

Email - reinaldo filho - Outlook | Consulta processos - Processo Ju... | 0828962-63.2018.8.18.0140 - Pro... | Zimbra: Entrada (11) | + | ☰ | ☰ | ☰

← → ⌂ ⌂ 🔍 tpi.pje.jus.br/pje/ConsultaProcesso/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=168923&ca=d7fd977833d0566368612dca1026b65d... | Zimbra: Entrada (11) | + | ☰ | ☰ | ☰

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

Pje ProOrd 0828962-63.2018.8.18.0140

OSVALDO LIMA FARIA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO ...

8282884 - CONTESTAÇÃO (2693010 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 10/02/2020 17:26:59

10 Feb 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO  
8282882 - CONTESTAÇÃO  
└ 8282884 - CONTESTAÇÃO (2693010 CONTESTACAO 01)  
  └ 8283247 - Documentos (2693010 CONTESTACAO Anexo 02)  
  └ 8283250 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressados)  
  └ 8283251 - Documentos (GARITA DE PREPOSTOS)  
    └ 8283252 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

24 Jan 2020

PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE  
8283251 - Despacho

18 Nov 2019

downloadBinario.seam 1 / 11

2693010-CJ/2020-00483/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA  
— ADVOCADOS ASSOCIADOS —

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 7<sup>a</sup> 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 descharacteriza 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 vínculo contido no presente caderno processual.

A intimação para sanar tal vínculo 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 vínculo 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 vínculo 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 incontrovertido 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 PACIENTE COM DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL AO DEAMBULAR; DISCRETO EDEMA LOCAL; LIMITAÇÃO DE ARCO médico pericial: DE MOVIMENTO DO 5º PDD ( EXTENSÃO DE 20º/ FLEXÃO DE 20º ).

Resultados terapêuticos: PACIENTE COM DOR LOCAL AO DEAMBULAR; SUBMETEU-SE A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO DA FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 5º 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 desconstituir-a através da propositura da correspondente ação anulatória, discorrendo 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 ressalvar 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  
BRADESCO14122016050000000000237003420000057017833750 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 HOUVE 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 APRECIAÇÃO 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 horários 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 nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou 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**

## 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

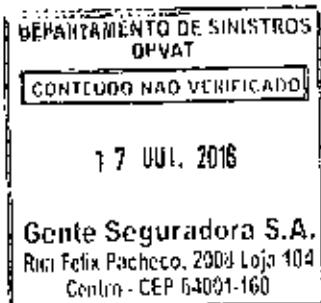
JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Ultra  
Documentação médica hospitalar  
  
00000000000000000000000000000000



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Oraldo Lima Farias

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421.679

**SERVÍCIO 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 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Urtopedia - 05/09/2016 16:24:06

SALA DE TRAUMA

Nº EV Ro C1A/DR

CURVA G1P GÉRETE

Impresso por: HELENILSAI

Data da impressão: 25/09/2016 16:24:06

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

|   |                               |                                     |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|
| Nome: OSVALDO LIMA FARIA  |                               | Prontuário: 421079                  |
| Mãe: LUCIMAR DOS SANTOS FARIA   | Pai: OSVALDO DOS SANTOS FARIA |                                     |
| End. Resid.: QUADRA 192 CASA 16 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                               |                                     |
| Nascimento: 25/05/1981  | Idade: 35a:4m:0d              | Sexo: Masculino Fone: 86-99917-3636 |
| Responsável: MANOEL MONTEIRO  |                               | CNS: 700004485882203                |
| Profissão: AGENTE DE PORTARIA   |                               | Documento: CPF: 01170812000-00      |
| G. Instrução: Fundamental Incompleto  |                               | E.Civil: Solteiro(a)                |
| End. Local.: - - -  |                               |                                     |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|   |                           |                         |
|---|---------------------------|-------------------------|
| Código: 571423  | Data: 25/09/2016 16:13:13 | Condução: AMBULÂNCIA    |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |                           | Convenio: S D S         |
| Acid. Trab.: Não  | Acid. Trajeto: Não        | Acid. Trab. Tipico: Não |
|   |                           | CID Secundário: V299    |

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|  |                                   |  |  |
|--|-----------------------------------|--|--|
| Sinal/Sintoma: QUEDAS  | Evento Principal: Fratura exposta | Destino: DEPARTAMENTO DE SINISTROS                         | Classificação: RISCO GERAL   |
| Breve História: PCT VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO EVOLUI COM FRATURA EXPOSTA PORODACTILO-CSPATÉRIO TOR LOMBAR E ESCORIAÇÕES SOLO CORPO. |                                   | DATA: 17/09/2016   | Amarelo  |
|  |                                   | CONTENDIDO NÃO VERIFICADO                                  | Professional Clas. Risco:  |
|  |                                   | Gente Seguradora S.A.                                      | HELENILSA CARVALHO DE SOUSA<br>COREN - 307586<br>Em: 25/09/2016 16:24:05 |
| DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)  |                                   | Rua Felix Pacheco, 200B Loja 104<br>Centro - CEP 64001-000 |  |

A) VIA AEREA PERVIA

B) EUPNEICO, AP: MV diminuido bilateralmente, S/ Ruidos

C) NORMOCARDICO

d) CONSCIENTE E ORIENTADO, Glasgow 15, ingestão de bebida ALCOOLICA  
Abdome: dor A PALPACAO EN FLANCO direito, NORMOTENSO.

|                      |           |               |              |
|----------------------|-----------|---------------|--------------|
| PA: _____ mmHg       | P脉: _____ | FC: _____ bpm | Temp.: _____ |
| Diagnóstico Initial: |           |               |              |

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx torax + PELVE + CERVICAL + PÉ direito

REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA

DATA: 25/09/16

MÉDICO: Helbert

EXAME US Abd Total

AUDIO PROVISÓRIO OK

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internado, Indique o Procedimento e CID

Enio Pereira Carvalho

MEDICINA DA VASCULAR

CID: 013489

DATA: / / HORA: / :

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Dr. Enio Pereira Carvalho

Dr. Enio Pereira Carvalho

CRM: 613489

CRM: 613489



## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

|  |   |
|--|---|
| <u>Name:</u> OSVALDO LIMA FARIA  | <u>Prontuário:</u> 421079                         |
| <u>Mãe:</u> LUCIMAR DOS SANTOS FARIA   | <u>Pai:</u> OSVALDO DOS SANTOS FARIA              |
| <u>End. Resid.:</u> QUADRA 192 CASA 18 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 | <u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-99517-3636 |
| <u>Nascimento:</u> 25/05/1981 <u>Idade:</u> 35a:4m:0d                                      | <u>CNS:</u> 700004485882203                       |
| <u>Responsável:</u> MANOEL MONTEIRO  | <u>Documento:</u> CPF: . . .                      |
| <u>Profissão:</u> AGENTE DE PORTARIA   | <u>E.Civil:</u> Solteiro(a)                       |
| <u>G. Instrução:</u> Fundamental Incompleto  |   |
| <u>End. Local.:</u> - - -  |   |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|  |                                  |                           |
|--|----------------------------------|---------------------------|
| <u>Edigo:</u> 571423   | <u>Data:</u> 25/09/2016 16:13:13 | <u>Clas. Cor:</u> Amarelo |
|  |                                  | <u>Convênio:</u> S U S    |
| <u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |                                  |                           |

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

|   |
|---|
| <u>Data/Hora Solicitação:</u> / / : : <u>ESPECIALISTA:</u> Otorrino   |
| <u>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</u> Referente acidente com moto envolvendo dono de moto e dona de moto que bateu contra a moto do paciente no SIPD no exame RX - Radiografia de fratura no lado esquerdo SIPD |
| CD: Encaminha para Cirurgia Ortopédica<br>Resumindo: Consulta cirúrgica   |
| <u>DEPARTAMENTO DE SINISTROS:</u><br>DPVAT  |

Marcos Vitor P de Carvalho Filho  
Traumatologista Ortopédica  
Carimbo/Assinatura CRM-PI 4792 SEBOP/2016

|   |
|---|
| <u>DADOS DO PARECER:</u> Data/Hora: / / : : <u>CONTROLE NÃO AUTORIZADO:</u>                 |
| 17/09/2016  |
| <u>Gente Seguradora S.A.</u><br>Rua Felix Pacheco, 2006 Loja 104<br>Centrin - CEP 64001-160 |

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

6

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

|  |
|--|
| <u>Data/Hora Solicitação:</u> 25/09/16 20:45h <u>ESPECIALISTA:</u> NCA |
| <u>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</u> Politécnico                              |
| TC Causa: Sem lesão que indique<br>conduto NCA                         |
| TC Comorb: Lesão LS não articular                                      |
| CD: Sem conduto NCA  |

Dr. Elton Zerra

Cirurgião-Dentista Especialista em Traumatologia

CRM-PI 5618 NEUROLOGIA

CRM-PI 5618



**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: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

#### US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor conversor 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 hepatocoléodo: integros.
- 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 integros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

Data Exame: 25/09/2016

DÉPARTEAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 VIII. 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Félix Pacheco, 2000 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

#### 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.

TERESINA - PI - 25/09/2016

(HERBERT)

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CRF: 854.612.038-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável

96/09/16

10



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

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**



## 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: | <i>Osvaldo Lima Faria</i>       | PRONTUÁRIO Nº: | <i>421079</i> |
| DIAGNÓSTICO:      |                                 | CIRURGIA:      |               |
| ANESTESIA:        | <i>Plaque</i>                   | Nº DA SALA:    | <i>05</i>     |
| CIRURGIAO:        | <i>Dra. Hugo / Dr. Leonardo</i> | CPF Nº:        |               |
| AUXILIAR:         |                                 | CPF Nº:        |               |
| ANESTESIA:        | <i>Dra. Socorro</i>             | CPF Nº:        |               |
| INSTRUMENTADORA:  | <i>Katia</i>                    | CPF Nº:        |               |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO   | UNID.                 | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|---|-----------------------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 03     |       | LÂMINA DE BISTURI N° 24                                   | UNID.                 | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 02     |       | LUVA N° 7-0   | PAR                   | 02     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 01     |       | LUVA N° 7-5   | PAR                   | 02     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO                                      | PAR                   | 06     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 200    |       | PVPI DE GERMANTE  | ML                    | 200    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | -      |       | PVPI TÓPICO   | OPVAT                 | ML     | 300   |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | 300    |       | PVPI TINTURA  | ML                    | -      |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 03     |       | SERINGA 20CC  | ML                    | 01     |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC  | GETTE Securadora S.A. | UNID.  | 01    |
| ESPARADRAPO             | CM    | 100    |       | Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104<br>Centro - CEP 6400-110 |                       | UNID.  | 01    |
| ESCALPE N°              | UNID. | -      |       | SERINGA 3CC   | UNID.                 | -      |       |
| FORMOL                  | ML    | -      |       | SORO FISIOLÓGICO  | FRASCO                | 06     |       |
| GASES                   | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL   | UNID.                 | -      |       |
| JELCO N°                | UNID. | -      |       |   |                       |        |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA  |                       |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       | 06 x 3 cromado  | 06                    |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       |   | 06                    |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |   |                       |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |   |                       |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |   |                       |        |       |
| MONONYLON N° 2.0        |       | 01     |       |   |                       |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:   |                       |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       | CIRCULANTE:   | Katia                 |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |   |                       |        |       |



