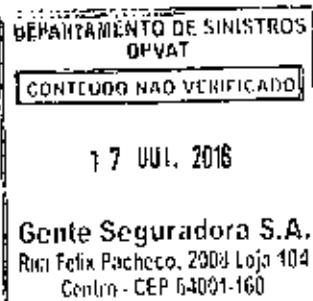


Ultra  
Documentação médica hospitalar  
  
00000000000000000000000000000000



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Oraldo Lima Farias

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421.679

**SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – SAME**

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".



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

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

SALA DE TRAUMA

Nº EV Ro C1A/DR

CURVA G1P GÉRETE

Impresso por: HELENILSAI

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

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

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

### DADOS DO ATENDIMENTO:

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

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

A) VIA AEREA PERVIA

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

C) NORMOCARDICO

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

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

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx torax + PELVE + CERVICAL + PÉ direito

REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA

DATA: 25/09/16

MÉDICO: Helbert

EXAME US Abd Total

AUDIO PROVISÓRIO

CID: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internado, Indique o Procedimento e CID

Enio Pereira Carvalho

MEDICINA DA VASCULAR

DATA: 25/09/2016

CID

DATA: / / RORA: / /

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Dr. Enio Pereira Carvalho

Dr. Paulo Moura

CRM: 613487



## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

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

### DADOS DO ATENDIMENTO:

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

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: / / : : ESPECIALISTA: Otorrino
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Referente acidente com moto envolvendo dono de moto e dona que dirigia a moto, ambos levados para o S.P.D. e exames RX - Radiografia das fraturas presentes no S.P.D.
CD: Encaminha a Clínica Cirurgia após liberação da mesma para o Hospital
DEPARTAMENTO DE SINISTROS: DEPAT

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

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : : CONTEÚDO NÃO CONFIRMADO
17/09/2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2006 Loja 104 Centro - CEP 64001-160

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 25/09/16 20:45h ESPECIALISTA: NCA
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Politécnico
TC Cervi: Sem lesão que impeça condução NCA
TC Cervi: Lesão LS não antiga
CD: Sem conduta NCA
DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :
Venha agora ao meu consultório

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



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

## LAUDO MÉDICO

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

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

#### US ABDOMINAL TOTAL

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

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

Data Exame: 25/09/2016

DÉPARTEAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 VIII. 2016

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

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

TERESINA - PI - 25/09/2016

(HERBERT)

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CRF: 854.612.038-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável

96/09/16

10



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

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**



## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

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

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/9/16

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

## MATERIAL DE CONSUMO

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



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

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



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

## LAUDO MÉDICO

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

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

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

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

Controle: 848713 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 25/09/2016

#### US ABDOMINAL TOTAL

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

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

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

(HERBERT)

TERESINA - PI 25/09/2016

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**  
 CPF: 854.812.033-01 CRM-PI 3442  
 Profissional Responsável

96.09.16  
 Herbert Galeno Prado Mendes



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

## LAUDO MÉDICO

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

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

Nascimento: 25/05/1961 Idade: 35a:4m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG. Atendimento: 571423

Requisição: 679204 Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

Controle: 848758 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

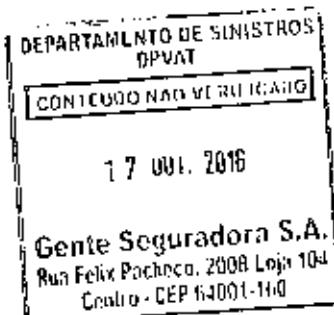
### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

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

(IRANDI SILVA)



TERESINA - PI 25/09/2016

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

36.09.16

KU

# HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: OSVALDO LIMA FARIAS (Prontuário: 421079)

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

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

Requisição: 679204 Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALMEIDA BONAMIRANDA

Controle: 848758 Convenio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

#### I.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/09/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
17-01-2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2009 Loja 104 Centro - CEP 64001-160

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 095.988.003-15 CRMPI 200

Profissional Responsável

26.09.16



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-020 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

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

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

Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a:4m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendente: 531223

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

Controle: 848759 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data: 25/09/2016

#### I.C. DE COLUNA LOMBO SACRA

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

#### RELATÓRIO:

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/09/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTIDO NÃO VERIFICADO
DATA: 17/09/2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2006 Loja 104 Centro - CEP 64001-140

