



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

NOME DO PACIENTE: Oswaldo Lima Farias

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421.079

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

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

Ortopedia - 05 Alta

SALA TRAUM

W EU BO CILAR DIX

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

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

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

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

A) Via AERE PERVA

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

C) NORMOCARDICO

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

Abdome: dor a PALPAÇÃO EN FLANCO DIREITO, NORMOTENSO.

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

**CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:**

Rx torax + Pelve + cervical + PE direito

REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA

DATA: 25/09/16

MÉDICO: Helbert

EXAME US Abd lateral

AUDIO PROVISÓRIO OK

**MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:**

Se Interferir, Indique o Procedimento e CID

Enio Pereira Carvalho

MÉDICO GERAL VASCULAR

CID

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

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

Assinatura Paciente ou Responsável

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

Dr. Paulo Moura  
Médico  
CRM-PI 6181



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

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

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

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

### DADOS DO ATENDIMENTO:

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

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____	ESPECIALISTA: Ortopedia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Reforço diagnóstico com exames complementares, demandando a de se D: de fratura exposta de S: P.D. no exame RX - Fratura de fêmur proximal S: P.D. Cd: Suscetível a Cuidado Cirúrgico após liberação da Neurovascular e Cuidado com a pele	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____	DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTI VRS NÃO ABREVIADO 17 OUT. 2016 Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104 Centim. CEP 64001-160
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

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



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

## LAUDO MÉDICO

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

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 25/09/2016

### US ABDOMINAL TOTAL

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

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

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

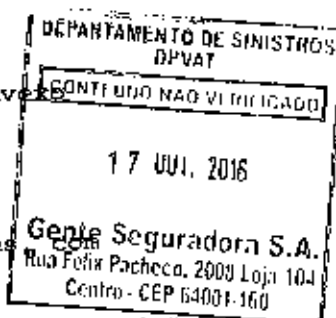
(HERBERT)

TERESINA - PI 25/09/2016

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

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

26-09-16





## PRESCRIÇÃO MÉDICA

MOD 007 - HUT



Fundação Municipal de Saúde

# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/9/16

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

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI Nº <u>24</u>	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA Nº <u>7-0</u>	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº <u>7-5</u>	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	300		PVPI DE GERMANTE	ML	300	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	ML	300	
ÁGUA OXIGENADA	ML	300		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO- GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	100		SERINGA 3CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO Nº	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG		1		OBS.: 3 copias 26-09-16 XL			
CAT. GUT. SIMPLES S/AG		1					
CAT. GUT. CROMADO C/AG		1					
CAT. GUT. CROMADO S/AG		1					
ALCOFIL		1					
MONONYLON Nº <u>2-0</u>		01					
FITA UMBILICAL		1		ENFERMARIA:			
VICRYL		1		CIRCULANTE: <u>Karla</u>			
PROLENE		1					



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Oswaldo Lima Farias

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de 5º dedo pé direito

Operação - Tipo

LMC e Osteossíntese com Kirschner 5º dedo pé

Cirurgião

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura exposta 5º dedo pé direito

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTIÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

Gente Seguradora S.A.

Rua Edmundo Pacheco, 2006 Cori 104

Centro - CEP 64001-160

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Pectramento)

- ① Descrição: Ovario Sub Ligamentar
- ② Anestesia + Antiespasmódico
- ③ Posicionamento (compa-estéril)
- ④ Limpeza Mecânica Cirúrgica com SF011.
- ⑤ Posicionamento do Fio de Kirschner 15mm intramedular no 5º dedo do pé direito por fluoroscopia
- ⑥ Hemostase
- ⑦ Sutura
- ⑧ Curativo

Dr. Leonor  
LRA-PR 570



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

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

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

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

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG

Atendimento: 571423

Requisição: 679172

Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 848713

Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 25/09/2016

### US ABDOMINAL TOTAL

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

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

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

(HERBERT)

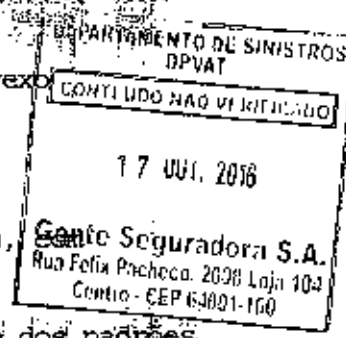
TERESINA - PI 25/09/2016

HERBERT CALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-01 CRMPI 3242

Profissional Responsável

26-09-16







# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

## LAUDO MÉDICO

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

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

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

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG. Atendimento: 571423

Requisição: 679204

Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

Controlar: 848758

Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

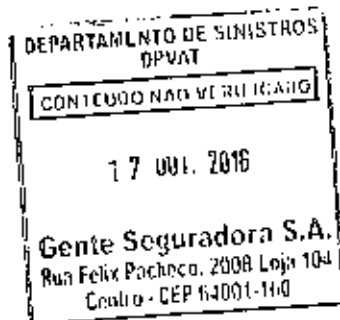
### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

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

(IRANDI SILVA)



TERESINA - PI 25/09/2016

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 698.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

26.09.16

Handwritten signature



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

## LAUDO MÉDICO

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

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

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

Sexo: **Masculino**

Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **571423**

Requisição: **679204**

Solicitação: **25/09/2016**

Solicitante: **EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA**

Controle: **B48758**

Convênio: **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 base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

#### RELATÓRIO:

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

(GRANDI SILVA)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

TERESINA - PI 25/09/2016

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 69558343-15 CNPJ: 00

Profissional Responsável

26-09-16

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

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

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

**LAUDO MÉDICO**

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

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206010028

Data Exame: 25/09/2016

**T.C. DE COLUNA LOMBO SACRA**

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

**RELATÓRIO:**

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/09/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTINUIDADE VERIFICADA

17 JUL 2016

Gente Seguradora S.A.  
Rua Felix Pacheco, 2006 Loja 104  
Centro - CEP 64001-140**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.302-15 CRM-PI 3099

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

26.09/16



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

NOME DO PACIENTE: Oswaldo Lima Farias

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421.079

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



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

Ortopedia - 05  
SALA TRAUM  
W E U B O C I A D R O R

# BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

Nome:	OSVALDO LIMA FARIAS	Prontuário:	421079
Mãe:	LUCINAR DOS SANTOS FARIAS	Pai:	OSVALDO DOS SANTOS FARIAS
End. Resid.:	QUADRA 192 CASA 16 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	25/05/1981	Idade:	35a:4m:0d
Responsável:	MANOEL MONTEIRO	Sexo:	Masculino
Profissão:	AGENTE DE PORTARIA	Fone:	96-99517-3636
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	CNS:	700004485882203
End. Local.:	- - -		
	Documento: CPF: HUT DR. ZENON H. N.		
	E. Civil: Solteiro(a)		
	CID Secundário: V299		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

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

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

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

A) Via AEREA PERVA  
B) EUPNEICO, AP: MV diminuído bilateralmente, S/ ruidos  
C) NORMOCARDICO  
d) CONSCIENTE E ORIENTADO, GLASGOW 15, ingestão de bebida ALCOOLICA  
Abdome: dor a PALPAÇÃO EN FLANCO DIREITO, NORMOTENSO.