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

|  |   |   |                                    |  |
|--|---|---|------------------------------------|--|
| Nome do Paciente   |   | Osvaldo Lima Farias                         |                                    |  |
| Diagnóstico pré-operatório   |   | Fratura exposta S. do pé direito            |                                    |  |
| Operação - Tipo  |   | Lmc e Osteosíntese com Kirschner 5- fios P/ |                                    |  |
| Cirurgião  |   | 1º Assinante                                |                                    |  |
| 2º Assinante   |   | 3º Assinante                                |                                    |  |
| Instrumentador(a)  | Anestesista                                   | Anestesia                                   |                                    |  |
| Anestésico(a)  |   |   |                                    |  |
| Data da Operação   | Inicio  | Fim   | DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT |  |
| Diagnóstico Pós-operatório   | Fratura exposta Fr. longa<br>S. do pé direito |   |                                    | CONTENDIDO NÃO VINCULADO<br>17 JUL. 2016<br>Gente Seguradora S.A.<br>Rua Félix Bacheiro, 2600 Lote 104<br>Centro - CEP 64001-100 |
| Relatório Imediato do Patologista  | 6-06-16                                       |   |                                    |  |
| Acidente Durante a Operação  | X   |   |                                    |  |
| DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO<br>(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)          |   |   |                                    |  |
| ① Desbr. dorsal Sub Retea anter  |   |   |                                    |  |
| ② Amputar + Artéria  |   |   |                                    |  |
| ③ Purificar membrana (imp. ativa)  |   |   |                                    |  |
| ④ Limpeza - Medicina Cirúrgica com SFH.  |   |   |                                    |  |
| ⑤ Fixacionamento (1) Fio de Kirschner 15mm<br>Intrometido no S. do pé do lado oposto |   |   |                                    |  |
| for flexo extensão   |   |   |                                    |  |
| ⑥ Idem ostomia   |   |   |                                    |  |
| ⑦ Sutura   |   |   |                                    |  |
| ⑧ Curto  |   |   |                                    |  |



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otávio Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 25.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIA** (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: SUS

### 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: integros.
- 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.
- Retropertônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parêntima homogêneo e relevos capsulares integros. 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**  
 CPF: 854.812.033-01 CRM-PI 3442  
 Profissional Responsável

96.09.16  
 Herbert Galeno Prado Mendes



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Ribeiro 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

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

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

Nascimento: 25/05/1961 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: 848758 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

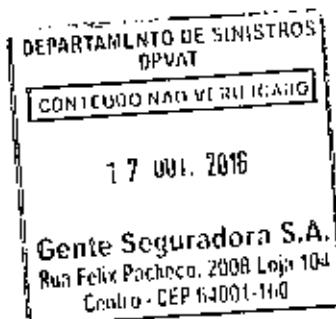
### T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da borda 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.

(IRANDI SILVA)



TERESINA - PI 25/09/2016

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

36.09.16

KU

# HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229-4572  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0002-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: OSVALDO LIMA FARIAS (Prontuário: 421079)

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

Nascimento: 25/06/1981 Idade: 35a:4m:0d Sexo: Masculino Origem: URGENCIA/EMERG Atendimento: 571423

Requisição: 679204 Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALMEIDA BONAMIRANDA

Controle: 848758 Convenio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

#### I.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 CIRCA 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

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT  |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO   |
| 17-09-2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2009 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-160 |

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 095.988.003-15 CRMPI 200

Profissional Responsável

26.09.16



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-020 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 Atendente: 531223

Requisição: 679205 Solicitação: 25/09/2016 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

Controle: 848759 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data: 25/09/2016

#### I.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 antero-laterais nos corpos vertebrais entre L4-L5 e L5-S1.
- Discos intervertebrais visualizados com morfologia, conformação 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<br>DPVAT  |
| CONTIDO NÃO VERIFICADO  |
| DATA: 17/09/2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheca, 2006 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-140 |

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.312-15 CRM-PI 3890

PROFISSÃO: Radiologista

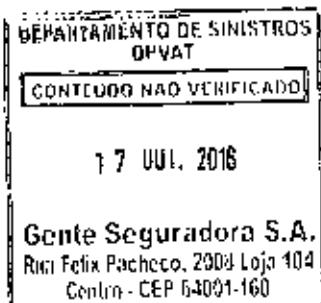
36.09

Y

Ultra  
Documentação médica hospitalar  
  
00000000000000000000000000000000



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Oraldo Lima Farias

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421.679

**SERVÍCIO 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 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Urtopedia - 05/09/2016 16:24:06

SALA DE TRAUMA

Nº EV Ro C1A/DR

CURVA G1P GÉRETE

Impresso por: HELENILSAI

Data da impressão: 25/09/2016 16:24:06

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

|   |                               |                                     |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|
| Nome: OSVALDO LIMA FARIA  |                               | Prontuário: 421079                  |
| Mãe: LUCIMAR DOS SANTOS FARIA   | Pai: OSVALDO DOS SANTOS FARIA |                                     |
| End. Resid.: QUADRA 192 CASA 16 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010 |                               |                                     |
| Nascimento: 25/05/1981  | Idade: 35a:4m:0d              | Sexo: Masculino Fone: 86-99917-3636 |
| Responsável: MANOEL MONTEIRO  |                               | CNS: 700004485882203                |
| Profissão: AGENTE DE PORTARIA   |                               | Documento: CPF: 01170812000-00      |
| G. Instrução: Fundamental Incompleto  |                               | E.Civil: Solteiro(a)                |
| End. Local.: - - -  |                               |                                     |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|   |                           |                         |
|---|---------------------------|-------------------------|
| Código: 571423  | Data: 25/09/2016 16:13:13 | Condução: AMBULÂNCIA    |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |                           | Convenio: S D S         |
| Acid. Trab.: Não  | Acid. Trajeto: Não        | Acid. Trab. Tipico: Não |
|   |                           | CID Secundário: V299    |

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|  |                                   |  |  |
|--|-----------------------------------|--|--|
| Sinal/Sintoma: QUEDAS  | Evento Principal: Fratura exposta | Destino: DEPARTAMENTO DE SINISTROS                         | Classificação: RISCO GERAL   |
| Breve História: PCT VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO EVOLUI COM FRATURA EXPOSTA PORODACTILO-CSPATÉRIO TOR LOMBAR E ESCORIAÇÕES AO CORPO. |                                   | DATA: 17/09/2016   | Amarelo  |
|  |                                   | CONTENDIDO NÃO VERIFICADO                                  | Professional Clas. Risco:  |
|  |                                   | Gente Seguradora S.A.                                      | HELENILSA CARVALHO DE SOUSA<br>COREN - 307586<br>Em: 25/09/2016 16:24:05 |
| DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____)  |                                   | Rua Felix Pacheco, 200B Loja 104<br>Centro - CEP 64001-000 |  |

A) VIA AEREA PERVIA

B) EUPNEICO, AP: MV diminuido bilateralmente, S/ Ruidos

C) NORMOCARDICO

d) CONSCIENTE E ORIENTADO, Glasgow 15, ingestão de bebida ALCOOLICA  
Abdome: dor A PALPACAO EN FLANCO direito, NORMOTENSO.

|                      |           |               |              |
|----------------------|-----------|---------------|--------------|
| PA: _____ mmHg       | P脉: _____ | FC: _____ bpm | Temp.: _____ |
| Diagnóstico Initial: |           |               |              |

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx torax + PELVE + CERVICAL + PÉ direito

REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA

DATA: 25/09/16

MÉDICO: Helbert

EXAME US Abd Total

AUDIO PROVISÓRIO OK

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internado, Indique o Procedimento e CID

Enio Pereira Carvalho

MEDICINA DA VASCULAR

CID: 013489

DATA: / / HORA: / :

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Dr. Enio Pereira Carvalho

Dr. Paulo Moura

CRM: 6181



## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

|   |                               |                                     |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|
| Nome: OSVALDO LIMA FARIA  |                               | Prontuário: 421079                  |
| Mae: LUCIMAR DOS SANTOS FARIA   | Pai: OSVALDO DOS SANTOS FARIA |                                     |
| 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: 700004485882203          |                                     |
| Profissão: AGENTE DE PORTARIA   | Documento: CPF: . . .         |                                     |
| G. Instrução: Fundamental Incompleto  | E.Civil: Solteiro(a)          |                                     |
| End. Local.: - - -  |                               |                                     |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

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

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

|   |  |
|---|--|
| Data/Hora Solicitação: / / : : ESPECIALISTA: Otorrino   |  |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Referente acidente com moto envolvendo dono de moto e dona que dirigia a moto, ambas feridas no S.P.D. e RX - Radiografia das fraturas presentes no S.P.D. |  |
| CD: Encaminha a Cinto Cunha após liberação de Marcos Vitor P de Carvalho Filho Traumatologista Ortopédica Carimbo/Assinatura CRM-PI 4792 SEBOP/2016                               |  |

|  |            |   |
|--|------------|---|
| DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : : CONTROLE NAO APLICAVEL                          | 17/09/2016 | b |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2006 Loja 104<br>Centrin - CEP 64001-160 |            |   |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer   |            |   |

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

|   |  |
|---|--|
| Data/Hora Solicitação: 25/09/16 20:45h ESPECIALISTA: NCA                  |  |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Politécnico  |  |
| TC Cervi: Sem lesão que impeça condução NCA                               |  |
| TC Cervi: Lesão LS não antiga   |  |
| Cervi: Sem conduta NCA  |  |
| Carimbo/Assinatura Prof. Elton Zerra CRM-PI 5518 NEUROLOGISTA CRM-PI 5518 |  |

|  |  |
|--|--|
| DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : : Parecer emitido da MFC  |  |
| Dr. Rafael Levi Luchard S. da Cunha<br>Médico de Esporte<br>CRM: 3807 - SBCT 42983<br>Carimbo/Assinatura Prof. Parecer<br>Academia do Esporte e Artes Marciais<br>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: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

#### US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor conversor 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 hepatocoléodo: integros.
- 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 integros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

Data Exame: 25/09/2016

DÉPARTEAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 VIII. 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Félix Pacheco, 2000 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

#### 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.

TERESINA - PI - 25/09/2016

(HERBERT)

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CRF: 854.612.038-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável