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.312-15 CRM-PI 3890

PROFISSÃO: Radiologista

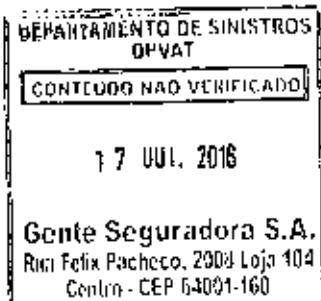
36.09

YJ

Ultra  
Documentação médica hospitalar  
  
00000000000000000000000000000000



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Oraldo Lima Farias

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421.679

**SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – SAME**

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".



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

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

SALA DE TRAUMA

Nº EV Ro C1A/DR

CURVA G1P GÉRETE

Impresso por: HELENILSAI

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

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

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

### DADOS DO ATENDIMENTO:

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

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

A) VIA AEREA PERVIA

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

C) NORMOCARDICO

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

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

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx torax + PELVE + CERVICAL + PÉ direito

REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA

DATA: 25/09/16

MÉDICO: Helbert

EXAME US Abd Total

AUDIO PROVISÓRIO OK

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internado, Indique o Procedimento e CID

Enio Pereira Carvalho

MEDICINA DA VASCULAR

CID: 01348

DATA: / / HORA: / :

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Dr. Enio Pereira Carvalho

Dr. Enio Pereira Carvalho

CRM: 61348



## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

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

### DADOS DO ATENDIMENTO:

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

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

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

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

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: 25/09/16 20:45h ESPECIALISTA: NCA	
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Poli trauma	
TC Cervi: Sem lesão que impeça	
conduzir NCA	
TC Abdominal: Lesão LS não antiga	
CAB: Sem conduta NCA	
Carimbo/Assinatura Prof. Parecer	

DADOS DO PARECER: Data/Hora: / / : :	
Fevereiro exame da MFT	
Dr. Rafael Levi Luchard S. da Cunha Médico de Esporte CRM: 3807 - SBCT 42983 Carimbo/Assinatura Prof. Parecer Academia de Esportes e Artes Marciais Cirurgia do Ombro e Cotovelo	



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

## LAUDO MÉDICO

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

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

#### US ABDOMINAL TOTAL

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

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

Data Exame: 25/09/2016

DÉPARTEAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 VIII. 2016

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

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

TERESINA - PI - 25/09/2016

(HERBERT)

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CRF: 854.612.038-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável

96/09/16

10



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

## **PRESCRIÇÃO MÉDICA**



## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

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

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/9/16

NOME DO PACIENTE:	Geraldo Lima Faria	PRONTUÁRIO Nº:	421079
DIAGNÓSTICO:	CIRURGIA:		
ANESTESIA:	Diane	Nº DA SALA:	05
CIRURGIAO:	Dr. Hugo / Dr. Leonardo	CPF Nº:	
AUXILIAR:		CPF Nº:	
ANESTESIA:	Dra. Socorro	CPF Nº:	
INSTRUMENTADORA:	Katia	CPF Nº:	

## MATERIAL DE CONSUMO

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



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

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



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

## LAUDO MÉDICO

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

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

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

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

Controle: 848713 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 25/09/2016

#### US ABDOMINAL TOTAL

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

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

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

(HERBERT)

TERESINA - PI 25/09/2016

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**  
 CPF: 854.812.033-01 CRM-PI 3442  
 Profissional Responsável

96.09.16  
 Herbert Galeno Prado Mendes



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

## LAUDO MÉDICO

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

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

Nascimento: 25/05/1961 Idade: 35a:4m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG. Atendimento: 571423

Requisição: 679204 Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

Controle: 848758 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

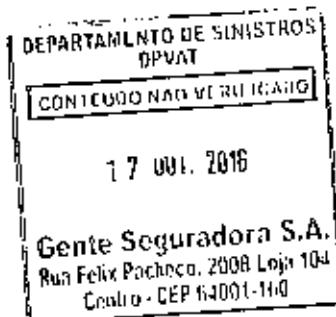
### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

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

(IRANDI SILVA)