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

## CONDUÇÃO MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx torax + Pelve + cervical + PE direito	REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA
	DATA: 25/09/16
	MÉDICO: Helene
	EXAME US Abd total
	AUDO PROVISÓRIO OK

## MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: _____	HORA: _____	Dr. Enio Pereira Carvalho	CID
		MEDICINA INTERNA	

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Dr. Enio Pereira Carvalho

Dr. Paulo Moura  
Médico  
CRM-PI 6181



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

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

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

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

### DADOS DO ATENDIMENTO:

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

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: __/__/____	ESPECIALISTA: Ortopedia
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Reforço diagnóstico com exames complementares, demandando a de Rx - Fratura da falange proximal 5º P.D. no exame Cd: Suspeita de fratura proximal 5º P.D. no exame Neuromioma - C6-C7	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____	DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTI VRS NÃO ABREVIADO 17 OUT. 2016 Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104 Centim - CEP 64001-160
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 25/09/16 20:45h	ESPECIALISTA: NCA
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Politruma TC C6-C7: Sem lesão que explique conduta NCA TC C6-C7: lesão L5 não avulsa conduta NCA	
DADOS DO PARECER: Data/Hora: __/__/____	Carimbo/Assinatura Prof. Parecer
Dr. Rafael Levi Louichard S. da Cunha Médico de Esporte CRM: 3807 SBC: 42983 Trauma do Esporte e Artroscopia Cirurgia do Ombro e Cotovelo	



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

## LAUDO MÉDICO

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

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 25/09/2016

### US ABDOMINAL TOTAL

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

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

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

(HERBERT)

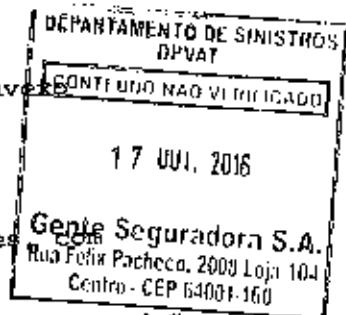
TERESINA - PI 25/09/2016

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

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

26-09-16

KO





# PRESCRIÇÃO MÉDICA

MOD 007 - HUT





Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/9/16

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

MATERIAL DE CONSUMO

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



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Oswaldo Lima Farias

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de 5º dedo pé direito

Operação - Tipo

LMC e Osteossíntese com Kirschner 5º dedo pé

Cirurgião

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura exposta 5º dedo pé direito

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTIÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

Gente Seguradora S.A.

Rua Edmundo Pacheco, 2006 Cori 104

Centro - CEP 64001-160

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Pechamento)

- ① Descrição: Ovario Sub Ligamentar
- ② Anestesia + Antiespasmódico
- ③ Posicionamento (compe-estéril)
- ④ Limpeza Mecânica Cirúrgica com SF011.
- ⑤ Posicionamento do Fio de Kirschner 15mm intramedular no 5º dedo do pé direito por fluoroscopia
- ⑥ Hemostase
- ⑦ Sutura
- ⑧ Curativo

Dr. Leoncio  
L. P. 570



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

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

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

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

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG

Atendimento: 571423

Requisição: 679172

Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 848713

Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 25/09/2016

### US ABDOMINAL TOTAL

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

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

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

(HERBERT)

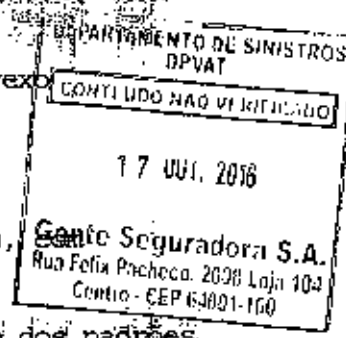
TERESINA - PI 25/09/2016

HERBERT CALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-01 CRMPI 3242

Profissional Responsável

26-09-16





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

## LAUDO MÉDICO

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

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

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

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG. Atendimento: 571423

Requisição: 679204

Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

Controlar: 848758

Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

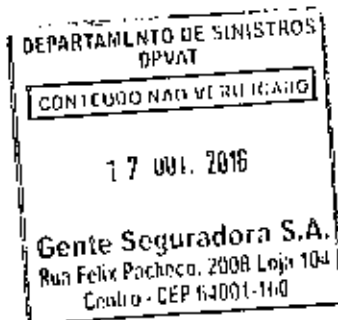
### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

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

(IRANDI SILVA)



TERESINA - PI 25/09/2016

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 698.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

26.09.16

Handwritten signature



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

## LAUDO MÉDICO

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

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

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

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG

Atendimento: 571423

Requisição: 679204

Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

Controle: B48758

Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

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

(GRANDI SILVA)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

TERESINA - PI 25/09/2016

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 69558343-15 CNPJ: 00

Profissional Responsável

26-09-16



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

## LAUDO MÉDICO

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

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data Exame: 25/09/2016

### T.C. DE COLUNA LOMBO SACRA

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

### RELATÓRIO:

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/09/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTINUIDADE VERIFICADA

17 JUL 2016

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

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.302-15 CRM-PI 30990

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

26.09/16

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO SERIAL	7.529.953
DATA DE EXPEDIENTE	30/JUL/2015
NOME	OSVALDO LIMA FARIAS
PAIS	OSVALDO DOS SANTOS FARIAS
LOCAL	LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS
NATURALIDADE	TERESINA PI
DATA DE NASCIMENTO	25/02/1981
DOCUMENTO	CERT. NASC. 10016 LV A - 9 SR 44 CART. LAGES - TERESINA PI
CPF	906.507.073-06
LOCAL	JORÇABA - SC
PAULO HENRIQUE DOS SANTOS Diretor do Instituto de Identificação - IAP/SC	
ASSINATURA DO DETENTOR	
LEI Nº 7.165 DE 1985	
DEPARTAMENTO DE DPVAT	
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
17 JUL. 2015	17 JUL. 2015
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Lota 104 Centro - CEP 64001-160	Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Lota 104 Centro - CEP 64001-160
ESTADO DE SANTA CATARINA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	


**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
Secretaria da Receita Federal

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome  
**OSVALDO LIMA FARIAS**

Mã de Incrição  
**904547073-04**

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



**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
DPVAT

**CONTIUDO NAO VERIFICADO**

**17 JUL 2016**

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

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
DPVAT

**CONTIUDO NAO VERIFICADO**

**17 JUL 2016**

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



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO SERIAL	7.529.953
DATA DE EXPEDIENTE	30/JUL/2015
NOME	OSVALDO LIMA FARIAS
PAPEL	OSVALDO DOS SANTOS FARIAS LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS
NATURALIDADE	TERESINA PI
DATA DE NASCIMENTO	25/02/1981
DOCUMENTO	CERT. NASC. 10016 LV A - 9 SR 44 CART. LAGES - TERESINA PI
CPF	906.507.073-06
LOCALIDADE	JORCABA - SC
PAULO HENRIQUE DOS SANTOS Diretor do Instituto de Identificação - IAP/SC	
ASSINATURA DO DETENTOR	
LEI Nº 7.165 DE 1985	
DEPARTAMENTO DE DPVAT	
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
17 JUL 2015	17 JUL 2015
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Lota 104 Centro - CEP 64001-160	Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Lota 104 Centro - CEP 64001-160
ESTADO DE SANTA CATARINA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	


