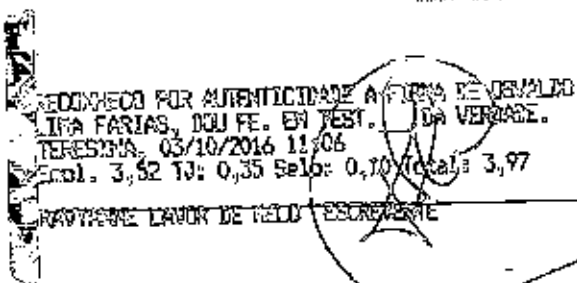
TERESINA - PIAUÍ

Local e data: 03/10/16

*Osvaldo Lima Farias*

Assinatura do AUTORGANTE

(Assinaturas devem ser autenticadas/verificadas)



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2016

Carta nº: 9914988

A/C: OSVALDO LIMA FARIAS

**Sinistro:** 3160630930 ASL-1112847/16  
**Vitima:** OSVALDO LIMA FARIAS  
**Data Acidente:** 25/09/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MIRIANE SOARES BATISTA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10115571

A/C: OSVALDO LIMA FARIAS

Sinistro: 3160630930 ASL-1112847/16  
Vítima: OSVALDO LIMA FARIAS  
Data Acidente: 25/09/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MIRIANE SOARES BATISTA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10204651

A/C: OSVALDO LIMA FARIAS

Sinistro: 3160630930 ASL-1112847/16  
Vítima: OSVALDO LIMA FARIAS  
Data Acidente: 25/09/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MIRIANE SOARES BATISTA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **OSVALDO LIMA FARIAS**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **237**

Agência: **000000342-5**

Conta: **00000570178-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Oswaldo Lima Farias

PORTADOR(A) DO RG Nº 7.529.953 EXPEDIDO POR SSP/PI EM 30/07/15 E

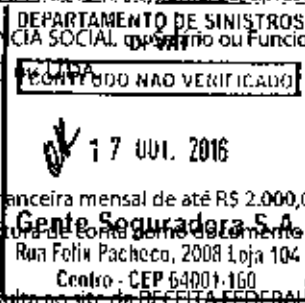
CPF 90454710713-106 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO segurante

RECEITA MENSAL DE R\$ R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Oswaldo Lima Farias AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, **emprego** ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa).
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Intéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesse momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site de RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0342-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0530198-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

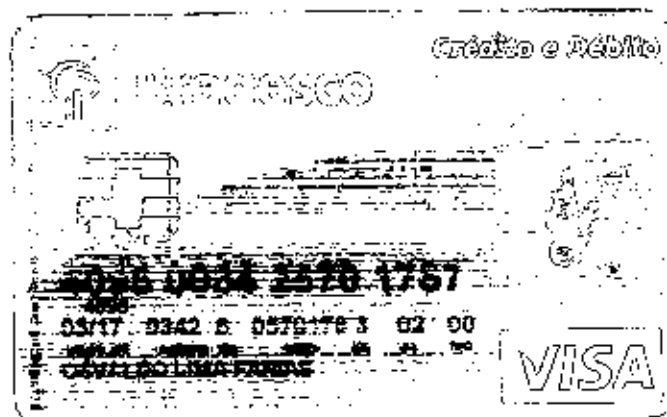
Teresina 04 de Outubro de 2016 x Oswaldo Lima Farias  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 21.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodoBrasil.com.br](http://www.dpvatsegurodoBrasil.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
17 JUL. 2016  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Oswaldo Lima Farias

PORTADOR(A) DO RG Nº 7.529.953 EXPEDIDO POR SSP/PI EM 30/07/15 E

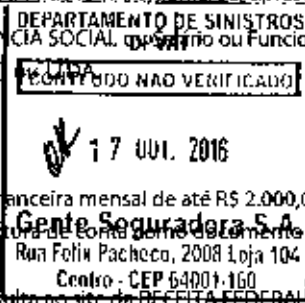
CPF 90454710713-10 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO Segurança

E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Oswaldo Lima Farias AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, **emprego** ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa).
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Intéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesse momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site de RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0342-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0530198-3

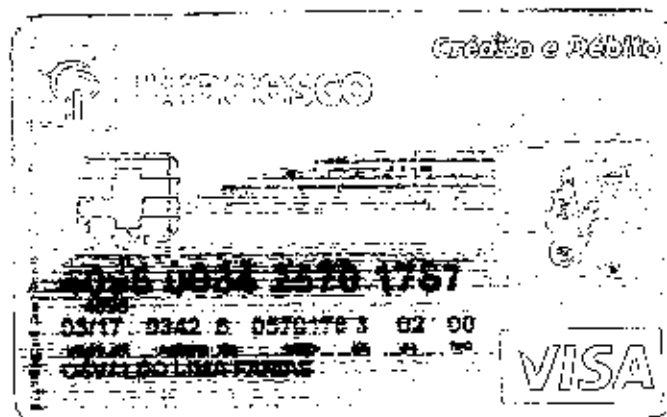
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Teresina, 04 de Outubro de 2016 x Oswaldo Lima Farias  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 21.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodobrasico.com.br](http://www.dpvatsegurodobrasico.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
17 JUL. 2016  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