TERESINA - PI 25/09/2016

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

26.09.16

KU

# HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: OSVALDO LIMA FARIAS (Prontuário: 421079)

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

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

Requisição: 679204 Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALMEIDA BONAMIRANDA

Controle: 848758 Convenio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

#### I.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/09/2016

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

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 095.988.003-15 CRMPI 200

Profissional Responsável

36.09.16



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-020 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

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

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

Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a:4m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendente: 531223

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

Controle: 848759 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data: 25/09/2016

#### I.C. DE COLUNA LOMBO SACRA

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

#### RELATÓRIO:

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/09/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTIDO NÃO VERIFICADO
17/09/2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheca, 2006 Loja 104 Centro - CEP 64001-140

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.312-15 CRM-PI 3890

PROFISSÃO: Radiologista

36.09

YJ



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO ESTADUAL	7.529.953
	DATAS DE EXPEDIÇÃO
	30/JUL/2015
NOME OSVALDO LIMA FARIAS	
SALVAMENTO OSVALDO DOS SANTOS FARIAS	
LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS	
NATURALIDADE	TERESINA PI
	25/04/1901
DOC. DE BEB. CERT. NASC. 10016 LV A - 9 SE 47	CART. LAGES - TERESINA PI
CPF 906.507.073-06	PRESIDENTE PAULO HERIBERTO DOS SANTOS Porto Canavieira Diretor do Instituto de Idoso Brasil - IPIB/SC
JOACABA - SC	ASSINATURA DO DIRETOR
DEPARTAMENTO DE BENS MATERIAIS DPVAT	LEI Nº 7.183/1984 ARTIGO 1º, PARAGRAFO ÚNICO
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
17 JUL. 2016	17 JUL. 2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 103 Centro - CEP 64001-160	Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2000 Loja 103 Centro - CEP 64001-160
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE SANTA CATARINA	
SECRETARIA DE DEFESA DA SEGURANÇA PÚBLICA	
SERVIÇO DE POLÍCIA FEDERAL	

**MINISTÉRIO DA FAMÍLIA**  
Secretaria de Registro Civil

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

**Nome:** OSVALDO LIMA FARIAES

**Nº de Inscrição:** 904547073-04

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



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

**CONTIDO NÃO VERIFICADO**

17 JUL. 2016

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

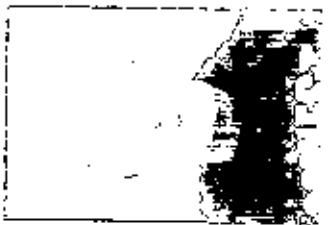
**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**

**CONTIDO NÃO VERIFICADO**

17 JUL. 2016

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



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

**MINISTÉRIO DA FAMÍLIA**  
Secretaria de Registro Civil

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

**Nome:** OSVALDO LIMA FARIAES

**Nº de Inscrição:** 904547073-04

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



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

**CONTIDO NÃO VERIFICADO**

17 JUL. 2016

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

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

**CONTIDO NÃO VERIFICADO**

17 JUL. 2016

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



REPU BÉLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

*Miriane Soares Batista*  
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INTERMONT LIMA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL  
**3.178.369**

DATA DE EXPEDIÇÃO  
**15/05/08**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

MIRIANE SOARES BATISTA  
 NELLE ROZE SOARES MARQUES  
 EDVANDO MARQUES BATISTA

NATURALIDADE  
**CRATEUS-CE**

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

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

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

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



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **059.497.753-33**

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

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

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/07/2010**

Dígito Verificador: **00**

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

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

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

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

Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

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



REPU BÉLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

*Miriane Soares Batista*  
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INTERMONT LIMA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL  
**3.178.369**

DATA DE EXPEDIÇÃO  
**15/05/08**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

MIRIANE SOARES BATISTA  
 NELLE ROZE SOARES MARQUES  
 EDVANDO MARQUES BATISTA

NATURALIDADE  
**CRATEUS-CE**

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

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

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

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



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **059.497.753-33**

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

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

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/07/2010**

Dígito Verificador: **00**

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

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

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

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

Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

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



REPU BÉLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

*Miriane Soares Batista*  
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INTERMONT LIMA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL  
**3.178.369**

DATA DE EXPEDIÇÃO  
**15/05/08**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