**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
Secretaria da Receita Federal

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome  
**OSVALDO LIMA FARIAS**

Mã de Incrição  
**904547073-04**

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



**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
DPVAT

**CONTIUDO NAO VERIFICADO**

**17 JUL 2016**

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

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
DPVAT



**CONTIUDO NAO VERIFICADO**

**17 JUL 2016**

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

MIRIANE SOARES BATISTA  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL. 2016

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.178.369 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/05/08

NOME MIRIANE SOARES BATISTA

RELACÃO NELLE ROZE SOARES MARQUES  
EDVANDO MARQUES BATISTA

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

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

CPF TERESINA - PI

ASSINATURA DO TITULAR

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL. 2016

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



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **059.497.753-33**

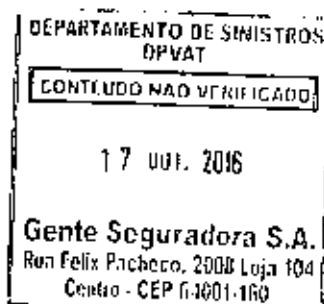
Nome da Pessoa Física: **MIRIANE SOARES BATISTA**

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

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/07/2010**

Digito Verificador: **00**



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

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



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

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

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Miriane Soares Batista  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL. 2016

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.178.369 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/05/08

NOME MIRIANE SOARES BATISTA

RELACÃO NELLE ROZE SOARES MARQUES  
EDVANDO MARQUES BATISTA

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

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

CPF TERESINA - PI

ASSINATURA DO TITULAR

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL. 2016

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



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **059.497.753-33**

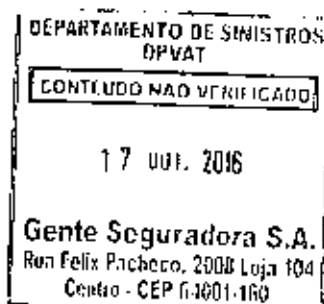
Nome da Pessoa Física: **MIRIANE SOARES BATISTA**

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

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/07/2010**

Digito Verificador: **00**



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

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


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

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

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



MIRIANE SOARES BATISTA  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL. 2016

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.178.369 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/05/08

NOME MIRIANE SOARES BATISTA

RELACÃO NELLE ROZE SOARES MARQUES  
EDVANDO MARQUES BATISTA

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

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

CPF TERESINA - PI

ASSINATURA DO TITULAR

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL. 2016

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



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **059.497.753-33**

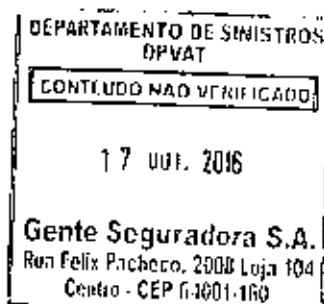
Nome da Pessoa Física: **MIRIANE SOARES BATISTA**

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

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/07/2010**

Digito Verificador: **00**



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

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

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

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

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





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
— MINISTERIO DAS CIDADES —

DEPARTAMENTO DE MINISTROS  
PRVAT  
CONTUDD NAQ W CH PLOU

77 291-2018

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

OSVALDO LIMA FARIAS

904.547.073-04 OKH5613

NFISCAL / 9C2KC1660FR039893

AS/MOTOCICLETA/NAO APLICAR CS/SEMPRE

2P/OCV/149CC      PARTIC      BRANCA

ISENTO	*****	1	SECRET
		2	SECRET

**PAGE**

SEM RESTRICTED/N, NOT KODAF039897

SA FORTES

[illegible]

Centro CEP 60010-000 0685384031 BALNETE DE SEGURO PRIVAT

ESTE É O SEU SEGRETO DO SEGREDO DO VAI  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dvaisequedetrangito.com.br](http://www.dvaisequedetrangito.com.br)

2015-28/04/2015

1994-7B0147 HONDA/CG 150 LILIAN EX  
2015 11 9 9C2KC1660FR039897

### PREMIO TARIFARIO

**SEGURO LÍDER - DPVAT**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

17.06.2016

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

**41-2014**



0007

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL - 2016

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

OSVALDO LIMA FARIAS

904.547.073-04 OKH5613  
NFISCAL / 9C2KC1660FR039897

AR/MOTOCICLETA/MARCA AP/TCR DO/BR  
HONDA/CG 150 TITAN EX 2015  
P/OCV/149CC PARTIC BRANCA

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

SEM RESTRICÇÕES/MOT/KC/9C2KC1660FR039897

JOACABA/SC  
90157951746  
28/04/2016

OPERAÇÃO DE SINISTROS - CAUSADOS POR VEÍCULO  
MOTORISTA - TERRESTRE - OU POR SUAS PARTES A PESSOA  
ST GRUPOS DO NAO - SÍMBOLO DPVAT

5384031 SINISTRE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU SINISTRE OU SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodotransito.com.br

2015 28/04/2015

904.547.073-04 OKH5613  
1046780147 HONDA/CG 150 TITAN EX  
2015 9 9C2KC1660FR039897

PRÊMIO TARIFÁRIO

PREÇOS	PRELIMINAR	QUANTO DO SEGURO

COTA ÚNICA ☐ FRAQUELADO ☐

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL - 2016

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

1702-104



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
— MINISTERIO DAS CIDADES —

ESTE É O SEU SEGREDO OU SEGREDO DE OUTRO  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodatransito.com.br](http://www.dpvatsegurodatransito.com.br)

441-244

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

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

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

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

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

**Resultado da Avaliação Médica**

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

( ) Total = "100% da IS"

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



Adriel Herbert de Castro Leão - CRM: 3888 - PI

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

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

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

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

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

**Resultado da Avaliação Médica**

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

( ) Total = "100% da IS"

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



Adriel Herbert de Castro Leão - CRM: 3888 - PI

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

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

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

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

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

**Resultado da Avaliação Médica**

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

( ) Total = "100% da IS"

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



Adriel Herbert de Castro Leão - CRM: 3888 - PI

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160630930

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** OSVALDO LIMA FARIAS

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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fx da FP do 5º PDD

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/12/2016

**Conduta mantida:**

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

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

**CRM do médico:** 3888

**UF do CRM do médico:** PR

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

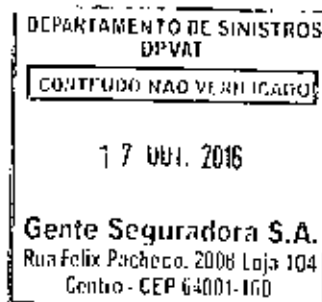
**Assinatura do médico:**





## DECLARAÇÃO

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



Teresina, 26 de setembro de 2016

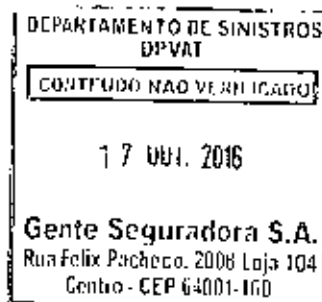
*Fábio Marcos de Sousa*  
Diretor Técnico  
Fábio Marcos de Sousa  
CRM: 3336  
Hospital de Urgência de Teresina-HUT  
Diretor Técnico - HUT  
CRM: 3336