96/09/16

10



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

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**



## 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: | <i>Osvaldo Lima Faria</i>       | PRONTUÁRIO Nº: | <i>421079</i> |
| DIAGNÓSTICO:      |                                 | CIRURGIA:      |               |
| ANESTESIA:        | <i>Plaque</i>                   | Nº DA SALA:    | <i>05</i>     |
| CIRURGIAO:        | <i>Dra. Hugo / Dr. Leonardo</i> | CPF Nº:        |               |
| AUXILIAR:         |                                 | CPF Nº:        |               |
| ANESTESIA:        | <i>Dra. Socorro</i>             | CPF Nº:        |               |
| INSTRUMENTADORA:  | <i>Katia</i>                    | CPF Nº:        |               |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO           | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO   | UNID.                 | QUANT. | PREÇO |
|-------------------------|-------|--------|-------|---|-----------------------|--------|-------|
| AGULHA 25X8             | UNID. | 03     |       | LÂMINA DE BISTURI N° 24                                     | UNID.                 | 01     |       |
| AGULHA 30X8             | UNID. | 02     |       | LUVA N° 7-0   | PAR                   | 02     |       |
| AGULHA 40X12            | UNID. | 01     |       | LUVA N° 7-5   | PAR                   | 02     |       |
| AGULHA RAQUE            | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO  | PAR                   | 06     |       |
| ALCOOL 70%              | ML    | 200    |       | PVPI DE GERMANTE  | ML                    | 200    |       |
| ALGODÃO                 | BOLA  | -      |       | PVPI TÓPICO   | OPVAT                 | ML     | 300   |
| ÁGUA OXIGENADA          | ML    | 300    |       | PVPI TINTURA  | ML                    | -      |       |
| COMPRESSA               | PAC.  | 03     |       | SERINGA 20CC  | 7 UNI.                | 2016   |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA       | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC  | GETTE Securadora S.A. | UNID.  | 01    |
| ESPARADRAPO             | CM    | 100    |       | Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 1041<br>Centro - CEP 64001-100 |                       |        |       |
| ESCALPE N°              | UNID. | -      |       | SERINGA 3CC   | UNID.                 | -      |       |
| FORMOL                  | ML    | -      |       | SORO FISIOLÓGICO  | FRASCO                | 06     |       |
| GASES                   | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL   | UNID.                 | -      |       |
| JELCO N°                | UNID. | -      |       |   |                       |        |       |
| FIOS                    | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA  |                       |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG  |       |        |       | 06 x 3 cromado  | 06                    |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG. |       |        |       |   | 06                    |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG  |       |        |       |   |                       |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG  |       |        |       |   |                       |        |       |
| ALCOFIL                 |       |        |       |   |                       |        |       |
| MONONYLON N: 2.0        |       | 01     |       |   |                       |        |       |
| FITA UMBILICAL          |       |        |       | ENFERMARIA:   |                       |        |       |
| VICRYL                  |       |        |       | CIRCULANTE:   | Katia                 |        |       |
| PROLENE                 |       |        |       |   |                       |        |       |



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

|   |  |           |                                    |
|---|--|-----------|------------------------------------|
| Nome do Paciente  | Onofre da Cunha Farias   |           |                                    |
| Diagnóstico pré-operatório  | Fratura exposta S. do pé direito   |           |                                    |
| Operação - Tipo   | Lmc e Osteosíntese com Kirschner 5- fios P/  |           |                                    |
| Cirurgião   | 1º Assinante   |           |                                    |
| 2º Assinante  | 3º Assinante   |           |                                    |
| Instrumentador(a)   | Anestesista  | Anestesia |                                    |
| Anestésico(s)   |  |           |                                    |
| Data da Operação  | Inicio   | Fim       | DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT |
| Diagnóstico Pós-operatório  | CONTENDO NÃO VERIFICADO<br>17 JUL. 2016<br>Gente Seguradora S.A.<br>Rua Félix Bacheiro, 2600 Lote 104<br>Centro - CEP 64001-100<br><i>26-07-16</i> |           |                                    |
| Relatório Imediato do Patologista   |  |           |                                    |
| Acidente Durante a Operação   |  |           |                                    |
| <b>DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO</b><br>(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)                        |  |           |                                    |
| ① Desbit. Ossos Sub Riquezantes   |  |           |                                    |
| ② Amputar + Artropl.  |  |           |                                    |
| ③ Purificar membrana (imp. artérias)  |  |           |                                    |
| ④ Limpeza - Medicina Cirúrgica com SFH.   |  |           |                                    |
| ⑤ Fixacionamento: 1) Fio de Kirschner 15mm<br>Intrometido no S. Ósso do pé O queijo<br>for flexo-expansão |  |           |                                    |
| ⑥ Idem osteosíntese   |  |           |                                    |
| ⑦ Sutura  |  |           |                                    |
| ⑧ Curto   |  |           |                                    |



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otávio Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 25.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIA** (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: SUS

### 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: integros.
- 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.
- Retropertônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parêntima homogêneo e relevos capsulares integros. 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**  
 CPF: 854.812.033-01 CRM-PI 3442  
 Profissional Responsável

96.09.16  
 Herbert Galeno Prado Mendes



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Ribeiro 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

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

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

Nascimento: 25/05/1961 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: 848758 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

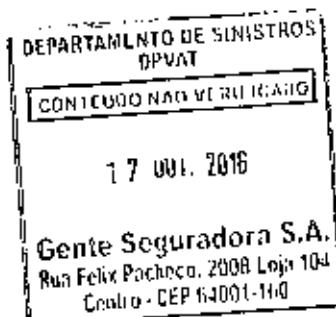
### T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da borda 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.

(IRANDI SILVA)



TERESINA - PI 25/09/2016

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

26.09.16

KU

# HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229-4572  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0002-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: OSVALDO LIMA FARIAS (Prontuário: 421079)

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

Nascimento: 25/06/1981 Idade: 35a:4m:0d Sexo: Masculino Origem: URGENCIA/EMERG Atendimento: 571423

Requisição: 679204 Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALMEIDA BONAMIRANDA

Controle: 848758 Convenio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

#### I.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 CIRCA 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

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT  |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO   |
| 17-09-2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2009 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-160 |

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 095.988.003-15 CRMPI 200

Profissional Responsável

36.09.16



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-020 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 Atendente: 531223

Requisição: 679205 Solicitação: 25/09/2016 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

Controle: 848759 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data: 25/09/2016

#### I.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 antero-laterais nos corpos vertebrais entre L4-L5 e L5-S1.
- Discos intervertebrais visualizados com morfologia, conformação 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<br>DPVAT  |
| CONTIDO NÃO VERIFICADO  |
| DATA: 17/09/2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2006 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-140 |

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

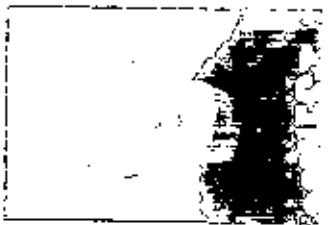
CPF: 696.958.312-15 CRM-PI 3890

PROFISSÃO: Radiologista

36.09

YJ



| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL   |  |
|--|--|
| REGISTRO<br>ESTADUAL   | 7.529.953  |
|  | DATAS DE<br>EXPEDIÇÃO  |
|  | 30/JUL/2015  |
| NOME OSVALDO LIMA FARIAS   |  |
| SALVAMENTO OSVALDO DOS SANTOS FARIAS   |  |
| LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS   |  |
| NATURALIDADE   | TERESINA PI  |
|  | 25/04/1901   |
| DOC. DE BEB. CERT. NASC. 10016 LV A - 9 SE 47  | CART. LAGES - TERESINA PI  |
| CPF 906.507.073-06   | PRESIDENTE<br>PAULO HERIBERTO DOS SANTOS<br>Porto Canavieira<br>Diretor do Instituto de Idoso Brasil - IPIB/SC |
| JOACABA - SC   | ASSINATURA DO DIRETOR  |
| DEPARTAMENTO DE BENS MATERIAIS<br>DPVAT  | LEI Nº 7.183/1984<br>ARTIGO 1º, PARAGRAFO ÚNICO  |
| CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  | CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  |
| 17 JUL. 2016   | 17 JUL. 2016   |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 103<br>Centro - CEP 6901-000   | Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 103<br>Centro - CEP 69001-160                            |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE   |  |
|   |  |
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>ESTADO DE SANTA CATARINA<br>SECRETARIA DE DEFESA DA SEGURANÇA PÚBLICA<br>DEPARTAMENTO DE POLÍTICAS SOCIAIS<br>000121                   |  |

**MINISTÉRIO DA FAMÍLIA**  
Secretaria de Registro Civil

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

**Nome:** OSVALDO LIMA FARIAES

**Nº de Inscrição:** 904547073-04

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



**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**

**CONTIDO NÃO VERIFICADO**

17 JUL. 2016

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

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**

**CONTIDO NÃO VERIFICADO**

17 JUL. 2016

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



| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL   |  |
|--|--|
| REGISTRO<br>ESTADUAL   | 7.529.953  |
|  | DATAS DE<br>EXPEDIÇÃO  |
|  | 30/JUL/2015  |
| NOME OSVALDO LIMA FARIAS   |  |
| SALVAMENTO OSVALDO DOS SANTOS FARIAS   |  |
| LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS   |  |
| NATURALIDADE   | TERESINA PI  |
|  | 25/04/1901   |
| DOC. DE BEB. CERT. NASC. 10016 LV A - 9 SE 47  | CART. LAGES - TERESINA PI  |
| CPF 906.507.073-06   | PRESIDENTE<br>PAULO HERIBERTO DOS SANTOS<br>Porto Canavieira<br>Diretor do Instituto de Idoso Brasil - IPIB/SC |
| JOACABA - SC   | ASSINATURA DO DIRETOR  |
| DEPARTAMENTO DE BENS MATERIAIS<br>DPVAT  | LEI Nº 7.183/1984<br>ARTIGO 1º, PARAGRAFO ÚNICO  |
| CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  | CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  |
| 17 JUL. 2016   | 17 JUL. 2016   |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 103<br>Centro - CEP 6901-000   | Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 103<br>Centro - CEP 69001-160                            |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE   |  |
|   |  |
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>ESTADO DE SANTA CATARINA<br>SECRETARIA DE DEFESA DA SEGURANÇA PÚBLICA<br>DEPARTAMENTO DE POLÍTICAS SOCIAIS<br>000121                   |  |

**MINISTÉRIO DA FAMÍLIA**  
Secretaria de Registro Civil

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

**Nome:** OSVALDO LIMA FARIAES

**Nº de Inscrição:** 904547073-04

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



**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**

**CONTIDO NÃO VERIFICADO**

17 JUL. 2016

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

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**

**CONTIDO NÃO VERIFICADO**

17 JUL. 2016

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



REPU BÉLICA 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

INTERMONT LIMA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL  
**3.178.369**

DATA DE EXPEDIÇÃO  
**15/05/08**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

MIRIANE SOARES BATISTA  
 NELLE ROZE SOARES MARQUES  
 EDVANDO MARQUES BATISTA

NATURALIDADE  
**CRATEUS-CE**

DATA DE NASCIMENTO  
**02/08/1994**

DOC. ORIGEM  
**CERT. NASC. 138-L A. ESPEC. F 35**  
**EXP NOVO ORIENTE-CE 17/03/96**  
 CPF  
 TERESINA - PI

*Miriane Soares Batista*  
*Edvando Marques Batista*  
*Nelle Roze Soares Marques*  
 ASSINATURA DE DEPENDENTE

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83



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**

Dígito Verificador: **00**

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>OPVAT  |
| CONTENDIDO NÃO VERIFICADO   |
| 17 OUT. 2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Félix Pacheco, 2000 Loja 104<br>Centro - CEP 04001-160 |

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.)



REPU BÉLICA 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

INTERMONT LIMA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL  
**3.178.369**

DATA DE EXPEDIÇÃO  
**15/05/08**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

MIRIANE SOARES BATISTA  
 NELLE ROZE SOARES MARQUES  
 EDVANDO MARQUES BATISTA

NATURALIDADE  
**CRATEUS-CE**

DATA DE NASCIMENTO  
**02/08/1994**

DOC. ORIGEM  
**CERT. NASC. 138-L A. ESPEC. F 35**  
**EXP NOVO ORIENTE-CE 17/03/96**  
 CPF  
 TERESINA - PI

*Miriane Soares Batista*  
*Edvando Marques Batista*  
*Nelle Roze Soares Marques*  
 ASSINATURA DE DELEGADO ILEGAL

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83



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**

Dígito Verificador: **00**

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>OPVAT  |
| CONTENDIDO NÃO VERIFICADO   |
| 17 OUT. 2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Félix Pacheco, 2000 Loja 104<br>Centro - CEP 04001-160 |

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.)