17 JUL 2016

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

MIRIANE SOARES BATISTA  
 NELLE ROZE SOARES MARQUES  
 EDVANDO MARQUES BATISTA

NATURALIDADE  
**CRATEUS-CE**

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

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

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

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



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **059.497.753-33**

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

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

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/07/2010**

Dígito Verificador: **00**

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

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

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

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

Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

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





DUT

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT**

**CONTEÚDO NÃO VIGENTE**

17 JUL 2016

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

**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

**010955384031**

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

**OSVALDO LIMA FARIA**

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

**NFISCAL / 9C2KC1660FR039897**

**29/MOTOCICLISTA/NAO APENAS CUSTO**

**HONDA/CG 150 TITAN EX 2015**

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

**PRÉMIO TARIFÁRIO**

**2015 1 9 9C2KC1660FR039897**

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

**CONTEÚDO NÃO VIGENTE**

17 JUL 2016

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

DATUM: 2015-04-28 10:29:20

00077



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

---

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

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

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

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

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

**Resultado da Avaliação Médica**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

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

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

(  ) Total = "100% da IS"

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



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI

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

---

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

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

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

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

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

**Resultado da Avaliação Médica**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

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

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

(  ) Total = "100% da IS"

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



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI

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

---

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

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

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

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

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

**Resultado da Avaliação Médica**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

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

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

(  ) Total = "100% da IS"

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



Adriel Herbert de Castro Leao - CRM: 3888 - PI

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3160630930  
Vítima: OSVALDO LIMA FARIAS

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

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fx da FP do 5º PDD

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/12/2016

**Conduta mantida:**

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

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

**CRM do médico:** 3888

**UF do CRM do médico:** PR

## DANOS

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

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



## DECLARAÇÃO

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

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

Teresina, 26 de setembro de 2016

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



## DECLARAÇÃO

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

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

Teresina, 26 de setembro de 2016

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160630930      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OSVALDO LIMA FARIAS      **Data do acidente:** 25/09/2016      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 01/12/2016

**Valoração do IML:** 0

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

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

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

## DANOS

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

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

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

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3160630930  
Vítima: OSVALDO LIMA FARIAS

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

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 01/12/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura de 5º dedo do pé direito.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: Indenizado com base em documentação médica hospitalar.

## DANOS

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

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3160630930  
Vítima: OSVALDO LIMA FARIAS

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

Natureza: Invalidez Permanente  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 01/12/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Fratura de 5º dedo do pé direito.

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações: Indenizado com base em documentação médica hospitalar.

## DANOS

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

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

# PARECER DE 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 20°/ FLEXÃO DE 20°) .

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/12/2016

**Conduta mantida:**

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

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

**CRM do médico:** 3888

**UF do CRM do médico:** PR

## DANOS

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

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

**OUTORGANTE:**

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

**OUTORGADO:**

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

No presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA UNIÃO DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas concessionárias, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras concessionárias, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar resgatamento, possendo substituir e praticar em seu nome, todos os atos de direito pertinentes para o seu e perfeito cumprimento deste instrumento e requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a quantia de: OSVALDO LIMA FARIAS

2º OFÍCIO

TERESINA - PIAUÍ

Local e data: 03/10/2016

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

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





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

**OUTORGANTE:**

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

**OUTORGADO:**

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

No presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA UNIÃO DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas concessionárias, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras concessionárias, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar resgatamento, possendo substituir e praticar em seu nome, todos os atos de direito pertinentes para o seu e perfeito cumprimento deste instrumento e requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a quantia de: OSVALDO LIMA FARIAS

2º OFÍCIO

TERESINA - PIAUÍ

Local e data: 03/10/2016

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

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





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

**OUTORGANTE:**

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

**OUTORGADO:**

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

No presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA UNIÃO DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas concessionárias, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras concessionárias, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar resgatamento, possendo substituir e praticar em seu nome, todos os atos de direito pertinentes para o seu e perfeito cumprimento deste instrumento e requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a quantia de: OSVALDO LIMA FARIAS