## DECLARAÇÃO

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



Teresina, 26 de setembro de 2016

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160630930

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** OSVALDO LIMA FARIAS

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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 01/12/2016

**Valoração do IML:** 0

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

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

## DANOS

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

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

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

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160630930

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** OSVALDO LIMA FARIAS

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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 01/12/2016

**Valoração do IML:** 0

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

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

## DANOS

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

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

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

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160630930

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** OSVALDO LIMA FARIAS

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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 01/12/2016

**Valoração do IML:** 0

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

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

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
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 PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160630930

**Cidade:** Teresina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** OSVALDO LIMA FARIAS

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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fx da FP do 5º PDD

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/12/2016

**Conduta mantida:**

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

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

**CRM do médico:** 3888

**UF do CRM do médico:** PR

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**





# PROCURAÇÃO PARTICULAR

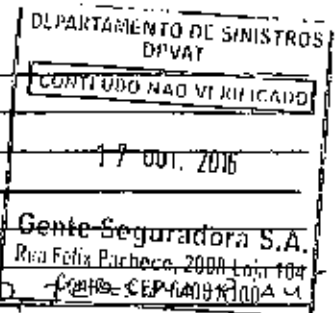
(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

## OUTORGANTE:

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS  
 Nacionalidade: BRASILEIRO  
 Estado Civil: SOLTEIRO  
 Identidade: 529.953  
 CPF: 904.547.073-04  
 Profissão: VIGILANTE  
 Endereço: R: 192 C: 18 Conj. Dirceu Ines Verde II  
 CEP: 64.078-110  
 Telefone: 186 99949.3100 / 49417-0464

## OUTORGADO:

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



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

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS



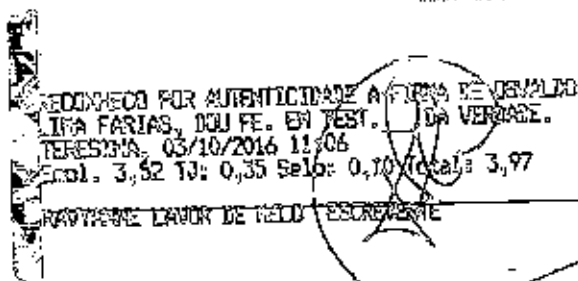
TERESINA - PIAUI

Local e data 03/10/16

*Osvaldo Lima Farias*

Assinatura do OUTORGANTE

(Assinaturas devem ser autenticadas/verificadas)





# PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

## AUTORGANTE:

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: 529.953

CPF: 904.547.073-04

Profissão: VIGILANTE

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

CEP: 64.078-110

Telefone: 186 99949.3100 / 99417-0464

## AUTORGADO:

Nome: MIRIANE SOARES BATISTA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRA

Idade: 3.178.369

CPF: 059.442.753-33

Profissão: ESTUDANTE

Endereço: UA 24 DE JANEIRO, 544, CENTRO

CEP: 64.000-000

Telefone: 186 3303-4104

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTIÚDO NAO VERIFICADO
17 OUT. 2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 200A Lda 104 FONE: 0674191004

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

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS



TERESINA - PIAUI

Local e data: 03/10/16

Osvaldo Lima Farias

Assinatura do AUTORGANTE

(Assinatura deve ser autenticada/verificada)

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





# PROCURAÇÃO PARTICULAR

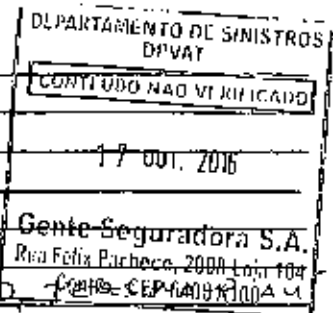
(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

## OUTORGANTE:

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS  
 Nacionalidade: BRASILEIRO  
 Estado Civil: SOLTEIRO  
 Identidade: 529.953  
 CPF: 904.547.073-04  
 Profissão: VIGILANTE  
 Endereço: R: 192 C: 18 Conj. Dirceu Ines Verde II  
 CEP: 64.078-110  
 Telefone: 186 99949.3100 / 49417-0464

## OUTORGADO:

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



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

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS



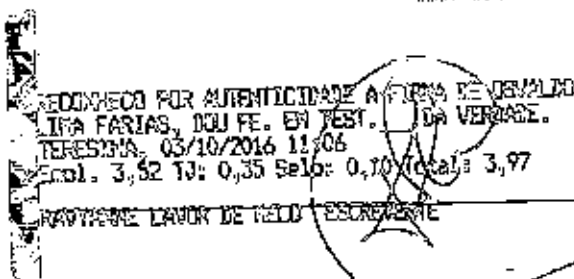
TERESINA - PIAUÍ

Local e data: 03/10/16

*Osvaldo Lima Farias*

Assinatura do OUTORGANTE

(Assinaturas devem ser autenticadas/verificadas)





Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2016

Carta nº: 9914988

A/C: OSVALDO LIMA FARIAS

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

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

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

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10115571

A/C: OSVALDO LIMA FARIAS

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

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10204651

A/C: OSVALDO LIMA FARIAS

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

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: OSVALDO LIMA FARIAS

Valor: R\$ 337,50

Banco: 237

Agência: 000000342-5

Conta: 00000570178-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Oswaldo Lima Farias

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

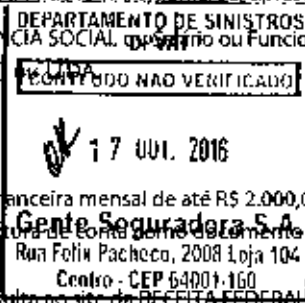
CPF 90454710713-106 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO segurante

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

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

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

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



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

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

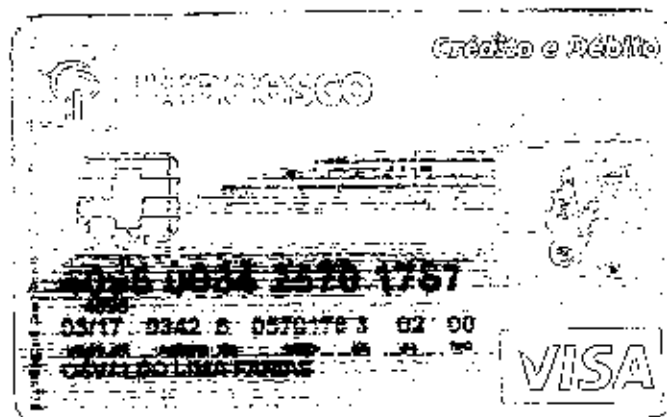
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

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

**1 ATENÇÃO**

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

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



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



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Oswaldo Lima Farias

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

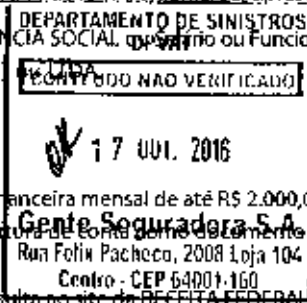
CPF 90454710713-106 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Segurante