REPU BÉLICA 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

INTERMONT LIMA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL  
**3.178.369**

DATA DE EXPEDIÇÃO  
**15/05/08**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

MIRIANE SOARES BATISTA  
 NELLE ROZE SOARES MARQUES  
 EDVANDO MARQUES BATISTA

NATURALIDADE  
**CRATEUS-CE**

DATA DE NASCIMENTO  
**02/08/1994**

DOC. ORIGEM  
**CERT. NASC. 138-L A. ESPEC. F 35**  
**EXP NOVO ORIENTE-CE 17/03/96**  
 CPF  
 TERESINA - PI

*Miriane Soares Batista*  
*Edvando Marques Batista*  
*Nelle Roze Soares Marques*  
 ASSINATURA DE DEPENDENTE

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83



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**

Dígito Verificador: **00**

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>OPVAT  |
| CONTENDIDO NÃO VERIFICADO   |
| 17 OUT. 2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Félix Pacheco, 2000 Loja 104<br>Centro - CEP 01001-150 |

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.)



DUT

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT**

**CONTEÚDO NÃO VIGENTE**

17 JUL 2016

PO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAS E BENS DA CUSTA DO VÍCIO  
CENTRO SISTEMA MOTOCICLETA TERRESTRE (CUSTO POR SUA PARGA A PESSOAS)  
Felix Pacheco, 2008 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

**010955384031**

**1 1046780147 \*\*\*\*\* 2015**

**OSVALDO LIMA FARIA**

**904.547.073-04** **OKH5613**

**NFISCAL / 9C2KC1660FR039897**

**29/MOTOCICLISTA/NAO APENAS CUSTO**

**HONDA/CG 150 TITAN EX 2015**

**2P/OCV/149CC PARTIC , BRANCA**

**PRÉMIO TARIFÁRIO**

**2015 1 9 9C2KC1660FR039897**

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

**CONTEÚDO NÃO VIGENTE**

17 JUL 2016

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

DATUM: 2015-04-28 10:29:24

00077



DUT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VILIGADO

17 JUL 2016

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
010955384031

1 1046780147 \*\*\*\*\* 2015

OSVALDO LIMA FARIA

904.547.073-04

OKH5613

NFISCAL /

9C2KC1660FR039897

29/MOTOCICLISTA/NAO APENAS CTO/HONDA/CG 150 TITAN EX/2015/2P/OCV/149CC PARTIC , BRANCA

| PRÉMIO TARIFÁRIO |      |
|------------------|------|
| 100%             | 100% |
| 100%             | 100% |
| 100%             | 100% |
| 100%             | 100% |

SEM RESTRIÇÕES/1. MOT K046780147

Daniel Sá Farias  
Gente Seguradora S.A.

90157951746

29/04/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VILIGADO

17 JUL 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 200B Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAS E MATERIAIS, HOMENS, CULPA, FATO, SITUAÇÃO, MOTOCICLETA, TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS, FELIX PACHECO, 200B LOJA 104, SITUAÇÕES OU NÃO, STURO DPVAT  
Centro - CEP 64001-160 Loja 104

ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.dpvatsegurodetranito.com.br](http://www.dpvatsegurodetranito.com.br)

800-722-1480 | 800-722-1479

2015 28/04/2016

OKH5613

1046780147 - HONDA/CG 150 TITAN EX

2015 1 9 9C2KC1660FR039897

PRÉMIO TARIFÁRIO

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%

100%



**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 20% / 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 5º 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

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

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 Leao - 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 20% / 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 5º 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

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

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

% 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 Leao - 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 20% / 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 5º 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

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

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

% 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 Leao - CRM: 3888 - PI

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3160630930  
Vítima: OSVALDO LIMA FARIAS

Cidade: Teresina  
Data do acidente: 25/09/2016

Natureza: Invalidez Permanente  
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 20°/ FLEXÃO DE 20°) .

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE COM DOR LOCAL AO DEAMBULAR; SUBMETEU-SE A TRATAMENTO CIRÚRGICO 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            |
| <b>Total</b>  |  |  | <b>2,5 %</b> | <b>R\$ 337,50</b>     |

## 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.

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT  |
| CONTENDIDO NÃO VERIFICADO   |
| 17/09/2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-160 |

Teresina, 26 de setembro de 2016

Fábio Marcos de Sousa  
Diretor Técnico  
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.

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT  |
| CONTENDIDO NÃO VERIFICADO   |
| 17/09/2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-160 |

Teresina, 26 de setembro de 2016

Fábio Marcos de Sousa  
Diretor Técnico  
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 médica hospitalar.

## DANOS

| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>                                  | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b> | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | 10 %  | Em grau intenso - 75 %                                      | 7,5%             | R\$ 1.012,50                 |
| <b>Total</b>  |   |   | <b>7,5 %</b>     | <b>R\$ 1.012,50</b>          |

## 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  
Vítima: OSVALDO LIMA FARIAS

Cidade: Teresina  
Data do acidente: 25/09/2016

Natureza: Invalidez Permanente  
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 médica 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 médica 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)

**OUTORGANTE:**

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS  
 Nacionalidade: BRASILEIRO  
 Estado Civil: SOLTEIRO  
 Cidadade: + 529. 953  
 CEP: 904.547.073-04  
 Profissão: VIGILANTE  
 Endereço: A: 192 C: 18 Conj. Direceu Índio Vende II  
 CEP: 64.078.110  
 Telefone: (66) 99949.3100 / 99917-0464

**OUTORGADO:**

|   |   |
|---|---|
| Nome: <u>MIRIANE SOARES BATISTA</u><br>Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u><br>Estado Civil: <u>SOLTEIRA</u><br>Cidadade: <u>3.178. 369</u><br>CEP: <u>059.493.452-33</u><br>Profissão: <u>ESTUDANTE</u><br>Endereço: <u>rua: 24 de Janeiro, s/n, Centro, fone: (66) 3303-4104</u><br>CEP: <u>64.000.000</u><br>Telefone: <u>(66) 3303-4104</u> | DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT<br>DOCUMENTO NÃO VERIFICADO<br><br>17 OUT. 2016<br><br>Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2000 Lote 100<br>Centro - CEP 64000-000<br><br>17 OUT. 2016 |
|---|---|

Este 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 UNIÃO DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas concessionárias, 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 às seguradoras concessionárias, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar resgatamento, possendo substituir e praticar em seu nome, todos os atos de direito pertinentes para o seu e perfeito cumprimento deste instrumento e requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a quantia: OSVALDO LIMA FARIAS

2º OFÍCIO

TERESINA - PIAUÍ

Local e data: 03/10/2016

Osvaldo Lima Farias

Assinatura do OUTORGANTE

(Bastante em destaque e autenticidade/verdadeiro)

PROVADO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE OSVALDO  
 LIMA FARIAS, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.

TERESINA, 03/10/2016 11:06

Sal. 3,62 Tij. 0,35 Selos: 0,10 Total: 3,97

PROVADO PELO LAVOR DE MÃO ESSA FOLHA





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

**OUTORGANTE:**

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS  
 Nacionalidade: BRASILEIRO  
 Estado Civil: SOLTEIRO  
 Cidadade: + 529. 953  
 CEP: 904.547.073-04  
 Profissão: VIGILANTE  
 Endereço: A: 192 C: 18 Conj. Direceu Índio Vende II  
 CEP: 64.078.110  
 Telefone: (66) 99949.3100 / 99917-0464

**OUTORGADO:**

|   |  |
|---|--|
| Nome: <u>MIRIANE SOARES BATISTA</u><br>Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u><br>Estado Civil: <u>SOLTEIRA</u><br>Cidadade: <u>3.178. 369</u><br>CEP: <u>059.493.452-33</u><br>Profissão: <u>ESTUDANTE</u><br>Endereço: <u>rua: 24 de Janeiro, s/n, Centro, fone: (66) 3303-4104</u><br>CEP: <u>64.000.000</u><br>Telefone: <u>(66) 3303-4104</u> | DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br><br>17 OUT. 2016<br><br>Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2000 Lote 100<br>Centro - Teresina - PI - CEP 64000-000 |
|---|--|

No 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 UNIÃO DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas concessionárias, 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 às seguradoras concessionárias, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar resgatamento, possendo substancialmente praticar em fato, todos os atos de direito pertinentes para o fato e perfeito cumprimento deste instrumento e requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a quantia: OSVALDO LIMA FARIAS

2º OFÍCIO

TERESINA - PIAUÍ

Local e data: 03/10/2016

  
Assinatura do OUTORGANTE  
 (Assinatura deve corresponder à autenticidade/verdadeiro)

DECLARO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE OSVALDO  
 LIMA FARIAS, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE.  
 TERESINA, 03/10/2016 11:06  
 Col. 3,62 Tij. 0,35 Selos 0,10 Total 3,97  
 RAVINHO LAVOR DE MAG. ESCREVENTE





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 inicio 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,



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 inicio 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 n°: 10204651

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.: 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 Lúme Farias

PORTADOR(A) DO RG Nº 7.529.953 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 30/07/15 E  
CPF 90454701713-10 /CNPJ 11.111.111/0001-11 PROFISSÃO Vigilante  
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 Lúme Farias AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) 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, profissional ou Funcional. DEPARTAMENTO DE SINISTROS
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa). CNPJ NÃO VERIFICADO
- 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Operáticas 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 devidamente comprobatória dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no 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 **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 POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0340-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0530178-3

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

LOCAÇÃO DE 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.dpvatseguradoredonos.com.br](http://www.dpvatseguradoredonos.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





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 Lúme Farias

PORTADOR(A) DO RG Nº 7.529.953 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 30/07/15 E  
CPF 90454701713-10 /CNPJ 11.111.111/0001-11 PROFISSÃO Vigilante  
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 Lúme Farias AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) 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, profissional ou Funcional. DEPARTAMENTO DE SINISTROS
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa). CNPJ NÃO VERIFICADO
- 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Operáticas 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 devidamente comprobatória dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no 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 **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 POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0340-5 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0530178-3

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

LOCAÇÃO DE 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.dpvatseguradoredonos.com.br](http://www.dpvatseguradoredonos.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA Sb^&amp;iv«wui^» |

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.