**EU, [nome], portador(a) do Seguro DPVAT**

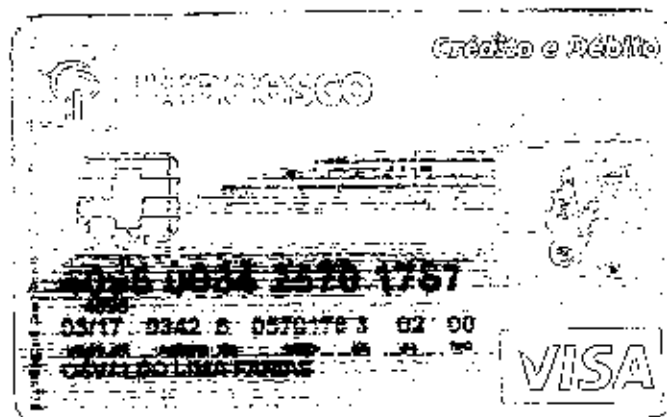
PORTADOR(A) DO RG Nº [RG] EXPEDIDO POR [SSP / P / I] EM [data] / [mês] / [ano] E  
CPF [CPF] O [profissão] / CNPJ [CNPJ] [atividade], PROFISSÃO [profissão] E RENDA MENSAL DE R\$ [renda]. Preencher na qualidade de BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DAVÍTIMA (Qualquer que seja a modalidade de indenização). AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Função Pública.
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa).
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FACIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abeio de depósito em nome de terceiros);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da Receita Federal [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também preencher o campo



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
17 JUL. 2016  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.001808/2016-32**

Unidade Policial: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 30/09/2016 - 11:05

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

Q-245, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº

Complemento

Data/Hora

25/09/2016 - 15:30

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE II

Ponto de Referência

POLINTER

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS

RG: 7529953 SSP/PI

Mãe: LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS

Pat: OSVALDO DOS SANTOS FARIAS

Endereço: Q-192, C-18, CONJUNTO DIRCEU ARCOVERDE II, Nº

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9417-0464

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

Gente Seguradora S.A.

Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 103  
Centro - CEP 64001-160

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRA CITADO, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 TITAN EX, ANO/MODELO 2015, COR BRANCA, PLACA OKH-5813-SC, RENAVAN 1046780147, PROPRIETÁRIO OSVALDO LIMA FARIAS, MOMENTO EM QUE FOI TRANCADO POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, TENDO COLIDIDO E CAÍDO, SENDO SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 4112, E ENCAMINHADO AO HLT, CONFORME PRONTUÁRIO Nº 421079, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat. 0094897  
AGENTE DE POLÍCIA

OSVALDO LIMA FARIAS - Notificante  
Responsável pela Informação

ARMANDINO PINTO DE MOURA  
Delegado de Polícia



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.001808/2016-32**

Unidade Policial: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 30/09/2016 - 11:05

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável  
GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Data/Hora  
25/09/2016 - 15:30

Tipo Local  
VIA PÚBLICA

Município  
TERESINA

Endereço  
Q-245, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº:  
Complemento

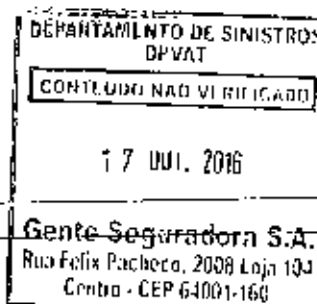
Bairro  
DIRCEU ARCOVERDE II

Ponto de Referência  
POLINTER

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS  
RG: 7529953 SSP/PI  
Mãe: LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS  
Pai: OSVALDO DOS SANTOS FARIAS  
Endereço: Q-192, C-18, CONJUNTO DIRCEU ARCOVERDE II, Nº  
Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II  
Cidade: TERESINA  
Telefone(s): 86-9417-0464

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante



**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRA CITADO, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 TITAN EX, ANO/MODELO 2015, COR BRANCA, PLACA OKH-5813-SC, RENAVAN 1046780147, PROPRIETÁRIO OSVALDO LIMA FARIAS, MOMENTO EM QUE FOI TRANCADO POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, TENDO COLIDIDO E CAÍDO, SENDO SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 4112, E ENCAMINHADO AO HLT, CONFORME PRONTUÁRIO Nº 421079, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat. 0094897  
AGENTE DE POLÍCIA

OSVALDO LIMA FARIAS - Notificante  
Responsável pela Informação

ARMANDINO PINTO DE MOURA  
Delegado de Polícia



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.001808/2016-32**

Unidade Policial: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

Data/Hora: 30/09/2016 - 11:05

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

Q-245, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº

Complemento

Data/Hora

25/09/2016 - 15:30

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE II

Ponto de Referência

POLINTER

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS

RG: 7529953 SSP/PI

Mãe: LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS

Pat: OSVALDO DOS SANTOS FARIAS

Endereço: Q-192, C-18, CONJUNTO DIRCEU ARCOVERDE II, Nº

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9417-0464

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

Gente Seguradora S.A.

Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 103  
Centro - CEP 64001-160

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRA CITADO, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 TITAN EX, ANO/MODELO 2015, COR BRANCA, PLACA OKH-5813-SC, RENAVAN 1046780147, PROPRIETÁRIO OSVALDO LIMA FARIAS, MOMENTO EM QUE FOI TRANCADO POR UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, TENDO COLIDIDO E CAÍDO, SENDO SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 4112, E ENCAMINHADO AO HLT, CONFORME PRONTUÁRIO Nº 421079, PELO QUE DÁ CONHECIMENTO E REQUER BO PARA FINS DE DIREITO.