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

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, **emprego** ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa).
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Autômatas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesse momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site 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 POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

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

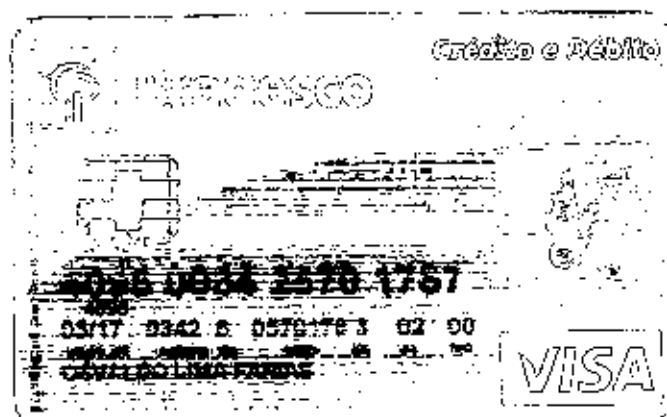
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

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

**1 ATENÇÃO**

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

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



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



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Oswaldo Lima Farias

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

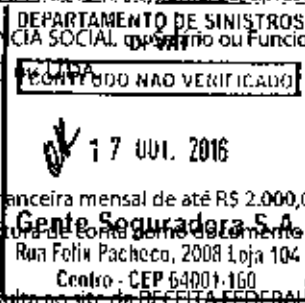
CPF 90454710713-106 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO segurante

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

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

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

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



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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

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

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

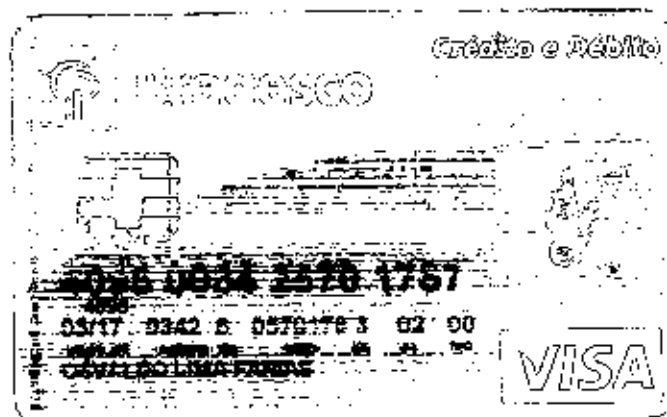
Teresina 04 de Outubro de 2016 x Oswaldo Lima Farias  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

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

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





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



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

Unidade Policial: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

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

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

Q-245, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº

Complemento

Data/Hora

25/09/2016 - 15:30

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE II

Ponto de Referência

POLINTER

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS

RG: 7529953 SSP/PI

Mãe: LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS

Pat: OSVALDO DOS SANTOS FARIAS

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

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9417-0464

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

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

Gente Seguradora S.A.

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

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

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

OSVALDO LIMA FARIAS - Notificante  
Responsável pela Informação

ARMANDINO PINTO DE MOURA  
Delegado de Polícia



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

Unidade Policial: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

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

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

Q-245, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº

Complemento

Data/Hora

25/09/2016 - 15:30

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE II

Ponto de Referência

POLINTER

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS

RG: 7529953 SSP/PI

Mãe: LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS

Pat: OSVALDO DOS SANTOS FARIAS

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

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9417-0464

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

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

Gente Seguradora S.A.

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

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

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

OSVALDO LIMA FARIAS - Notificante  
Responsável pela Informação

ARMANDINO PINTO DE MOURA  
Delegado de Polícia



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

Unidade Policial: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

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

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade Policial Responsável

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

Q-245, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº

Complemento

Data/Hora

25/09/2016 - 15:30

Bairro

DIRCEU ARCOVERDE II

Ponto de Referência

POLINTER

**DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS**

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS

RG: 7529953 SSP/PI

Mãe: LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS

Pat: OSVALDO DOS SANTOS FARIAS

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

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9417-0464

Tipo Envolv.: VITIMA/Notificante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

**NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA**

Natureza(s) da Ocorrência

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

Gente Seguradora S.A.

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

**RELATO DA OCORRÊNCIA**

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

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

OSVALDO LIMA FARIAS - Notificante  
Responsável pela Informação

ARMANDINO PINTO DE MOURA  
Delegado de Polícia

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



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

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

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

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

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

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

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

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

Teresina - PI 04.10.2016

Local e data

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Oswaldo Lima Farias, portador da carteira de identidade nº 7.529.953 e inscrito no CPF/MF sob o nº 904.547.073-04, residente e domiciliado na 00-392 Casa 38, Cidade Teresina, Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

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

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

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

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

Teresina - PI 04.10.2016

Local e data



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



Dados do Chamado	01 Nº. do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	4112	25/09/2016	21902	15:40	15:46
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
	15:50	16:07			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	13 Ponto de referência	
	Q 245	Dinceu II	Te-Pi	Proximo Polinter	
Tipo da Ocorrência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	
	Oswaldo Lima Farias	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	35	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Ônibus/Micro-ônibus 3 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	23 - Equipamentos de segurança 24 - Capacete 25 - Cinturão de segurança 26 - Assento para criança
Exame Físico	23 Glasgow = 15	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	Pulso 86 Resp. 18 PA 110/70 TAX. 98 SatO2 98	26 - 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 - 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 - 1 - Sim 2 - Não	29 - 1 - Nenhum 2 - Extensão anormal 3 - Flexão anormal 4 - Movimento de retirada 5 - Localiza dor 6 - Obedece a comandos	
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	1 - Sim 2 - Não 35 - 1 - Sim 2 - Não 36 - 1 - Sim 2 - Não 37 - 1 - Sim 2 - Não 38 - 1 - Sim 2 - Não 39 - 1 - Sim 2 - Não 40 - 1 - Sim 2 - Não 41 - 1 - Sim 2 - Não 42 - 1 - Sim 2 - Não 43 - 1 - Sim 2 - Não 44 - 1 - Sim 2 - Não 45 - 1 - Sim 2 - Não 46 - 1 - Sim 2 - Não 47 - 1 - Sim 2 - Não 48 - 1 - Sim 2 - Não 49 - 1 - Sim 2 - Não 50 - 1 - Sim 2 - Não 51 - 1 - Sim 2 - Não 52 - 1 - Sim 2 - Não 53 - 1 - Sim 2 - Não 54 - 1 - Sim 2 - Não 55 - 1 - Sim 2 - Não 56 - 1 - Sim 2 - Não 57 - 1 - Sim 2 - Não 58 - 1 - Sim 2 - Não 59 - 1 - Sim 2 - Não 60 - 1 - Sim 2 - Não 61 - 1 - Sim 2 - Não 62 - 1 - Sim 2 - Não 63 - 1 - Sim 2 - Não 64 - 1 - Sim 2 - Não 65 - 1 - Sim 2 - Não 66 - 1 - Sim 2 - Não 67 - 1 - Sim 2 - Não 68 - 1 - Sim 2 - Não 69 - 1 - Sim 2 - Não 70 - 1 - Sim 2 - Não 71 - 1 - Sim 2 - Não 72 - 1 - Sim 2 - Não 73 - 1 - Sim 2 - Não 74 - 1 - Sim 2 - Não 75 - 1 - Sim 2 - Não 76 - 1 - Sim 2 - Não 77 - 1 - Sim 2 - Não 78 - 1 - Sim 2 - Não 79 - 1 - Sim 2 - Não 80 - 1 - Sim 2 - Não 81 - 1 - Sim 2 - Não 82 - 1 - Sim 2 - Não 83 - 1 - Sim 2 - Não 84 - 1 - Sim 2 - Não 85 - 1 - Sim 2 - Não 86 - 1 - Sim 2 - Não 87 - 1 - Sim 2 - Não 88 - 1 - Sim 2 - Não 89 - 1 - Sim 2 - Não 90 - 1 - Sim 2 - Não 91 - 1 - Sim 2 - Não 92 - 1 - Sim 2 - Não 93 - 1 - Sim 2 - Não 94 - 1 - Sim 2 - Não 95 - 1 - Sim 2 - Não 96 - 1 - Sim 2 - Não 97 - 1 - Sim 2 - Não 98 - 1 - Sim 2 - Não 99 - 1 - Sim 2 - Não 100 - 1 - Sim 2 - Não	HOT	1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado	1 - Sim 2 - Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	
Observações Interdisciplinar	<p>Magalhães, com sinais de estar alcoolizado, vítima de acidente motocicleta + carro, fratura exposta no dedinho do pé direito</p>				
	<p>Responsável pela recepção: _____</p>				



BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

14/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

337,50

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

CLIENTE: OSVALDO LIMA FARIAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00342-5

CONTA: 000000570178-3

Nr. Autenticação

BRADESCO141220160500000000002370034200000057017833750 PAGO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Osvaldo Lima Farias

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

CPF nº 904.547.073-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>07-192 Casa 38</u>
Número	
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Conj. Dinceu Arceneiro II</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64078-110</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 3303-4104</u>
E-mail	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTIÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina - PI 04.10.2016

Assinatura do Declarante:

Osvaldo Lima Farias

**AGESPISA**  
Agência Especial de Previdência Social

Av. Marechal Góes, 10 - Norte - Teresina - PI  
CEP: 64000-000  
Fone: (066) 3445.7440/3445.7441-27  
Internet: www.agespisa.com.br  
Cadastro no CNPJ: 05000065/0001  
Fatura Mensal

**285921-4** **1285921-4** **SET/2016**

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

Situação	Ass.	Contrib. de Emp.	Contrib. Ind.	Contrib. Part.	Inscrição
3/1	1				110 38 02 2113 0255-000

12/08/2016 20/09/2016 32

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

Forma de Pagamento:  
**FATURADO P/ CONSUMO NORMAL**

Cód. Contribuinte	Cód. da Fatura
012859010	01

Contrib. de Emp.	Contrib. Ind.	Contrib. Part.
16		
19		19

Nome do Serviço: **MULTA IMPONTUALIDADE 001/001** Valor (R\$): **68,93**  
**JUROS DE MORA 001/001** **1,24**  
**MANTENCAO HIROMETRO** **1,26**  
**1,17**

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

Parâmetros	Valor	Contrib. de Emp.	Contrib. Ind.	Contrib. Part.
Multa por atraso em 30 dias	322	89	322	322
Multa por atraso em 60 dias	336	95	336	336
Multa por atraso em 90 dias	328	95	334	333

Valor Total: **72,60**  
 Pagar até o vencimento, evite multa/juros de mora.  
 Eleitor: EM 2 DE OUTUBRO, VOTE LÍZPO, VOTE CONSCIENTE

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

**AGESPISA** **110 38 02 2113 0255-000** **AG= 22**

**1285921-4** **SET/2016**

VENCIMENTO: **30/09/2016** **72,60**  
**26000000000-0 72600000000-0 21590100000-0 10000000000-0**



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Osvaldo Lima Farias

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

CPF nº 904.547.073-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>07-192 Casa 38</u>
Número	
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Conj. Dinceu Arceneiro II</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64078-110</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 3303-4104</u>
E-mail	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTIÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL, 2016

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

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina - PI 04.10.2016

Assinatura do Declarante:

Osvaldo Lima Farias

**AGESPISA**  
Agência Especial de Previdência Social

Av. Marechal Góes, 10 - Norte - Teresina - PI  
CEP: 64000-000  
Fone: (066) 3445.7440/3445.7441-27  
Internet: www.agespisa.com.br  
Cadastro no CNPJ: 05000065/0001  
Fatura Mensal

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

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

Situação	Ass.	Contrib. de Emp.	Contrib. Ind.	Contrib. Part.	Inscrição
3/1	1				110 38 02 2113 0255-000

**Período de Cobertura:** 12/08/2016 a 30/09/2016  
**Valor da Contribuição:** 32

Período	Contrib. de Emp.	Contrib. Ind.	Contrib. Part.
03/16	1146	20	0
04/16	1151	15	0
05/16	1180	19	0
06/16	1201	21	0
07/16	1218	17	0
08/16	1235	17	0
09/16	1254	19	0

**Forma de Pagamento:** FATURADO P/ CONSUMO NORMAL  
**Código de Pagamento:** 012859010  
**Código de Fatura:** 01  
**Valor da Fatura:** 16  
**Valor da Parcela:** 19

**Outras Informações:**  
Multa Impontualidade 001/001: 68,93  
Juros de Mora 001/001: 1,24  
Manutenção Hidrometro: 1,26  
Total: 71,43

**30/09/2016**  
PAGUE ATÉ O VENCIMENTO, EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS DE MORA.  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

Parâmetros	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Contribuição de Emprego	322	89	322	322	322
Contribuição de Indenização	336	95	336	336	336
Contribuição de Partilha	328	95	334	333	336

**Observações:**  
PAGUE ATÉ O VENCIMENTO, EVITE COBRANÇA DE MULTA/JUROS DE MORA.  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

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

**AGESPISA**  
Agência Especial de Previdência Social

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

**Vencimento:** 30/09/2016  
**Total a Pagar (R\$):** 72,60  
**Código de Fatura:** 285921-4  
**Código de Pagamento:** 012859010  
**Código de Fatura:** 01  
**Valor da Fatura:** 16  
**Valor da Parcela:** 19



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Osvaldo Lima Farias

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

CPF nº 904.547.073-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>07-192 Casa 38</u>
Número	
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Conj. Dinceu Arceneiro II</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64078-110</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 3303-4104</u>
E-mail	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTIÚDO NÃO VERIFICADO

17 JUL, 2016

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

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina - PI 04.10.2016

Assinatura do Declarante:

Osvaldo Lima Farias

**AGESPISA**  
Agência Especial de Previdência

Av. Marechal Góes, 10 - Norte - Teresina - PI  
CEP: 64000-000  
Fone: (066) 3445.7440/31-27  
Internet: www.agespisa.com.br  
Cadastro no CNPJ: 05000 65 8888