EJ ©Dvva^aiLdLo Lf nrnx>s^ VQJX i

POR(TADOR(A) DO RG N° Cj ^ \* ^ - 9 5 ? .EXPEDIDO POR S S P / P I EM / / E  
 CPF 3 O ^ S j k y ^ ^ k ö ligyiSj-i'^ /CNPj : ^ ,Jl.\_X % í\_J... Hí ii Jí\_j:, J-[ X j , PROFISSÃO x ÁjySjTYfJD ^  
 E RENDA MENSAL DE R\$JÍSCMJJ0ÍÍ. P 1 NA QUAUpADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DAVITIMA ( Q C L A X O A C L P ^ ^ \JXÍ\£K PQA>!;»/I 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 conf.tituir 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 termostais como: INSS ou PREVIDEFCIA SOCIAL q)p\$gj#fio ou Funcional. ^ DEPARTAMENTO DESINISTROS
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa fésmtido NAO VtmnCADO
- 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); 1^1 7 UUI. 2016
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação fir anceira mensal de até R\$ 2.000,( 0;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abei :íí^R!tf ©3§íê9èHid'â9féWSf!/b comprobatório dos dados bancários); c í , ff E E P S IGÍ
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a conAlta ao iite da nCCCITA FCDEnAL 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 vftima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também QUUpAD í





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

Data/Hora

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

25/09/2016 - 15:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

DIRCEU ARCOVERDE II

TERESINA

Endereço

Q-245, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº:

Ponta de Referência

Complemento

POLINTER

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

RG: 7529963 SSPPI PI

CONTENDIDO NÃO VIGENTE

Mae: LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS

17 OUT. 2016

Pal: OSVALDO DOS SANTOS FARIAS

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 10J  
Centro - CEP 64001-160

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

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9417-0464

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/CB 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 CAIDO, SENDO SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 4112, E ENCAMINHADO AO HUT, 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 - Noticiante  
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

Data/Hora

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

25/09/2016 - 15:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

DIRCEU ARCOVERDE II

TERESINA

Endereço

Q-245, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº:

Ponta de Referência

Complemento

POLINTER

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

RG: 7529963 SSPPI PI

CONTENDIDO NÃO VIGENTE

Mae: LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS

17 OUT. 2016

Pal: OSVALDO DOS SANTOS FARIAS

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 10J  
Centro - CEP 64001-160

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

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9417-0464

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/CB 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 CAIDO, SENDO SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 4112, E ENCAMINHADO AO HUT, 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 - Noticiante  
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

Data/Hora

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

25/09/2016 - 15:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

DIRCEU ARCOVERDE II

TERESINA

Endereço

Q-245, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº:

Ponta de Referência

Complemento

POLINTER

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

RG: 7529963 SSPPI PI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

Mae: LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS

CONTENDIDO NÃO VIGENTE

Pal: OSVALDO DOS SANTOS FARIAS

17 OUT. 2016

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

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9417-0464

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheca, 2008 Loja 101  
Centro - CEP 64001-160

### 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/CB 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 CAIDO, SENDO SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, CONFORME CHAMADO Nº 4112, E ENCAMINHADO AO HUT, 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 - Noticiante  
Responsável pela Informação

ARMANDINO PINTO DE MOURA

Delegado de Polícia

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Oswaldo Leme 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 QD - 392 Casa 58, 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  
 ) 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 à/o 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.

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT  |
| CONTENDIDO NÃO VERIFICADO   |
| 17/01/2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-100 |

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Teresina - PI 04.10.2016

Local e data

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Oswaldo Leme 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 QD - 392 Casa 58, 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  
 ) 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 à/o 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.

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT  |
| CONTENDIDO NÃO VERIFICADO   |
| 17/01/2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-100 |

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Teresina - PI 04.10.2016

Local e data

|                              |  |  |   |   |  |  |
|------------------------------|--|--|---|---|--|--|
| Dados do Chamado             | 01 N°. do chamado<br><b>4112</b>   | 02 Data do chamado<br><b>25/09/2016</b>  | 03 PRO (código)<br><b>29021</b>   | 04 Saída do PA<br><b>15:40</b>  | 05 Chegada ao local<br><b>15:46</b>                |  |
| Local da Ocorrência          | 06 Saída do local<br><b>15:50</b>  | 07 Chegada ao 1º hospital<br><b>16:07</b>  | 08 Saída do 1º hospital   | 09 Chegada ao 2º hospital   |  |  |
| Dados do Paciente            | 10 Endereço<br><b>245</b>  | 11 Bairro<br><b>Dineis II</b>  | 12 Município-BF<br><b>Teresina - PI</b>   | Código IBGE<br><b>02360-000</b>   |  |  |
|                              | 13 Ponto de referência<br><b>Proximo Poliúter</b>  |  |   |   |  |  |
|                              | 14 Nome<br><b>Osvaldo Lima Farias</b>  | 15 Sexo<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - Masculino<br><input type="checkbox"/> 2 - Feminino<br><input type="checkbox"/> 9 - Ignorado   |   |   |  |  |
|                              | 16 Idade<br><b>35</b>  | 1 - Dia<br>2 - Mês<br>3 - Ano<br>9 - Ignorado  | Se idade ignorada, preencha com 999   | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?<br><input checked="" type="checkbox"/> BEBIDAS ALCOÓLICAS<br>1 - Sim<br>2 - Não<br>9 - Ignorado  | DPVAT<br><input type="checkbox"/> CORRUTO NAO USOU |  |
| Tipo de Ocorrência           | 18 Tipo de ocorrência<br><input checked="" type="checkbox"/> 01 - Acidente de transporte<br>02 - Agressão física-espantamento<br>03 - Agressão fílica-FAF<br>04 - Agressão física-FAB<br>05 - Urgência psiquiátrica  | 06 - Tentativa de suicídio<br>07 - Envenenamento<br>08 - Afogamento<br>09 - Queimadura<br>10 - Choque elétrico   | 11 - Queda<br>12 - Urgência clínica<br>13 - Urgência obstétrica<br>14 - Transferência<br>15 - Exames complementares   | 16 - Outros<br><b>17 JUL 2016</b>   |  |  |
| Acidente de Transporte       | 19 Vítima<br><input checked="" type="checkbox"/> 01 - Pedestre<br><input checked="" type="checkbox"/> 02 - Condutor<br>3 - Passageiro<br>9 - Ignorado  | 20 Meio de locomoção<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - A pé<br><input checked="" type="checkbox"/> 2 - Automóvel<br><input checked="" type="checkbox"/> 3 - Motocicleta<br><input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta | 21 Outra parte envolvida<br><input checked="" type="checkbox"/> 1 - Automóvel<br><input type="checkbox"/> 2 - Motocicleta<br><input type="checkbox"/> 3 - Ônibus/Micro-ônibus<br><input type="checkbox"/> 4 - Bicicleta | 22 Edulcorante Partes de 2008 Loja 160<br>segunda feira CEP 64001-160<br><input type="checkbox"/> Capacete <input checked="" type="checkbox"/> Airbag<br><input type="checkbox"/> Cinto de segurança<br><input type="checkbox"/> Assento para criança |  |  |
| Exame Físico                 | 23 Glasgow = <b>15</b>   | RESPOSTA VERBAL<br>ABERTURA OCULAR<br>4-Espontânea<br>3-À voz<br>2-À dor<br>1-Nenhuma  | RESPOSTA MOTORA<br>6-Obedece a comandos<br>5-Localiza dor<br>4-Movimento de retirada<br>3-Flexão anormal<br>2-Extensão normal<br>1-Nenhum   | 24 Sinais Vitais<br>Pulso <b>86</b><br>Resp. <b>PA 10x70</b><br>TAX. <b>38</b><br>Sat02 <b>98</b>   | 25 Local da ocorrência<br>                         |  |
|                              | 26 Pupilas<br>1 - Igualas<br>2 - Desiguais   | 27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/><br>1 - Cheio<br>2 - Fino<br>3 - Ausente  | 28 Sangramento<br>1 - Sim<br>2 - Não  | 29 Dor<br>0 Leve<br>1 Sem Dor<br>3 Moderada<br>7 Intensa<br>10  | 30 Fratura<br>1 - Sim<br>2 - Não<br>3 - Suspeito   |  |
| Assistência                  | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)<br><input type="checkbox"/> Aspiração<br><input type="checkbox"/> Oxigênio<br><input type="checkbox"/> Curativos<br><input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta<br><input checked="" type="checkbox"/> Calor cervical<br><input type="checkbox"/> Kred<br><input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades<br><input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar<br><input type="checkbox"/> Assistência obstétrica | Glicemia<br>a) <input type="checkbox"/><br>Accesso Venoso<br>b) <input type="checkbox"/><br>Medicamentos a) <input type="checkbox"/><br>c) <input type="checkbox"/>  | 32 Hospital de Destino<br><b>HOT</b>  |   |  |  |
| Hospital de Destino          | 33 Condições de entrada<br>1-Melhorado<br>2-Piorado<br>3-Inalterado  | 34 Óbito<br>1-Sim<br>Antes do socorro<br>Antes do transporte<br>Durante o transporte   |   |   |  |  |
| Observações Interdisciplinar | <p><i>Homem, com sinais de estar alcoolizado, visto<br/>motor ciclante motocicleta + cano, fruto<br/>de exposição no dedilho do pé direito</i></p>   |  |   |   |  |  |
|                              | Socorristas Médico<br>AEPE <b>H. Almeida</b>   | Enfermeiro<br>Condutor<br><b>Eros Mo</b>   |   |   |  |  |
|                              | Responsável pela recepção<br><b>Edson</b>  |  |   |   |  |  |



|                              |   |  |   |   |  |  |
|------------------------------|---|--|---|---|--|--|
| Dados do Chamado             | 01 Nº. do chamado<br><b>4112</b>  | 02 Data do chamado<br><b>25/09/2016</b>  | 03 PRO (código)<br><b>2902</b>  | 04 Saída do PA<br><b>15:40</b>  | 05 Chegada ao local<br><b>15:46</b>  |  |
| Local de Ocorrência          | 06 Saída do local<br><b>15:50</b>   | 07 Chegada ao 1º hospital<br><b>16:07</b>  | 08 Saída do 1º hospital   | 09 Chegada ao 2º hospital   |  |  |
| Dados do Paciente            | 10 Endereço<br><b>Q 245</b>   | 11 Bairro<br><b>Dineel II</b>  | 12 Município-BF<br><b>Te - Pi</b>   | Código IBGE<br><b>04</b>  |  |  |
|                              | 13 Ponto de referência<br><b>Próximo Polinter</b>   | 14 Nome<br><b>Osvaldo Lima Farias</b>  | 15 Sexo<br>1 - Masculino<br>2 - Feminino<br>9 - Ignorado<br><b>1</b>  |   |  |  |
|                              | 16 Idade<br><b>135</b>  | 1 - Dia<br>2 - Mês<br>3 - Ano<br>9 - Ignorado  | Se idade ignorada, preencha com 999   | 17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?<br>1 - Sim<br>2 - Não<br>9 - Ignorado        | <b>IPM/ATRIBUTO DE SINISTRO</b><br>CONTINUIDADE NAO VS HIF                           |  |
| Tipo de Ocorrência           | 18 Tipo de ocorrência<br>01 - Acidente de Transporte<br>02 - Agressão física-espâncamento<br>03 - Agressão física-FAF<br>04 - Agressão física-FAB<br>05 - Urgência psiquiátrica | 06 - Tentativa de suicídio<br>07 - Envenenamento<br>08 - Afogamento<br>09 - Queimadura<br>10 - Choque elétrico | 11 - Queda<br>12 - Urgência clínica<br>13 - Urgência obstétrica<br>14 - Transferência<br>15 - Exames complementares                       | 16 - Outros   | <b>17 JUL 2016</b>   |  |
| Acidente de Transporte       | 19 Vítima<br>1 - Pedestre<br>2 - Condutor<br>3 - Passageiro<br>9 - Ignorado   | 20 Meio de locomoção<br>1 - A pé<br>2 - Automóvel<br>3 - Motocicleta<br>4 - Bicicleta                          | 21 Outra parte envolvida<br>1 - Automóvel<br>2 - Motocicleta<br>3 - Ônibus/Micro-ônibus<br>4 - Bicicleta                                  | 22 Equipamentos de proteção<br>Capacete<br>Cinto de segurança<br>Assento para criança     | Equipamento de proteção<br>CEP 64001-160   |  |
| Exame Físico                 | 23 Glasgow = <b>8</b>   | RESPOSTA VERBAL<br>ABERTURA OCULAR<br>4-Espontânea<br>3-À voz<br>2-À dor<br>1-Nenhuma                          | RESPOSTA MOTORA<br>6-Obedece a comandos<br>5-Localiza dor<br>4-Movimento de retirada<br>3-Flexão anormal<br>2-Extensão normal<br>1-Nenhum | 24 Sinais Vitais<br>P脉so <b>86</b><br>Resp.<br>PA <b>10x70</b><br>TAX.<br>SatO2 <b>98</b> | 25 Local da queda  |  |
|                              | 26 Pupilas<br>1 - Igualas<br>2 - Desiguais  | 27 Pulso Radial <b>1</b> Central <b>1</b><br>1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente                                    | 28 Sangramento <b>1</b><br>1 - Sim 2 - Não  | 29 Dor<br>0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10                                | ESCALA DE DOR DE 0 A 10  |  |
|                              | 30 Fratura 1 - Sim<br>1 - Exposta 2 - Fechada   | 31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)<br>Aspiração<br>Oxigênio<br>Curativos                            | 32 Hospital de Destino<br><b>HOT</b>  | 33 Condições de entrada<br>1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado                             | 34 Óbito<br>1-Sim<br>Antes do socorro<br>Antes do transporte<br>Durante o transporte |  |
| Hospital de Destino          |   |  |   |   | Não Removido   |  |
| Observações Interdisciplinar | <b>Magalhães, com sinais de estar alcoolizado, vítima de acidente motocicleta + cão, fratura exposta no dedinho do pé direito</b>   |  |   |   |  |  |
|                              | Responsável pela recepção<br><b>WILSON</b>  | Socorristas<br>Médico<br>AETE<br><b>WILSON</b>   | Enfermeiro<br>Condutor<br><b>Gerson</b>   |   |  |  |