Antonio Carlos Da Silva Leite - Mat. 0094897  
AGENTE DE POLÍCIA

OSVALDO LIMA FARIAS - Notificante  
Responsável pela Informação

ARMANDINO PINTO DE MOURA  
Delegado de Polícia



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Oswaldo Lima Farias, portador da carteira de identidade nº 7.529.953 e inscrito no CPF/MF sob o nº 904.547.073-04, residente e domiciliado na RD - 392 Casa 38, Cidade Teresina, Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JUL 2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2804 Loja 104 Centro - CEP 64001-100

Teresina - PI 04.10.2016

Local e data

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Oswaldo Lima Farias, portador da carteira de identidade nº 7.529.953 e inscrito no CPF/MF sob o nº 904.547.073-04, residente e domiciliado na RD - 392 Casa 38, Cidade Teresina, Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 JUL 2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2804 Loja 104 Centro - CEP 64001-100

Teresina - PI 04.10.2016

Local e data



Dados do Chamado	01 Nº. do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	4112	25/09/2016	21902	15:40	15:46
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	15:50	16:07			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	13 Ponto de referência	
	Q 245	Dinceu II	Te-Pi	Proximo Polinter	
Tipo da Ocorrência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
	Oswaldo Lima Farias	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	35	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Ônibus/Micro-ônibus 3 - Outro 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	23 - Equipamentos de segurança 24 - Capacete 25 - Cinturão de segurança 26 - Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	Pulso 86 Resp. 18 PA 110/70 TAX. 98 SatO2 98	26 - 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 - 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 - 1 - Sim 2 - Não	29 - 1 - Nenhum 2 - Extensão anormal 3 - Flexão anormal 4 - Movimento de retirada 5 - Localiza dor 6 - Obedece a comandos	
Assistência	29 Dor	30 Fratura	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada
	1 - Sem Dor 2 - Leve 3 - Moderada 4 - Intensa	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	1 - Sim 2 - Não 3 - Não Removido	HOT	1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado
Observações Interdisciplinar	34 Óbito	35 Responsável pela recepção	36 Socorristas	37 Enfermeiro	38 Condutor
	1 - Sim 2 - Não 3 - Antes do socorro 4 - Antes do transporte 5 - Durante o transporte				

Observações Interdisciplinar: Paciente com sinais de estar alcoolizado, vítima de acidente motocicleta + carro, fratura exposta no dedinho do pé direito

Socorristas: Médico: [Assinatura] AETE: [Assinatura]  
Enfermeiro: [Assinatura] Condutor: [Assinatura]



Dados do Chamado	01 Nº. do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	4112	25/09/2016	21902	15:40	15:46
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	15:50	16:07			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	13 Ponto de referência	
	Q 245	Dinceu II	Te-Pi	Proximo Polinter	
Tipo da Ocorrência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
	Oswaldo Lima Farias	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	35	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Ônibus/Micro-ônibus 3 - Outro 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	23 - Equipamentos de segurança 24 - Capacete 25 - Cinturão de segurança 26 - Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	Pulso 86 Resp. PA 10/70 TAX. 98 SatO2 98	Diagrama do corpo humano com seta apontando para o lado esquerdo da cabeça		
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	Radial 1 Central 1 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 10	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Calor cervical Kret Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)	HOT	1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	
Observações Interdisciplinar	35 Observações Interdisciplinar				
	Machucado, com sinais de estar alcoolizado, vítima de acidente motocicleta + carro, fratura exposta no dedinho do pé direito				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico AETE		Enfermeiro Condutor	
		Vitorino		Crismo	

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

14/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

337,50

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

CLIENTE: OSVALDO LIMA FARIAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00342-5

CONTA: 000000570178-3

Nr. Autenticação

BRADESCO141220160500000000002370034200000057017833750 PAGO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Osvaldo Lima Farias

RG nº 7.529.953, data de expedição 30/07/15 Órgão SSP/PI

CPF nº 904.547.073-04, 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>07-192 Casa 38</u>
Número	
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Conj. Dinceu Arceneiro II</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64078-110</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 3303-4104</u>
E-mail	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTIÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 54001-100

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina - PI 04.10.2016

Assinatura do Declarante:

Osvaldo Lima Farias

**AGESPISA**  
Agência Especial de Previdência

Av. Marechal Góes, 10 - Norte - Teresina - PI  
CEP: 64000-000  
Fone: (066) 3445.7440/31-27  
Internet: www.agespisa.com.br  
Cadastro de Contribuinte: 05000 65 8888

**Fatura Mensal**

**Matrícula:** 285921-4 **Identificação:** A38K187251 **Referência:** SET/2016

**Razão Social/Endereço:**  
OSVALDO DOS SANTOS FARIAS  
CDA DIRCEU ARCOVERDE 17 Q-192 A Q-195, C-192  
C-013 ITARARE  
TERESINA 64078110 **AG= 22**

**Situação:** 3/1 **Ass:** 1 **Categoria de Uso:** **Inscrição:** 110 38 02 2113 0255-000  
**12/08/2016** **20/09/2016** **32**

Período de Contribuição	Valor	Período de Contribuição	Valor
03/16	1146	20	0
04/16	1151	15	0
05/16	1180	19	0
06/16	1201	21	0
07/16	1218	17	0
08/16	1235	17	0
09/16	1254	19	0