2º OFÍCIO

TERESINA - PIAUÍ

Local e data: 03/10/2016

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

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





Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2016

Carta nº: 9914988

A/C: OSVALDO LIMA FARIAS

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

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

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

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

**ATENÇÃO:**

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

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10115571

A/C: OSVALDO LIMA FARIAS

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

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2016

Carta n°: 10204651

A/C: OSVALDO LIMA FARIAS

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

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: OSVALDO LIMA FARIAS

Valor: R\$ 337,50

Banco: 237

Agência: 000000342-5

Conta: 00000570178-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

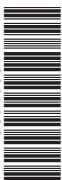
Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Oswaldo Lúme Farias

PORTADOR(A) DO RG Nº 7.529.953 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 30/07/15 E  
CPF 90454701713-10 /CNPJ 11.111.111/0001-11 PROFISSÃO Vigilante  
E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA. Oswaldo Lúme Farias AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

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

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

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

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

Teresina 04 de outubro de 2016

LOCAÇÃO DE DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ATENÇÃO

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

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





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Oswaldo Lúme Farias

PORTADOR(A) DO RG Nº 7.529.953 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 30/07/15 E  
CPF 90454701713-10 /CNPJ 11.111.111/0001-11 PROFISSÃO Vigilante  
E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA. Oswaldo Lúme Farias AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

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

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

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

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

LOCA. E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ATENÇÃO

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

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





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Oswaldo Lúme Farias

PORTADOR(A) DO RG Nº 7.529.953 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 30/07/15 E  
CPF 90454701713-10 /CNPJ 11.111.111/0001-11 PROFISSÃO Vigilante  
E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA. Oswaldo Lúme Farias AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

**17/01/2016**

**Gente Seguradora SA**

Rua Feliz Pacheco, 2008 1º piso 104  
Centro - CEP 54001-160

**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 no círculo de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

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

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

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

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

Teresina, 04 de outubro de 2016

LOCA. E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ATENÇÃO

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

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.001808/2016-32

Unidade Policial: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

25/09/2016 - 15:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

DIRCEU ARCOVERDE II

TERESINA

Endereço

Q-245, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº:

Ponta de Referência

Complemento

POLINTER

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

RG: 7529963 SSPPI PI

CONTENDIDO NÃO VIÁVEL

Mae: LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS

17 OUT. 2016

Pal: OSVALDO DOS SANTOS FARIAS

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

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

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9417-0464

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

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

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

OSVALDO LIMA FARIAS - Noticiante  
Responsável pela Informação

ARMANDINO PINTO DE MOURA

Delegado de Polícia



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.001808/2016-32

Unidade Policial: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

25/09/2016 - 15:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

DIRCEU ARCOVERDE II

TERESINA

Endereço

Q-245, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº:

Ponta de Referência

Complemento

POLINTER

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

RG: 7529963 SSPPI PI

CONTENDIDO NÃO VIGENTE

Mae: LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS

17 OUT. 2016

Pal: OSVALDO DOS SANTOS FARIAS

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

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

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9417-0464

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

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

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

OSVALDO LIMA FARIAS - Noticiante  
Responsável pela Informação

ARMANDINO PINTO DE MOURA

Delegado de Polícia



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100255.001808/2016-32

Unidade Policial: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Antonio Carlos Da Silva Leite

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

25/09/2016 - 15:30

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Bairro

Município

DIRCEU ARCOVERDE II

TERESINA

Endereço

Q-245, DIRCEU ARCOVERDE II, Nº:

Ponta de Referência

Complemento

POLINTER

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Tipo Envolt.: VITIMA/Noticiante

Nome: OSVALDO LIMA FARIAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

RG: 7529963 SSPPI PI

CONTENDIDO NÃO VIÁVEL

Mae: LUCIMAR FERREIRA LIMA FARIAS

17 OUT. 2016

Pal: OSVALDO DOS SANTOS FARIAS

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

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

Bairro: DIRCEU ARCOVERDE II

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9417-0464

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

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

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

OSVALDO LIMA FARIAS - Noticiante  
Responsável pela Informação

ARMANDINO PINTO DE MOURA

Delegado de Polícia

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Oswaldo Leme Farias, portador da carteira de identidade nº 7.529.953 e inscrito no CPF/MF sob o nº 904.547.073-04, residente e domiciliado na QD - 392 Casa 58, Cidade Teresina, Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
 ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
 ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias à/o respectivo pedido;