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: 00000570178-3

---

Nr. Autenticação

BRADESCO1412201605000000000237003420000057017833750 PAGO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Envaldo Lima Farias

RG nº 7.529.993, data de expedição 30/07/15 Órgão SSP/PI,

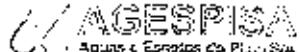
CPF nº 904.547.093-04, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça)   | <u>07-192 Case 38</u>          |
| Número  |                                |
| Apto / Complemento  | <u>Case</u>                    |
| Bairro  | <u>Conj. Dircen Arcanjo 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  |                                |
| <div style="text-align: right;"><small>DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br/>OPVAT</small><br/><small>CONTIDO NÃO VERIFICADO</small><br/><u>17/01/2016</u><br/><b>Gente Seguradora S.A.</b><br/>Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104<br/>Centro - CEP 64001-180</div> |                                |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina - PI 04.10.2016

Assinatura do Declarante: Envaldo Lima Farias



Aguas e Esgotos do Piauí S.A.

Avenida Marechal Coriolano Góes, 10 - Norte - Teresina - PI  
CEP: 64001-000 | Fone: (86) 3219-6567 / CEP: 64045-740 | DCE: 27  
Internetes: www.agespisa.com.br  
Av. Presidente Costa e Silva, 1000 - Centro - Teresina - PI - CEP: 64000-000

## Fatura Mensal

|            |             |            |
|------------|-------------|------------|
| Referência | Histórico   | Referência |
| 1285901-6  | A29K2AT7251 | SET/2016   |

Nº 1 - Resumo Social/Enderçado  
OSVALDO DOS SANTOS FARIA  
CXA 01361 ARCOVERDE TT Q-LD2 A Q-195, Q-192  
C-012 ITARARE  
TERESINA 64078110

AG= 22

| Situação | Alíq. | Categoria de Usuário | Inscrição               |
|----------|-------|----------------------|-------------------------|
| 3/1      | 1     |                      | 110 38 02 0113 0255-200 |

Período de Compras: 13/08/2016 - 20/09/2016 | Ref.: 2/2016

| Mês/Ano | Referência J. L. U. m. Unid. | Lote |   |
|---------|------------------------------|------|---|
| 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 |

Fatura de Faturamento  
FATURADO P/ CONSUMO NORMAL

|                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| Edifício suspenso | Edifício em fatura |
| 012859010         | 61                 |

|               |               |                 |
|---------------|---------------|-----------------|
| Consumo médio | Consumo médio | Consumo regular |
| 16            |               |                 |

|               |               |
|---------------|---------------|
| Consumo médio | Consumo médio |
| 19            | 19            |

|                              |             |
|------------------------------|-------------|
| Nome do Serviço              | Valor (R\$) |
| AJUDA                        | 68,93       |
| MULTA IMPONTUALIDADE 001/001 | 1,24        |
| JUROS DE MORA 001/001        | 1,26        |
| MANUTENCAO HIDROMETRO        | 1,17        |

Vencimento: 30/09/2016 | Referência: 1285901-6 | Total: 72,60  
PASSAR PELA VENCIMENTO, EVITE COBRANÇA DE MULTAS/JUROS/MORA.  
CONforme LEI FEDERAL 11.435/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NAO VERIFICADO

17 JUL. 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104  
Centro - CEP 64001-000

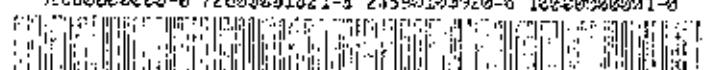
| Parâmetro           | Unidade | Qtd | Unid. |
|---------------------|---------|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 |         | 322 | 99    | 322   |       | 322   | 322   |       |       |
| 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 |         | 336 | 95    | 336   |       | 336   | 336   |       |       |
| 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 |         | 328 | 95    | 334   |       | 333   | 336   |       |       |

PESSOAS QUE VOTAM NESTA DATA, FAZEM PARTE DA NOVA ALIANÇA

LEMBRE: EM 3 DE OUTUBRO, VOTE CLESCO, VOTE CONSCIENTE

|                        |            |                |           |            |           |
|------------------------|------------|----------------|-----------|------------|-----------|
| Referência             | 1285901-6  | Referência     | 1285901-E | Referência | SET/24/16 |
| ON-1-2-1-1-1-1-1-1-1-1 |            |                |           |            |           |
| VENCIMENTO             | 30/09/2016 | TOTAL ARAGARIS | 72,60     |            |           |

2600502228-0 72600501621-8 2159019920-6 10000000001-0





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Envaldo Lima Farias

RG nº 7.529.993, data de expedição 30/07/15 Órgão SSP/PI,

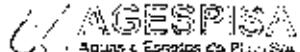
CPF nº 904.547.093-04, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça)   | <u>07-192 Case 38</u>          |
| Número  |                                |
| Apto / Complemento  | <u>Case</u>                    |
| Bairro  | <u>Conj. Dircen Arcanjo 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  |                                |
| <div style="text-align: right;"><small>DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br/>OPVAT</small><br/><small>CONTIDO NÃO VERIFICADO</small><br/><u>17/01/2016</u><br/><b>Gente Seguradora S.A.</b><br/>Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104<br/>Centro - CEP 64001-180</div> |                                |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina - PI 04.10.2016

Assinatura do Declarante: Envaldo Lima Farias



Aguas e Esgotos do Piauí S.A.

Avenida Marechal Cavalcante, 10 - Norte - Teresina - PI  
CEP: 64001-000 / Fone: (86) 3219-6567 / CEP: 64045-740 / DDD: 66  
Site: [www.agespisa.com.br](http://www.agespisa.com.br)  
Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1000 - Centro - 64000-000

Fatura Mensal

|            |             |            |
|------------|-------------|------------|
| Referência | Habituado   | Vencimento |
| 1285901-6  | A29K2AT7251 | SET/2016   |

Nº 1 - Resumo Social/Enderçado  
OSVALDO DOS SANTOS FARIA  
CXA 071CEU ARCOVERDE JT Q-LD2 A Q-195, Q-192  
C-012 ITARARE  
TERESINA 64078110

AG= 22

| Situação | Aluguel | Categoria de Usuário | Inscrição               |
|----------|---------|----------------------|-------------------------|
| 3/1      | 1       |                      | 110 38 02 0113 0255-000 |

Período de Compras: 13/08/2016 - 20/09/2016 | Ref.: 1285901-6

| Mês/Ano | Habituado | Qtd. Unid. | 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 Faturamento:  
**FATURADO P/ CONSUMO NORMAL**

Edifício/Residencial: Edifício 01

012859010 61

Condomínio: Condomínio: Condomínio

16

Condomínio: Condomínio

19 19

| Item                         | Nome do Serviço    | Valor (R\$) |
|------------------------------|--------------------|-------------|
| A33A                         | Aluguel do Serviço | 68,93       |
| MULTA IMPONTUALIDADE 001/001 | 1,24               |             |
| JUROS DE MORA 001/001        | 1,26               |             |
| MANUTENCAO HIDROMETRO        | 1,17               |             |

Vencimento: 30/09/2016 | Referência: 1285901-6 | Valor: 72,60  
PASSAR PELA VENCIMENTO, EVITE COBRANÇA DE MULTAS/JUROS/MORA.  
CONFORME LEI FEDERAL 11.435/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTEÚDO NAO VERIFICADO

17 JUL. 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104  
Centro - CEP 64001-000

| Parâmetro           | Valor | Unid. |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 | 322   | 99    | 322   | 322   | 322   | 322   | 322   | 322   | 322   |
| 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 | 336   | 95    | 336   | 336   | 336   | 336   | 336   | 336   | 336   |
| 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 | 328   | 95    | 334   | 333   | 333   | 333   | 333   | 333   | 336   |

PEÇA SEU DOCUMENTO DE VOTO NA 21ª ZONA ELEITORAL

DATA: 01/10 DE OUTUBRO, VOTE CEDÊDO, VOTE CONSCIENTE

1285901-6 | Referência: 1285901-6 | Valor: 72,60 | AG= 22

ON-1-2-1-1-1-1-1-1-1-1  
1285901-6 | Referência: 1285901-6 | Valor: 72,60 | AG= 22

VENCIMENTO: 30/09/2016 | Valor: 72,60

2600502228-0 7265901-6 2121-8 2159019920-6 10000000001-0

2121-8 2159019920-6 10000000001-0 2121-8 2159019920-6 10000000001-0



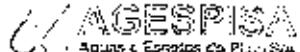
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Envaldo Lima FariasRG nº 7.529.993, data de expedição 30/07/15 Órgão SSP/PI,CPF nº 904.547.093-04, venho perante a este instrumento declarar que não posso 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 Case 38</u>          |
| Número  |                                |
| Apto / Complemento  | <u>Case</u>                    |
| Bairro  | <u>Conj. Dircen Arcanjo 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  |                                |
| <div style="text-align: right; padding: 5px;"><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br/>OPVAT</span><br/><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">CONTIDO NÃO VERIFICADO</span><br/><u>17/01/2016</u><br/><b>Gente Seguradora S.A.</b><br/>Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104<br/>Centro - CEP 64001-180</div> |                                |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina - PI 04.10.2016Assinatura do Declarante: Envaldo Lima Farias



Aguas e Esgotos do Piauí S.A.