**Forma de Pagamento:**  
FATURADO P/ CONSUMO NORMAL  
**Cód. Contribuinte:** 012859010 **Código de Turno:** 01  
**Consumo:** 16 **Consumo Total:** 19

Item	Descrição	Valor (R\$)
001	MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	68,93
002	JUROS DE MORA 001/001	1,24
003	MANUTENÇÃO HIROMETRO	1,26
		1,17

**30/09/2016** **72,60**  
PAGAR ANTES DO VENCIMENTO, EVITE CONTRIBUIÇÃO DE MULTA/JUROS DE MORA.  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Período de Contribuição	Valor	Período de Contribuição	Valor
322	89	322	322
336	95	336	336
328	95	334	333

EXEUTOR: EM 2 DE OUTUBRO, VOTE LÍZPO, VOTE CONSCIENTE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VINCULADO  
17 JUL. 2016  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 200R Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

**AGESPISA** **Identificação:** 110 38 02 2113 0255-000 **AG= 22**  
**Matrícula:** 1285921-E **Referência:** SET/2016

**VENCIMENTO:** 30/09/2016 **TOTAL A PAGAR (R\$):** 72,60  
2600000000-0 726000000000-0 24590100000-0 100000000000-0



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Osvaldo Lima Farias

RG nº 7.529.953, data de expedição 30/07/15 Órgão SSP/PI

CPF nº 904.547.073-04, 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>07-192 Casa 38</u>
Número	
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Conj. Dinceu Arceneiro II</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64078-110</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 3303-4104</u>
E-mail	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTIÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL, 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 54001-100

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina - PI 04.10.2016

Assinatura do Declarante:



**AGESPISA**  
Agência Especial de Previdência Social

Av. Marechal Góes, 10 - Norte - Teresina - PI  
CEP: 64000-000  
Fone: (066) 345.7400/345.7401-27  
Internet: www.agespisa.com.br  
Cadastro no CNPJ: 05000.65.8888

**Fatura Mensal**

<b>Matrícula</b> 285921-4	<b>Identificação</b> AGESPISA 251	<b>Referência</b> SET/2016																								
<b>Razão Social/Endereço</b> OSVALDO DOS SANTOS FARIAS COM DIRCEU ARCOVERDE 17 Q-192 A Q-195, C-192 C-013 ITARARE TERESINA 64078110																										
AG= 22																										
<b>Situação</b> 3/1	<b>Ass.</b> 1	<b>Inscrição</b> 110 38 02 2113 0255-000																								
<b>13/08/2016</b>	<b>20/09/2016</b>	<b>32</b>																								
<b>Resumo de Consumo</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Consumo</th> <th>Valor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>03/16</td><td>1146</td><td>20</td></tr> <tr><td>04/16</td><td>1151</td><td>15</td></tr> <tr><td>05/16</td><td>1180</td><td>19</td></tr> <tr><td>06/16</td><td>1201</td><td>21</td></tr> <tr><td>07/16</td><td>1218</td><td>17</td></tr> <tr><td>08/16</td><td>1235</td><td>17</td></tr> <tr><td>09/16</td><td>1254</td><td>19</td></tr> </tbody> </table>		Período	Consumo	Valor	03/16	1146	20	04/16	1151	15	05/16	1180	19	06/16	1201	21	07/16	1218	17	08/16	1235	17	09/16	1254	19	<b>Forma de Faturamento</b> FATURADO P/ CONSUMO NORMAL <b>Cód. Consum. (VAT)</b> 012859010 <b>Código de Turno</b> 01 <b>Consumo (VAT)</b> 16 <b>Consumo (VAT)</b> 19
Período	Consumo	Valor																								
03/16	1146	20																								
04/16	1151	15																								
05/16	1180	19																								
06/16	1201	21																								
07/16	1218	17																								
08/16	1235	17																								
09/16	1254	19																								
<b>Nome do Serviço</b> MULTA IMPONTUALIDADE 001/001 JUROS DE MORA 001/001 MANUTENÇÃO HIROMETRO		<b>Valor (R\$)</b> 68,93 1,24 1,26 1,17																								

**30/09/2016**  
**AGESPISA**  
**72,60**  
 PAGO ANTES DO VENCIMENTO, EVITE CANCELAMENTO DE BILHETE/JORNAL MORA  
 CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30  
 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetros	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Valor de Consumo	322	89	322	322	322
Valor de Consumo (VAT)	336	95	336	336	336
Valor de Consumo (VAT)	328	95	334	333	336

**Observação:** PAGO ANTES DO VENCIMENTO, EVITE CANCELAMENTO DE BILHETE/JORNAL MORA  
**Observação:** PAGO ANTES DO VENCIMENTO, EVITE CANCELAMENTO DE BILHETE/JORNAL MORA  
**Observação:** PAGO ANTES DO VENCIMENTO, EVITE CANCELAMENTO DE BILHETE/JORNAL MORA

<b>AGESPISA</b>	<b>Identificação</b> 110 38 02 2113 0255-000	<b>AG= 22</b>
<b>Matrícula</b> 1285921-E	<b>Referência</b> SET/2016	
<b>VENCIMENTO</b> 30/09/2016	<b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> 72,60	
26000000000-0 72600000000-0 21590100000-0 10000000000-0		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VINCULADO  
 17 JUL 2016  
 Gente Seguradora S.A.  
 Rua Felix Pacheco, 200R Loja 104  
 Centro - CEP 64001-100