**Fatura Mensal**

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

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

**Situação:** 3/1 **Ass:** 1 **Categoria de Uso:** **Inscrição:** 110 38 02 2113 0255-000  
**13/08/2016** **20/09/2016** **32**

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

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

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

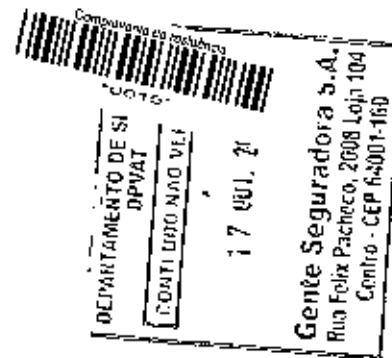
Período	Consumo	Valor	Período	Consumo	Valor
322	89	322	322	322	322
336	95	336	336	336	336
328	95	334	333	336	336

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

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

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

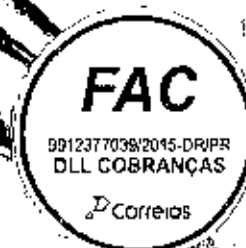
**VENCIMENTO:** 30/09/2016 **TOTAL A PAGAR (R\$):** 72,60  
2600000000-0 7200000000-0 2450000000-0 1000000000-0



# Humana

S A Ú D E

humanasaude.com.br



ANS - nº 357511



COU TERESINA PI

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



361517410700833000000015330100816

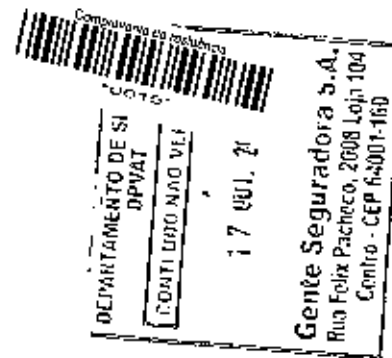
NACIONAL

Data da Postagem: 10/08/16

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

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





# Humana

S A Ú D E

humanasaude.com.br



ANS - nº 357511



COU TERESINA PI

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



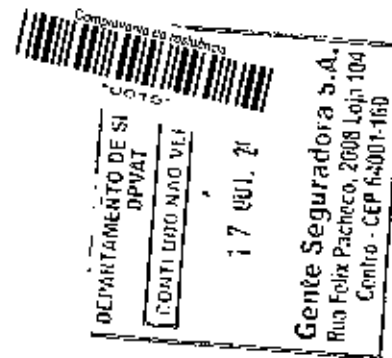
361517410700833000000015330100816

NACIONAL

Data da Postagem: 10/08/16

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

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



# Humana

S A Ú D E

humanasaude.com.br



ANS - nº 357511



COU TERESINA PI

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



361517410700833000000015330100816

NACIONAL

Data da Postagem: 10/08/16

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

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



## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

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

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

Profissão: Estudante Renda Mensal: R\$ Estudante

Documentos comprobatórios: Estudante

X Miriane Soares Batista

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

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



## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

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

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

Profissão: Estudante Renda Mensal: R\$ Estudante

Documentos comprobatórios: Estudante

X Miriane Soares Batista

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

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



## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

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

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

Profissão: Estudante Renda Mensal: R\$ Estudante

Documentos comprobatórios: Estudante

X Miriane Soares Batista

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

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



0030

Continuação de 200 declaratório

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

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

RG nº 3.178.369, expedido por SSP - PF, e

15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33

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

Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

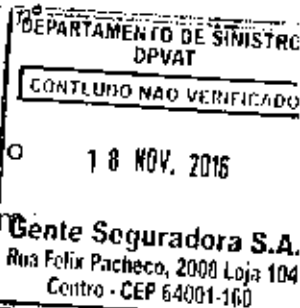
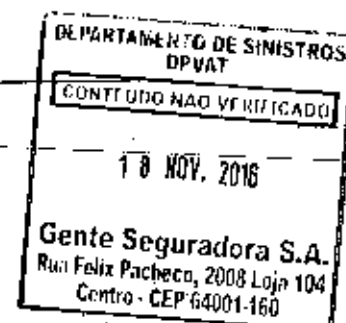
da vítima Uvaldo Lima Farias, e conforme

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

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

Documentos comprobatórios: Revisor - se

Miriane Soares Batista  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





"0030"

Conteúdo não verificado

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

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

RG nº 3.178.369, expedido por SSP - PF, e

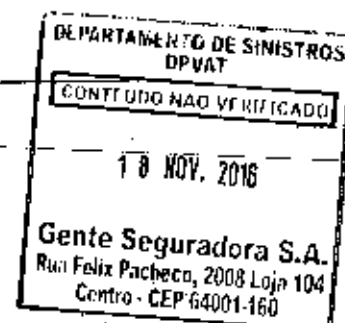
15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33

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

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

Documentos comprobatórios: Revisor - se

Miriane Soares Batista  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





0030

Continuação de 200 declaratório

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

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

RG nº 3.178.369, expedido por SSP - PF, e

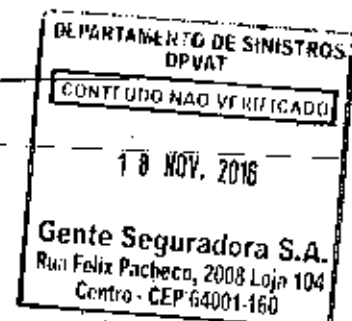
15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33

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

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

Documentos comprobatórios: Revisor - se

Miriane Soares Batista  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO







DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

NOME DO PACIENTE: Oswaldo Lima Farias

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421.079

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



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

Ortopedia - 05  
SALA TRAUM  
W E U B O C I A D R O R

# BOLETIM DE ENTRADA - BE

## DADOS DO PACIENTE:

Imp: 25/09/2016 16:24:06  
Cirurgia Geral  
User: HELENILSA  
Setor: EMERGENCIAFED

Nome:	OSVALDO LIMA FARIAS	Prontuário:	421079
Mãe:	LUCINAR DOS SANTOS FARIAS	Pai:	OSVALDO DOS SANTOS FARIAS
End. Resid.:	QUADRA 192 CASA 16 - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	25/05/1981	Idade:	35a:4m:0d
Responsável:	MANOEL MONTEIRO	Sexo:	Masculino
Profissão:	AGENTE DE PORTARIA	Fone:	96-99517-3636
G. Instrução:	Fundamental Incompleto	CNS:	700004485882203
End. Local.:	- - -		
	Documento: CPF: HUT DR. ZENON H. L.		
	E. Civil: Solteiro(a)		
	MOTOCICLETA COLISIONADA		
	CVA: 01		

## DADOS DO ATENDIMENTO:

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

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

## DADOS CLÍNICOS: (Hora: : )

A) Via AEREA PERVA  
B) EUPNEICO, AP: MV diminuído bilateralmente, S/ ruidos  
C) NORMOCARDICO  
d) CONSCIENTE E ORIENTADO, GLASGOW 15, ingestão de bebida ALCOOLICA  
Abdome: dor a PALPAÇÃO EN FLANCO DIREITO, NORMOTENSO.