Avenida Marechal Coriolano Góes, 10 - Norte - Teresina - PI  
CEP: 64001-000 / Fone: (86) 3219-6567 / CEP: 64045-740 / DDD: 66 8888  
Internet: www.agespisa.com.br  
Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 1000 - Centro - Teresina - PI

## Fatura Mensal

|            |             |            |
|------------|-------------|------------|
| Referência | Habituado   | Vencimento |
| 1285901-6  | A29K2AT7251 | SET/2016   |

Nº 1 - Resumo Social/Enderçado  
OSVALDO DOS SANTOS FARIA  
CXA 01361 ARCOVERDE 17 Q-LD2 A Q-195, Q-192  
C-012 ITARARE  
TERESINA 64078110

AG= 22

| Situação | Aluguel | Categoria de Usuário | Inscrição               |      |
|----------|---------|----------------------|-------------------------|------|
|          | Alug.   | Cod.                 | Ind.                    | Pais |
| 3/1      | 1       |                      | 110 38 02 0113 0255-200 |      |

Período de Compras: 13/08/2016 a 20/09/2016 | Ref.: 1285901-6

| Mês/Ano | Habituado | Qtd. Unid. | 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 Faturamento:  
**FATURADO P/ CONSUMO NORMAL**

|                      |                          |
|----------------------|--------------------------|
| Edif. despesas fixas | Edif. despesas variáveis |
| 012859010            | 61                       |

|              |                  |               |
|--------------|------------------|---------------|
| Consumo fixo | Consumo variável | Consumo total |
| 16           |                  |               |

|              |                  |               |
|--------------|------------------|---------------|
| Consumo fixo | Consumo variável | Consumo total |
| 19           |                  | 19            |

|                              |             |
|------------------------------|-------------|
| Nome do Serviço              | Valor (R\$) |
| A29K                         | 68,93       |
| MULTA IMPONTUALIDADE 001/001 | 1,24        |
| JUROS DE MORA 001/001        | 1,26        |
| MANTENCAO HIDROMETRO         | 1,17        |

Vencimento: 30/09/2016 | Referência: 1285901-6 | Valor: 72,60  
PASSAR PELA VENCIMENTO, EVITE COBRANÇA DE MULTAS/JUROS/MORA.  
CONforme LEI FEDERAL 11.435/2006 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTEÚDO NAO VERIFICADO

17 JUL. 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 104  
Centro - CEP 64001-000

| Parâmetro           | Valor | Unid. |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 | 322   | 99    | 322   | 322   | 322   | 322   | 322   | 322   | 322   |
| 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 | 336   | 95    | 336   | 336   | 336   | 336   | 336   | 336   | 336   |
| 1-1-1-1-1-1-1-1-1-1 | 328   | 95    | 334   | 333   | 333   | 333   | 333   | 333   | 336   |

PEÇA SEU DOCUMENTO DE VOTO NA 21ª ZELESTINA DE VOTACAO

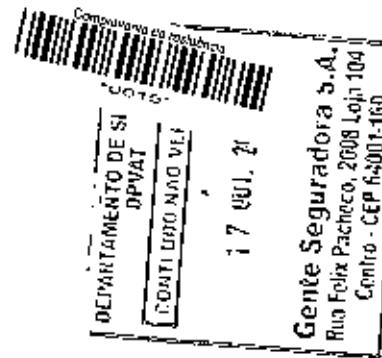
DATA: 01/10 DE OUTUBRO, VOTE CLEVER, VOTE CONSCIENTE

|                        |           |                        |                         |                        |
|------------------------|-----------|------------------------|-------------------------|------------------------|
| Referência             | 1285901-6 | Vencimento             | 110 38 02 2113 0255-200 | AG= 22                 |
| ON-1-2-1-1-1-1-1-1-1-1 |           | Referência             | 1285901-6               | Referência             |
| ON-1-2-1-1-1-1-1-1-1-1 |           | ON-1-2-1-1-1-1-1-1-1-1 | SET/24/16               | ON-1-2-1-1-1-1-1-1-1-1 |

VENCIMENTO  
30/09/2016 | Valor: 72,60

2600502228-0 72600501621-8 2159019920-6 10000000001-0

2159019920-6 10000000001-0 2159019920-6 10000000001-0



# Humana

S A Ú D E

[humanasaude.com.br](http://humanasaude.com.br)

ANS - nº 357511

00000000000000000000000000000000

COU TERESINA/PI

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

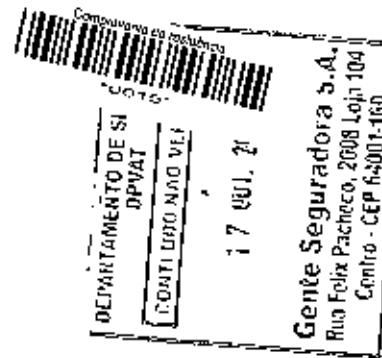


36151741070083000000015330100816

NACIONAL

Data de Postagem: 10/08/16  
Data F. Venc: 23/08/2016 0000200159  
Data Envio: 10/08/2016 11:22:38





# Humana

S A Ú D E

[humanasaude.com.br](http://humanasaude.com.br)

ANS - nº 357511

00000000000000000000000000000000

COU TERESINA/PI

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

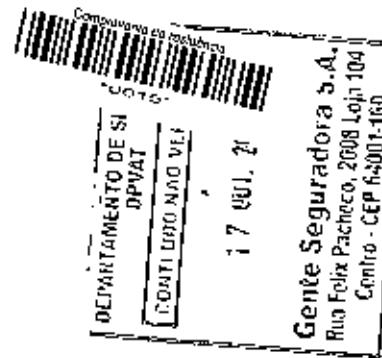


36151741070083000000015330100816

NACIONAL

Data de Postagem: 10/08/16  
Data F. Venc: 23/08/2016 0000200159  
Data Envio: 10/08/2016 11:22:38





# Humana

S A Ú D E

[humanasaude.com.br](http://humanasaude.com.br)

ANS - nº 357511

00000000000000000000000000000000

COU TERESINA/PI

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



36151741070083000000015330100816

NACIONAL

Data de Postagem: 10/08/16  
Data F. Venc: 23/08/2016 0000200159  
Data Envio: 10/08/2016 11:22:38





## 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 SSPL PT, em 15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Geraldo Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza IPA da vítima Geraldo Lima Farias, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

|   |                                    |  |
|---|------------------------------------|--|
| Profissão: <u>Estudante</u>                 | Renda Mensal: R\$ <u>Estudante</u> | DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br>17 OUT. 2016<br>Gente Seguradora S.A.<br>Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104<br>Centro - CEP 54001-160 |
| Documentos comprobatórios: <u>Estudante</u> |                                    |  |

X Miriane Soares Batista  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



## 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 SSPL PT, em 15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Geraldo Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza IPA da vítima Geraldo Lima Farias, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Estudante Renda Mensal: R\$ Estudante

Documentos comprobatórios: Estudante

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT  |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO   |
| 17 OUT. 2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Félix Pacheco, 2008 Lote 104<br>Centro - CEP 54001-160 |

X Miriane Soares Batista  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



## 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 SSPL PT, em 15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Geraldo Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza IPA da vítima Geraldo Lima Farias, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

|  |                                    |  |
|--|------------------------------------|--|
| Profissão: <u>Estudante</u>  | Renda Mensal: R\$ <u>Estudante</u> | DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br>17 OUT. 2016<br>Gente Seguradora S.A.<br>Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104<br>Centro - CEP 54001-160 |
| Documentos comprobatórios: <u>Estudante</u>                                |                                    |  |
| <u>X Miriane Soares Batista</u><br>ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO |                                    |  |



00307

## 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 9.613/98.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTENDO NÃO VERIFICADO

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

18 NOV. 2016

RG nº 3.178.369, expedido por SSP - PI, e

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

15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33

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

Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Ursaldo Lima Farias, e conforme

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

Profissão: Recurso - se Renda Mensal: R\$ Recurso - M

Documentos comprobatórios: Recurso - se

Miriâne Soares Batista  
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTENDO NÃO VERIFICADO

18 NOV. 2016

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



00307

## 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 9.613/98.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTUDO NAO VERIFICADO

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

18 NOV. 2016

RG nº 3.178.369, expedido por SSP-PF, e

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

15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33

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

Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Ursaldo Lima Farias, e conforme

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

Profissão: Recurso - se Renda Mensal: R\$ Recurso - M

Documentos comprobatórios: Recurso - se

Miriame Soares Batista  
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTUDO NAO VERIFICADO

18 NOV. 2016

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



00307

## 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 9.613/98.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTUDO NAO VERIFICADO

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

18 NOV. 2016

RG nº 3.178.369, expedido por SSP - PI, e

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

15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33

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

Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Ursaldo Lima Farias, e conforme

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

Profissão: Recurso - se Renda Mensal: R\$ Recurso - M

Documentos comprobatórios: Recurso - se

Miriame Soares Batista  
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTUDO NAO VERIFICADO

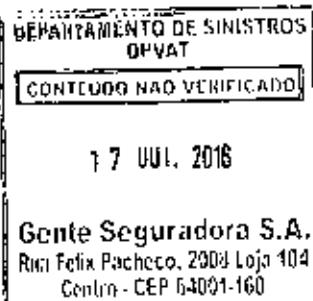
18 NOV. 2016

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

Ultra  
Documentação médica hospitalar  
  
00000000000000000000000000000000



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Oraldo Lima Farias

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421.679

**SERVÍCIO 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 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Urtopedia - 05/09/2016 16:24:06

SALA DE TRAUMA

Nº EV Ro C.I.D.E. OR

CURVA G1 P GERAL

Impresso: 25/09/2016 16:24:06

User: HELENILSAI

Setor: EMERGENCIA/PED

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

|   |                               |                                     |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|
| Nome: OSVALDO LIMA FARIA  |                               | Prontuário: 421079                  |
| Mãe: LUCIMAR DOS SANTOS FARIA   | Pai: OSVALDO DOS SANTOS FARIA |                                     |
| End. Resid.: QUADRA 192 CASA 16 - 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: 700004485882203                |
| Profissão: AGENTE DE PORTARIA   |                               | Documento: CPF: 01170812000-00      |
| G. Instrução: Fundamental Incompleto  |                               | E.Civil: Solteiro/a                 |
| End. Local.: - - -  |                               |                                     |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

|   |                           |                         |
|---|---------------------------|-------------------------|
| Código: 571423  | Data: 25/09/2016 16:13:13 | Condução: AMBULÂNCIA    |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |                           | Convenio: S D S         |
| Acid. Trab.: Não  | Acid. Trajeto: Não        | Acid. Trab. Tipico: Não |
|   |                           | CID Secundário: V299    |

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|  |                                   |                                    |                                   |
|--|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Sinal/Sintoma: QUEDAS  | Evento Principal: Fratura exposta | Destino: DEPARTAMENTO DE SINISTROS | Classificação: RISCO GERAL        |
| Breve História: Foi VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO EVOLUI COM FRATURA EXPOSTA PORODACTILO-CSPATÉRIO TORACOLUMBAR E ESCORIAÇÕES SOLO CORPO. |                                   | DATA: 17/09/2016                   | Profissional Clas. Risco: Amarelo |
|  |                                   | CONTENDIDO NAO VERIFICADO          | HELENILSA CARVALHO DE SOUSA       |
|  |                                   | Rua Felix Pacheco, 200B Loja 104   | COREN - 307586                    |
|  |                                   | Centro, CEP: 64001-010             | Em: 25/09/2016 16:24:05           |

|                                     |                                  |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____ : ____) | Rua Felix Pacheco, 200B Loja 104 |
|-------------------------------------|----------------------------------|

A) VIA AÉREA PERVIA

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

C) NORMOCARDICO

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

Abdome: dor A PALPACAO EN FLANCO direito, NORMOTENSO.