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Osvaldo Lima Farias

RG nº 7.529.953, data de expedição 30/07/15 Órgão SSP/PI

CPF nº 904.547.073-04, 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>07-192 Casa 38</u>
Número	
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Conj. Dinceu Arceneiro II</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64078-110</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 3303-4104</u>
E-mail	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTIÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 54001-100

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina - PI 04.10.2016

Assinatura do Declarante:

Osvaldo Lima Farias

**AGESPISA**  
Agência Especial de Previdência Social

Av. Marechal Góes, 10 - Norte - Teresina - PI  
CEP: 64000-000  
Fone: (066) 3445.7440/3441-27  
Internet: www.agespisa.com.br  
Cadastro no CNPJ: 05000.65.8888

**Fatura Mensal**

**Matrícula:** 285921-4 **Identificação:** ASSK187251 **Data:** SET/2016

**Razão Social/Endereço:**  
OSVALDO DOS SANTOS FARIAS  
CDA DIRCEU ARCOVERDE 17 Q-192 A Q-195, C-192  
C-013 ITARARE  
TERESINA 64078110 **AG= 22**

**Situação:** 3/1 **Ass:** 1 **Categoria de Usuário:** **Inscrição:** 110 38 02 2113 0255-000  
**Data de Emissão:** 13/08/2016 **Data de Vencimento:** 30/09/2016 **Valor:** 32

Período de Consumo	Consumo	Valor	Forma de Pagamento
03/16	1146	20	FATURADO P/ CONSUMO NORMAL
04/16	1151	15	
05/16	1180	19	
06/16	1201	21	
07/16	1218	17	
08/16	1235	17	
09/16	1254	19	

Descrição do Serviço	Valor (R\$)
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001	68,93
JUROS DE MORA 001/001	1,24
MANUTENCAO HIROMETRO	1,26
	1,17

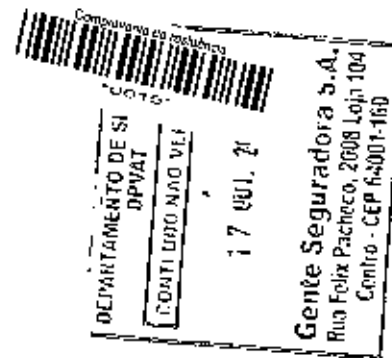
**Data de Vencimento:** 30/09/2016 **Valor Total:** 72,60  
PAGAR ANTES DO VENCIMENTO, EVITE CANCELAMENTO DE BILHETE/JORNAL MORA.  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetros	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Valor de Consumo	322	89	322	322	322
Valor de Consumo (com taxa)	336	95	336	336	336
Valor de Consumo (com taxa e multa)	328	95	334	333	336

**AGESPISA** **Identificação:** 110 38 02 2113 0255-000 **AG= 22**  
**Matrícula:** 1285921-E **Data:** SET/2016

**VENCIMENTO:** 30/09/2016 **TOTAL A PAGAR (R\$):** 72,60  
26000000000-0 72000000000-0 24500000000-0 10000000000-0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTENDO NÃO VINCULADO  
17 JUL. 2016  
Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 200R Loja 104  
Centro - CEP 64001-100



# Humana

S A Ú D E

humanasaude.com.br



ANS - nº 357511



COU TERESINA PI

29950309 - MIRIANE SOARES BATISTA  
RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 544  
CENTRO/NORTE  
64000-235 TERESINA - PI



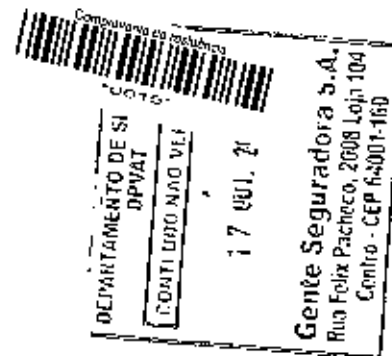
361517410700833000000015330100816

NACIONAL

Data da Postagem: 10/08/16

Data e Hora: 20/08/16 14:20:15

Data de Vencimento: 10/08/16 14:20:15



# Humana

S A Ú D E

humanasaude.com.br



ANS - nº 357511



COU TERESINA PI

29950309 - MIRIANE SOARES BATISTA  
RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 544  
CENTRO/NORTE  
64000-235 TERESINA - PI



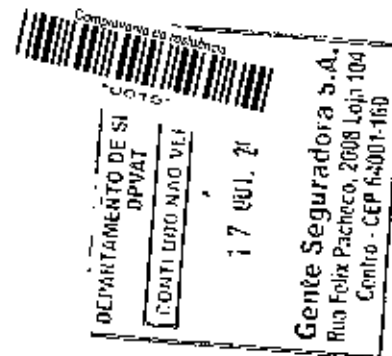
361517410700833000000015330100816

NACIONAL

Data da Postagem: 10/08/16

Data e Hora: 20/08/16 14:20:15

Data de Vencimento: 10/08/16 14:20:15



# Humana

S A Ú D E

humanasaude.com.br



ANS - nº 357511



COU TERESINA PI

29950309 - MIRIANE SOARES BATISTA  
RUA VINTE E QUATRO DE JANEIRO 544  
CENTRO/NORTE  
64000-235 TERESINA - PI



361517410700833000000015330100816

NACIONAL

Data da Postagem: 10/08/16

Data e Hora: 20/08/16 14:29:00

Data de Vencimento: 10/08/16 14:29:00



## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Miriane Soares Batista, portador(a) do RG nº 3.178.369, expedido por SSP/PT, em 15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Osvaldo Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza IPA da vítima Osvaldo Lima Farias, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Estudante Renda Mensal: R\$ Estudante