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

## CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx TORAX + Pelve + CERVICAL + PE direito  
REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA  
DATA: 25/09/16  
MÉDICO: Helene  
EXAME US Abd total  
AUDIO PROVISÓRIO

## MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA:	HORA:	Enio Pereira Carvalho	CID
		MEDICINA VASCULAR	

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Dr. Paulo Moura

Dr. Paulo Moura  
Médico  
CRM-PI 6181



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

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

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

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

### DADOS DO ATENDIMENTO:

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

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

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

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

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



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

## LAUDO MÉDICO

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

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 25/09/2016

### US ABDOMINAL TOTAL

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

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

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

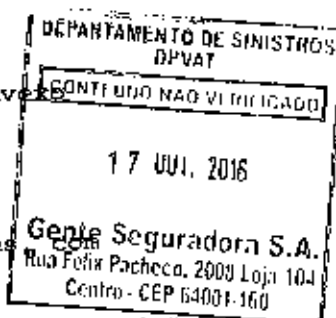
(HERBERT)

TERESINA - PI 25/09/2016

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

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

26-09-16



NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	RNF. ou APT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
08/09/16 <i>Paulo Lima Farias</i>						<i>Corredor. 0100p</i>
DATA/HORA CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		QUANT.	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
				HORÁRIO	OBSERVAÇÕES	
<i>08/09/16</i>	<i>* LMC e FN Kirchner</i>				<i>06:00 tetanogama na</i>	
	<i>Sínd. de p. d.</i>				<i>tem na gaseificação. Tc. ex</i>	
	<i>1. Orelha Orelha</i>				<i>indian</i>	
	<i>2. SFO, 91 - SOD ml, GV, 7, 10, 12</i>			<i>Res</i>		
	<i>3. Benetadon - 10mg + AD, 4, 8, 12</i>			<i>Res</i>		
	<i>4. Bromopride - 10mg + AD, 6, 8, 12 SIN</i>			<i>Res</i>		
	<i>5. Dipirona - 10mg + 8 ml AD, 6, 8</i>			<i>Res</i>		
	<i>6. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>7. Clorbutol - 10mg + AD, 6, 8</i>			<i>Res</i>		
	<i>8. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>9. Gase 7, 12, 18</i>			<i>Res</i>		
	<i>10. Transul 100mg/ml - 10mg + 100ml SFO, 91</i>			<i>Res</i>		
	<i>GV 10ml, 8, 12 hr</i>			<i>Res</i>		
	<i>11. SSVL + 66 de</i>			<i>Res</i>		
	<i>12. Tetanogama</i>			<i>Res</i>		
	<i>13. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>14. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>15. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>16. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>17. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>18. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>19. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>20. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>21. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>22. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>23. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>24. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>25. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>26. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>27. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>28. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>29. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>30. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>31. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>32. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>33. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>34. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>35. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>36. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>37. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>38. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>39. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>40. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>41. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>42. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>43. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>44. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>45. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>46. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>47. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>48. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>49. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>50. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>51. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>52. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>53. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>54. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>55. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>56. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>57. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>58. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>59. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>60. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>61. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>62. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>63. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>64. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>65. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>66. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>67. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>68. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>69. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>70. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>71. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>72. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>73. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>74. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>75. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>76. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>77. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>78. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>79. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>80. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>81. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>82. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>83. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>84. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>85. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>86. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>87. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>88. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>89. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>90. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>91. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>92. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>93. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>94. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>95. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>96. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>97. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>98. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>99. 6h</i>			<i>Res</i>		
	<i>100. 6h</i>			<i>Res</i>		



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fis. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/9/16

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

## MATERIAL DE CONSUMO

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



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

Nome do Paciente

Oswaldo Lima Farias

Diagnóstico pré-operatório

Fratura de 5º dedo pé direito

Operação - Tipo

LMC e Osteossíntese com Kirschner 5º dedo pé

Cirurgião

1º Assinante

2º Assinante

3º Assinante

Instrumentador(a)

Anestesista

Anestesia

Anestésico(a)

Data da Operação

Início

Fim

Diagnóstico Pós-operatório

Fratura exposta 5º dedo pé direito

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTINUIDADE VERIFICADA

17 JUL 2016

Gente Seguradora S.A.

Rua Edmundo Pacheco, 2006 Cori 104

Centro - CEP 64001-160

Relatório Imediato do Patologista

Acidente Durante a Operação

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

(Técnica, Ligadura, Sutures, Drenagem, Pechamento)

- ① Descrição: Ovario Sub Ligamentar
- ② Anestesia + Antiespasmódico
- ③ Posicionamento (compe-estéril)
- ④ Limpeza Mecânica Cirúrgica com SF011.
- ⑤ Posicionamento do Fio de Kirschner 15mm intramedular no 5º dedo do pé direito por fluoroscopia
- ⑥ Hemostase
- ⑦ Sutura
- ⑧ Curativo

Dr. Leonor  
LRA-PR 570



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

Pág: 1 de 1

## LAUDO MÉDICO

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

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

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

Requisição: 679172 Solicitação: 25/09/2016 Solicitante: FÁBIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 848713 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 25/09/2016

### US ABDOMINAL TOTAL

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

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

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

(HERBERT)

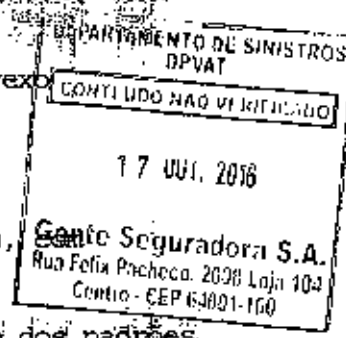
TERESINA - PI 25/09/2016

HERBERT CALENO PRADO MENDES

CPF: 854.812.033-01 CRMPI 3242

Profissional Responsável

26-09-16







# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

## LAUDO MÉDICO

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

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

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

Sexo: Masculino

Origem: URGÊNCIA/EMERG. Atendimento: 571423

Requisição: 679204

Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

Controlar: 848758

Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

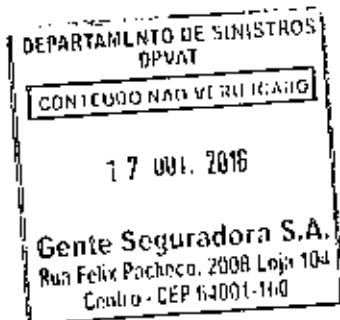
### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

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

(IRANDI SILVA)



TERESINA - PI 25/09/2016

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 698.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

26.09.16

Handwritten signature



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

## LAUDO MÉDICO

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

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

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

Sexo: **Masculino**

Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **571423**

Requisição: **679204**

Solicitação: **25/09/2016**

Solicitante: **EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA**

Controle: **B48758**

Convênio: **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 base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

#### RELATÓRIO:

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

(GRANDI SILVA)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

TERESINA - PI 25/09/2016

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 69558343-15 CNPJ: 00

Profissional Responsável

26.09.16



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

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

## LAUDO MÉDICO

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

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data Exame: 25/09/2016

### T.C. DE COLUNA LOMBO SACRA

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

### RELATÓRIO:

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/09/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTINUIDADE VERIFICADA

17 JUL 2016

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

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.302-15 CRM-PI 3099

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

26.09/16

*[Assinatura]*