|                      |           |               |              |
|----------------------|-----------|---------------|--------------|
| PA: _____ mmHg       | P脉: _____ | FC: _____ bpm | Temp.: _____ |
| Diagnóstico Initial: |           |               |              |

|   |  |
|---|--|
| CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:<br>Rx torax + PELVE + CERVICAL + PÉ direito | FREQUÊNCIA ULTRASSONOGRAFIA:<br>DATA: 25/09/16<br>MEDICO: Helbert<br>EXAME US Abd Total<br>AUDIOPROVISÓRIO: OK |
|---|--|

|                              |  |
|------------------------------|--|
| MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: | Se Internado, Indique o Procedimento e CID |
|                              | <i>Enio Pereira Carvalho</i>               |
| DATA: / /                    | MEDICO: Enio Pereira Carvalho              |
| HORA: / /                    | CID: 013481                                |

|   |   |
|---|---|
| Assinatura Paciente ou Responsável:<br><i>Waldemar de Souza</i> | Assinatura - Pessoal Profissional Médico:<br><i>Dr. Paulo Moura</i> |
|---|---|

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Pessoal Profissional Médico

Dr. Paulo Moura

CRM: 6181



## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

|   |                               |                                     |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|
| Nome: OSVALDO LIMA FARIA  |                               | Prontuário: 421079                  |
| Mae: LUCIMAR DOS SANTOS FARIA   | Pai: OSVALDO DOS SANTOS FARIA |                                     |
| 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: 700004485882203          |                                     |
| Profissão: AGENTE DE PORTARIA   | Documento: CPF:               |                                     |
| G. Instrução: Fundamental Incompleto  | E.Civil: Solteiro(a)          |                                     |
| End. Local.: - - -  |                               |                                     |

### DADOS DO ATENDIMENTO:

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

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

|  |  |
|--|--|
| Data/Hora Solicitação: / / : : ESPECIALISTA: Otorrino  |  |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Referente acidente com moto envolvendo dona de casa<br>que bateu forte no lado esquerdo do S.P.D. e queimou<br>Rx - Fratura da fíbula e perna S.P.D.<br>CD: Encaminha a Cirurgia Cunha após liberação de Marcos Vitor P de Carvalho Filho<br>reservado > Cirurgia |  |
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT   |  |

|  |  |
|--|--|
| DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : : CONTEÚDO NÃO DETERMINADO                        |  |
| 17 OUT. 2016   |  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2006 Loja 104<br>Centrin - CEP 64001-160 |  |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer   |  |

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

|  |  |
|--|--|
| Data/Hora Solicitação: 25/09/16 20:45h ESPECIALISTA: NCA |  |
| MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Poli trauma                       |  |
| TC Cervi: Sem lesão que impeça                           |  |
| conduzir NCA   |  |
| TC Abdominal: Lesão LS não antiga                        |  |
| TC Cerebral: Lesão LS não antiga                         |  |
| CXA: Sem conduta NCA                                     |  |
| Carimbo/Assinatura Prof. Parecer                         |  |
| DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :                     |  |
| Fevereiro exame da MFT                                   |  |

Dr. Rafael Levi Luchard S. da Cunha  
 Médico de Esporte  
 CRM: 3807 - SBCT 42983  
 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer  
 Academia de Esportes e Artes Marciais  
 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: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

#### US ABDOMINAL TOTAL

O estudo ultrassonográfico do abdome total realizado com transdutor conversor 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 hepatocoléodo: integros.
- 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 integros. Ausência de lesões nodulares focais e difusas.
- Vesículas seminais: anatômicas
- ausência de alterações sonográficas na escavação pélvica.

Data Exame: 25/09/2016

DÉPARTEAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 VIII. 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Félix Pacheco, 2000 Loja 104  
Centro - CEP 64001-160

#### 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.

TERESINA - PI - 25/09/2016

(HERBERT)

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CRF: 854.612.038-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável

96/09/16

10



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

# **PRESCRIÇÃO MÉDICA**



## 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: | <i>Osvaldo Lima Faria</i>       | PRONTUÁRIO Nº: | <i>421079</i> |
| DIAGNÓSTICO:      |                                 | CIRURGIA:      |               |
| ANESTESIA:        | <i>Plaque</i>                   | Nº DA SALA:    | <i>05</i>     |
| CIRURGIAO:        | <i>Dra. Hugo / Dr. Leonardo</i> | CPF Nº:        |               |
| AUXILIAR:         |                                 | CPF Nº:        |               |
| ANESTESIA:        | <i>Dra. Socorro</i>             | CPF Nº:        |               |
| INSTRUMENTADORA:  | <i>Katia</i>                    | CPF Nº:        |               |

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO          | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO   | UNID.                 | QUANT. | PREÇO |
|------------------------|-------|--------|-------|---|-----------------------|--------|-------|
| AGULHA 25X8            | UNID. | 03     |       | LÂMINA DE BISTURI N° 24                                   | UNID.                 | 01     |       |
| AGULHA 30X8            | UNID. | 02     |       | LUVA N° 7-0   | PAR                   | 02     |       |
| AGULHA 40X12           | UNID. | 01     |       | LUVA N° 7-5   | PAR                   | 02     |       |
| AGULHA RAQUE           | UNID. | 01     |       | LUVA DE PROCEDIMENTO                                      | PAR                   | 06     |       |
| ALCOOL 70%             | ML    | 200    |       | PVPI DE GERMANTE  | ML                    | 200    |       |
| ALGODÃO                | BOLA  | -      |       | PVPI TÓPICO   | OPVAT                 | ML     | 300   |
| ÁGUA OXIGENADA         | ML    | 300    |       | PVPI TINTURA  | ML                    | -      |       |
| COMPRESSA              | PAC.  | 03     |       | SERINGA 20CC  | 1 UNI.                | 01     |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA      | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC  | GETTE Securadora S.A. | 01     |       |
| ESPARADRAPO            | CM    | 100    |       | Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104<br>Centro - CEP 6400-110 | UNID.                 | 01     |       |
| ESCALPE N°             | UNID. | -      |       | SERINGA 3CC   | UNID.                 | -      |       |
| FORMOL                 | ML    | -      |       | SORO FISIOLÓGICO  | FRASCO                | 06     |       |
| GASES                  | PAC.  | 06     |       | SONDA URETRAL   | UNID.                 | -      |       |
| JELCO N°               | UNID. | -      |       | OCORRÊNCIA  |                       |        |       |
| FIOS                   | UNID. | QUANT. | PREÇO | 06 - 3 crampom  | 06                    |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES C/AG |       |        |       |   |                       |        |       |
| CAT. GUT. SIMPLES S/AG |       |        |       |   |                       |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO C/AG |       |        |       |   |                       |        |       |
| CAT. GUT. CROMADO S/AG |       |        |       |   |                       |        |       |
| ALCOFIL                |       |        |       |   |                       |        |       |
| MONONYLON N: 2.0       |       | 01     |       | ENFERMARIA:   |                       |        |       |
| FITA UMBILICAL         |       |        |       | CIRCULANTE:   |                       |        |       |
| VICRYL                 |       |        |       | Katia   |                       |        |       |
| PROLENE                |       |        |       |   |                       |        |       |



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

|   |  |           |                                    |
|---|--|-----------|------------------------------------|
| Nome do Paciente  | Onofre da Cunha Farias   |           |                                    |
| Diagnóstico pré-operatório  | Fratura exposta S. do pé direito   |           |                                    |
| Operação - Tipo   | Lmc e Osteosíntese com Kirschner 5- fios P/  |           |                                    |
| Cirurgião   | 1º Assinante   |           |                                    |
| 2º Assinante  | 3º Assinante   |           |                                    |
| Instrumentador(a)   | Anestesista  | Anestesia |                                    |
| Anestésico(s)   |  |           |                                    |
| Data da Operação  | Inicio   | Fim       | DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT |
| Diagnóstico Pós-operatório  | CONTENDO NÃO VERIFICADO<br>17 JUL. 2016<br>Gente Seguradora S.A.<br>Rua Félix Bacheiro, 2600 Lote 104<br>Centro - CEP 64001-100<br><i>26-07-16</i> |           |                                    |
| Relatório Imediato do Patologista   |  |           |                                    |
| Acidente Durante a Operação   |  |           |                                    |
| <b>DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO</b><br>(Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)                        |  |           |                                    |
| ① Desbr. Ossos Sub Riquezantes  |  |           |                                    |
| ② Amputar + Artéria   |  |           |                                    |
| ③ Purificar membrana (imp. artéria)   |  |           |                                    |
| ④ Limpeza - Medicina Cirúrgica com SFH.   |  |           |                                    |
| ⑤ Fixacionamento (1) Fio de Kirschner 15mm<br>Intrometido no S. Oss. do pé O queijo<br>for flexo-expansão |  |           |                                    |
| ⑥ Idemostase  |  |           |                                    |
| ⑦ Sutura  |  |           |                                    |
| ⑧ Curto   |  |           |                                    |



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
 Rua Dr. Otávio Tito 1620 Redenção - Fone: 86 3229 4872  
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 25.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **OSVALDO LIMA FARIA** (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: SUS

### 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: integros.
- 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.
- Retropertônio: sem alterações.
- Bexiga: normodistendida, com paredes finas e conteúdo líquido anecóico, sem lesões focais.
- Próstata: com dimensões normais, apresentando parêntima homogêneo e relevos capsulares integros. 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**  
 CPF: 854.812.033-01 CRM-PI 3442  
 Profissional Responsável

96.09.16  
 Herbert Galeno Prado Mendes



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Ribeiro 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

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

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

Nascimento: 25/05/1961 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: 848758 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

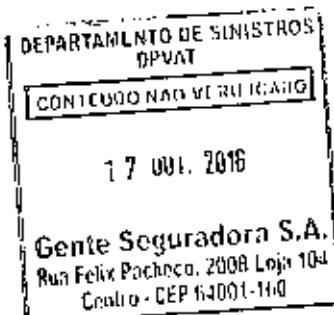
### T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da borda 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.

(IRANDI SILVA)



TERESINA - PI 25/09/2016

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

26.09.16

KU

# HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229-4572  
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.522.917/0002-02

## LAUDO MÉDICO

Paciente: OSVALDO LIMA FARIAS (Prontuário: 421079)

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

Nascimento: 25/06/1981 Idade: 35a:4m:0d Sexo: Masculino Origem: URGENCIA/EMERG Atendimento: 571423

Requisição: 679204 Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALMEIDA BONAMIRANDA

Controle: 848758 Convenio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

#### I.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 CIRCA 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

|   |
|---|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS<br>DPVAT  |
| CONTEÚDO NÃO VERIFICADO   |
| 17-09-2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2009 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-160 |

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 095.988.003-15 CRMPI 200

Profissional Responsável

26.09.16



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-020 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 Atendente: 531223

Requisição: 679205 Solicitação: 25/09/2016 Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA-MIRANDA

Controle: 848759 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data: 25/09/2016

#### I.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 antero-laterais nos corpos vertebrais entre L4-L5 e L5-S1.
- Discos intervertebrais visualizados com morfologia, conformação 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<br>DPVAT  |
| CONTIDO NÃO VERIFICADO  |
| DATA: 17/09/2016  |
| Gente Seguradora S.A.<br>Rua Felix Pacheco, 2006 Loja 104<br>Centro - CEP 64001-140 |

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.312-15 CRM-PI 3890

PROFISSÃO: Radiologista

36.09

YJ