Documentos comprobatórios: Estudante

X Miriane Soares Batista

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT. 2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 53001-160



## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Miriane Soares Batista, portador(a) do RG nº 3.178.369, expedido por SSP/PT, em 15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Osvaldo Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza IPA da vítima Osvaldo Lima Farias, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Estudante Renda Mensal: R\$ Estudante

Documentos comprobatórios: Estudante

X Miriane Soares Batista

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT. 2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 54001-160





## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Miriane Soares Batista, portador(a) do RG nº 3.178.369, expedido por SSP/PT, em 15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Osvaldo Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza IPA da vítima Osvaldo Lima Farias, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Estudante Renda Mensal: R\$ Estudante

Documentos comprobatórios: Estudante

X Miriane Soares Batista

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17 OUT. 2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 53001-160



0030

Conteúdo não verificado

## DECLARAÇÃO

## Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 3.613/98.

Pelo exposto, eu Miriane Soares Batista, portador(a) do

RG nº 3.178.369, expedido por SSP - PF, e

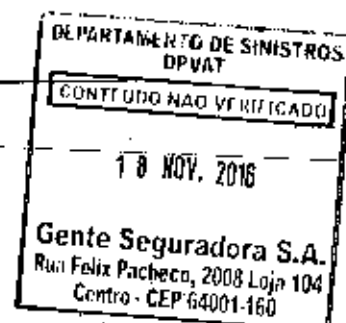
15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Uvaldo Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Uvaldo Lima Farias, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor - se Renda Mensal: R\$ Revisor - se

Documentos comprobatórios: Revisor - se

Miriane Soares Batista  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





0030

Continuação de 200 declaratório

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 3.613/98.

Pelo exposto, eu Miriane Soares Batista, portador(a) do

RG nº 3.178.369, expedido por SSP - PF, e

15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Uvaldo

Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

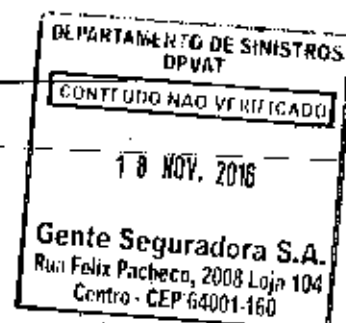
da vítima Uvaldo Lima Farias, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recepcionista Renda Mensal: R\$ Recepcionista

Documentos comprobatórios: Recepcionista

Miriane Soares Batista  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





0030

Continuação de 200 declaratório

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 3.613/98.

Pelo exposto, eu Miriane Soares Batista, portador(a) do

RG nº 3.178.369, expedido por SSP - PF, e

15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Uvaldo

Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

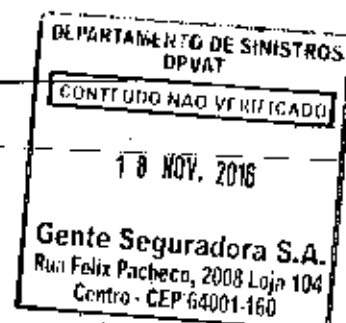
da vítima Uvaldo Lima Farias, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recepcionista Renda Mensal: R\$ Recepcionista

Documentos comprobatórios: Recepcionista

Miriane Soares Batista  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
17 JUL. 2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2908 Loja 104 Centro - CEP 64001-160

NOME DO PACIENTE: Oswaldo Lima Farias

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421.079

**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".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Radensão - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Ortopedia - 05 Alta

SALA TRAUM

W EU BO CILAR DIR

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

Nome:	OSVALDO LIMA FARIAS	Prontuário:	421079
Mãe:	LUCINAR DOS SANTOS FARIAS	Pai:	OSVALDO DOS SANTOS FARIAS
End. Resid.:	QUADRA 192 CASA 16 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	25/05/1981	Idade:	35a:4m:0d
Sexo:	Masculino	Fone:	96-99517-3636
Responsável:	MANOEL MONTEIRO	CNS:	700004485882203
Profissão:	AGENTE DE PORTARIA	Documento:	CPR
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	E. Civil:	solteiro(a)
End. Local.:	- - -		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	571423	Data:	25/09/2016 16:13:13	Condução:	AMBULANCIA DE SUIC		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Acid. Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não	CID Secundário:	V299

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
QUEDAS	Fratura exposta	DEPARTAMENTO DE SINISTROS ORVAT	Amarelo
Breve História:	CONTENÚDO NÃO VERIFICADO		Profissional Clas. Risco:
PCI VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO EVOLUI COM FRATURA EXPOSTA PORODACTILO-CSPALETIAFOR LOMBAR E ESCORIAÇÕES FALO CORPO.	17 JUL. 2016		HELENILSA CARVALHO DE SOUSA COREN - 307586 Em: 25/09/2016 16:24:05
Gente Seguradora S.A.		Rua Felix Pacheco, 200B Loja 104 Centro - CEP 64001-100	

## DADOS CLÍNICOS: (Hora: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_)

A) Via AERE PERVA

B) EUPNEICO, AP: MV diminuído bilateralmente, S/ ruidos

C) NORMOCARDICO

d) CONSCIENTE E ORIENTADO, GLASGOW 15, ingestão de bebida ALCOOLICA

Abdome: dor a PALPAÇÃO EN FLANCO DIREITO, NORMOTENSO.

PA _____ X _____ mmHg	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:	CID:		

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx torax + Pelve + cervical + PE direito

REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA

DATA: 25/09/16

MÉDICO: Helbert

EXAME US Abd lateral

AUDIO PROVISÓRIO OK

## MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Interferir, Indique o Procedimento e CID

Enio Pereira Carvalho

MÉDICO GERAL VASCULAR

CID

DATA: \_\_\_\_\_

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

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura: \_\_\_\_\_

Dr. Paulo Moura  
Médico  
CRM-PI 6181



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Ottoni Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.322.917/0022-02

Imp: 25/09/2016 16:26:19  
(HELENILSA)

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS		Prontuário: 421079
Mãe: LUCIMAR DOS SANTOS FARIAS	Pai: OSVALDO DOS SANTOS FARIAS	
End. Resid.: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 25/05/1981	Idade: 35a:4m:0d	Sexo: Masculino Fone: 86-99517-3636
Responsável: MANOEL MONTEIRO	CNS: 700004485682203	
Profissão: AGENTE DE PORTARIA	Documento: CPF:	
G. Instrução: Fundamental Incompleto	E. Civil: Solteiro(a)	
End. Local: - - -		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Edição: 571423	Data: 25/09/2016 16:13:13	Clas. Cor: Amarelo
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VITIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____	ESPECIALISTA: Ortopedia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Reforço diagnóstico com exames complementares, demandando a de se D: de fratura completa do S. P.D. no exame RX - Fratura da falange proximal S. P.D. Cd: Suspeita de fratura completa do S. P.D. Neuromiotor - C. G. G.	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____	DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTI VRS NÃO ABREVIADO 17 OUT. 2016 Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104 Centim. CEP 64001-160
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 25/09/16 20:45h	ESPECIALISTA: NCA
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Politruma TC Ombro: Sem lesão que explique conduta NCA TC Canela: lesão Ls não avulsa cond. Sem conduta NCA	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
Dr. Rafael Levi Louichard S. da Cunha Médico de Esporte CRM: 3807 SBC: 42983 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer Trauma do Esporte e Artroscopia Cirurgia do Ombro e Cotovelo	



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: -86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIAS** (Prontuário: 421079)  
Endereço: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a:4m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 571423  
Requisição: 679172 Solicitação: 25/09/2016 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 848713 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 25/09/2016

### US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(HERBERT)

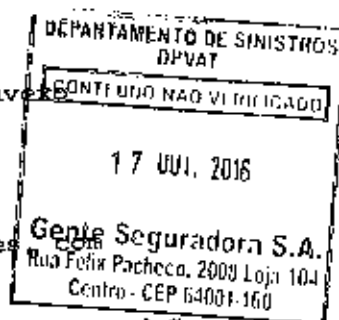
TERESINA - PI 25/09/2016

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CRF: 85487-032-91 CRM-PI 3242  
Profissional Responsável

26-09-16

KO





NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	RNF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Suelo Lima Faria					0160p	
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
				HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
25/09/16	LNC e FN Kirchner S. de 12 p. 0				06:00 tetanogama na tem na gamma. Tc. ex indian	
	1 Oreo Oro Lora					
	2 SFO, 91 - SOD ml, GV, 7, 10, 12					
	3 Benitadon - 10mg + AD, 4, 8, 12					
	4 Bromopride - 10mg + AD, 6, 8, 12 SIN					
	5 Diprison - 10mg + 8 ml AD, 6, 8					
	6 6h					
	7 Clorbutol - 10mg + AD, 6, 8					
	8 6h					
	9 Curo 7x2 Orap					
	10 Transul 10mg/ml - 10mg + 100ml SFO, 91					
	GV 10mg 8, 12 hr					
	11 SSV + 66 de					
	12 Tetanogama					
	INJEÇÃO					
	06 NT					

INSTITUTO DE SINISTROS  
OIVAT  
CNPJ 010 940 9401-100  
27 jul. 2016  
Gente Seguradora S.A.  
Rua da Pacheco, 2008 Lapa 100  
CNPJ - CEP 04001-100



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/9/16

NOME DO PACIENTE: <u>Osvaldo Lima Karias</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>421099</u>
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:
ANESTESIA: <u>Raque</u>	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Hugo / Dr. Leonardo</u>	CPF Nº:
AUXILIAR:	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dra. Soraia</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Karla</u>	CPF Nº:

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI Nº <u>24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7-0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>7-5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	300		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 3CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		1		OBS.: 3 copias 26/09/16 XL			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.		1					
CAT. GUT. CROMADO C/AG		1					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		1					
ALCOFIL		1					
MONONYLON Nº <u>2.0</u>		01					
FITA UMBILICAL		1		ENFERMARIA:			
VICRYL		1		CIRCULANTE: <u>Karla</u>			
PROLENE		1					



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Oswaldo Lima Farias

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de 5º dedo pé direito

Operação - Tipo

LMC e Osteossíntese com Kirschner 5º dedo pé

Cirurgião

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura exposta 5º dedo pé direito

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTIÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL. 2016

Gente Seguradora S.A.

Rua Edmundo Pacheco, 2006 Cori 104  
Centro - CEP 64001-160

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Pectramento)

- ① Ocr bit. Ocr bit Sub. Pequena
- ② Anestesia + Antimicrobiano
- ③ Posicionamento (comp. estéril)
- ④ Limpeza. Mecânica. Cirúrgica com SF011.
- ⑤ Posicionamento do fio de Kirschner 15mm intramedular no 5º dedo do pé direito por fluoroscopia
- ⑥ Hemostase
- ⑦ Sutura
- ⑧ Curativo

Dr. Leoncio  
L. P. 570



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIAS** (Prontuário: 421079)

Endereço: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a:4m:0d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG

Atendimento: 571423

Requisição: 679172

Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 848713

Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 25/09/2016

### US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor convexo multifrequencial de alta resolução e foco dinâmico, mostrou:

- Fígado: com morfologia e dimensões normais, textura e ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade.
- Vesícula biliar: tópica, normodistendida, de paredes finas e regulares, conteúdo líquido anecóico. Não há imagens de cálculos em seu interior.
- Vias biliares intra-hepáticas e hepatocolédoco: íntegros.
- Pâncreas e Baço: com morfologia e dimensões normais, ecotextura dentro dos padrões da normalidade.
- Aorta abdominal e veia cava inferior: sem alterações.
- Rins: com morfologia e dimensões normais. Ecogenicidade parenquimatosa dentro dos padrões da normalidade. Relação córtico-medular preservada. Ausência de imagens de cálculos.
- Retroperitônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parênquima homogêneo e relevos capsulares íntegros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(HERBERT)

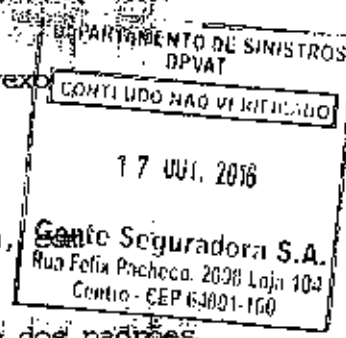
TERESINA - PI 25/09/2016

HERBERT CALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-01 CRMPI 3242

Profissional Responsável

26-09-16





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1320 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 15.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIAS** (Prontuário: 421079)

Endereço: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a:4m:0d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG. Atendimento: 571423

Requisição: 679204

Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

Controlar: 848758

Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

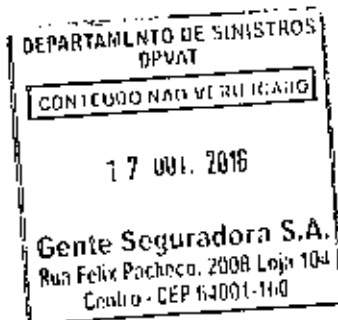
### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

- CALCIFICAÇÃO PARENQUIMATOSA NO LOBO FRONTAL ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 0,8CM, PROVAVELMENTE RESIDUAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

(IRANDI SILVA)



TERESINA - PI 25/09/2016

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 698.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

26.09.16

Handwritten signature



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3225-4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0002-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIAS** (Prontuário: 421079)

Endereço: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010

Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a:4m:0d

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 571423

Requisição: 679204

Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

Controle: B48758

Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

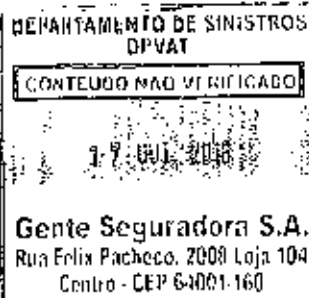
### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

- CALCIFICAÇÃO PARENQUIMATOSA NO LOBO FRONTAL ESQUERDO, MEDINDO CERCA DE 0,8CM, PROVAVELMENTE RESIDUAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.
- SISTEMA VENTRICULAR COM DIMENSÕES E MORFOLOGIA NORMAIS.
- CISTERNAS E SULCOS DA CONVEXIDADE SEM ALTERAÇÕES.

(GRANDI SILVA)



TERESINA - PI 25/09/2016

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 69558343-15 CNPJ: 09  
Profissional Responsável

26.09.16



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-970 CNEJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIAS** (Frontuário: 421079)  
Endereço: QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a:4m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 531323  
Requisição: 679205 Solicitação: 25/09/2016 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA  
Controle: 848759 Convênio: S.U.S.

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data Exame: 25/09/2016

### T.C. DE COLUNA LOMBO SACRA

**TÉCNICA:** Foram realizados cortes axiais com espessura de 3 mm e intervalo de 3 mm, paralelos aos espaços discais de L3 - L4 a L5 - S1.

### RELATÓRIO:

- Pequenos osteofitos ântero-laterais nos corpos vertebrais em L4-L5 e L5-S1.
- Discos intervertebrais visualizados com morfologia, contornos e coeficientes de atenuação normais.
- Canal vertebral ósseo nos segmentos estudados com dimensões dentro dos limites da normalidade.
- Porção terminal da medula espinhal e cauda eqüina com coeficientes de atenuação normais.

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/09/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTINUIDADE VERIFICADA

17 JUL 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2006 Loja 104  
Centro - CEP 64001-140

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.302-15 CRM-PI 3099

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

26.09/16

*[Assinatura]*