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

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

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

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Teresina - PI 04.10.2016

Local e data

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Oswaldo Leme Farias, portador da carteira de identidade nº 7.529.953 e inscrito no CPF/MF sob o nº 904.547.073-04, residente e domiciliado na QD - 392 Casa 58, Cidade Teresina, Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
 ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
 ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias à/o respectivo pedido;

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

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

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

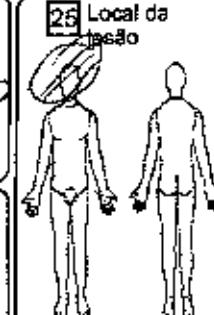
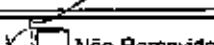
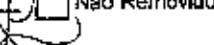
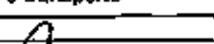
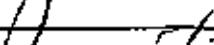
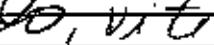
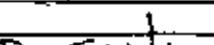
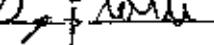
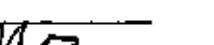
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Teresina - PI 04.10.2016

Local e data



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

Dados do Chamado	01 N°. do chamado <b>4112</b>	02 Data do chamado <b>25/09/2016</b>	03 PRO (código) <b>29021</b>	04 Saída do PA <b>15:40</b>	05 Chegada ao local <b>15:46</b>
Local da Ocorrência	06 Saída do local <b>15:50</b>	07 Chegada ao 1º hospital <b>16:07</b>	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Dados do Paciente	10 Endereço <b>245</b>	11 Bairro <b>Dineis II</b>	12 Município-BF <b>Teresina - PI</b>	Código IBGE <b>01111000000000000000000000000000</b>	
	13 Ponto de referência <b>Proximo Poliute</b>				
	14 Nome <b>Oswaldo Lima Farias</b>	15 Sexo <b>M</b>	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade <b>35</b>	1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? <b>NENHUMA INDÍCIO DE SINISTRO</b>	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <b>IPVAT</b>
	18 Tipo de ocorrência: <b>Acidente de Transporte</b>	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 <b>17 JUL 2016</b>	
	02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica			17 - Já removido 18 - Falso chamado <b>Gente Seguradora S.A.</b>	
	19 Vítima <b>Condutor</b>	20 Meio de locomoção <b>Automóvel</b>	21 Outra parte envolvida <b>Automóvel</b>	22 Ediculares Parque das 2008 Loja 160 segmento 3 CEP 64001-160	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 7 - Ignorado	Capacete Cinto de segurança Assento para criança	
	23 Glasgow = <b>15</b>	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da ocorrência
	ABERTURA OCULAR 4-Esportânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão normal 1-Nenhum	Pulso <b>86</b> Resp. PA <b>100/70</b> TAX. Sat02 <b>98</b>	
	26 Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <b>1</b> Central <b>0</b> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29 Dor 0 Leve 1 Sem Dor 3 Moderada 7 Intensa 10	ESCALA DE DOR DE 0 A 10
	30 Fratura 1 - Sim 2 - Não	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	32 Hospital de Destino <b>HOT</b>	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	34 Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte
		<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos	<input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input checked="" type="checkbox"/> Calor cervical <input type="checkbox"/> Kred	<input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica	Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
					
	</td				

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: OSVALDO LIMA FARIAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00342-5

CONTA: 00000570178-3

---

Nr. Autenticação

BRADESCO1412201605000000000237003420000057017833750 PAGO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Envaldo Lima Farias

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

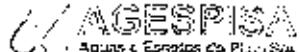
CPF nº 904.547.093-04, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>07-192 Case 38</u>
Número	
Apto / Complemento	<u>Case</u>
Bairro	<u>Conj. Dircen Arcanjo II</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64078-110</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 3303-4104</u>
E-mail	
<div style="text-align: right;"><small>DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT</small> <small>CONTIDO NÃO VERIFICADO</small> <u>17/01/2016</u> <b>Gente Seguradora S.A.</b> Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 64001-180</div>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina - PI 04.10.2016

Assinatura do Declarante: Envaldo Lima Farias



Aguas e Esgotos do Piauí S.A.

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

## Fatura Mensal

Referência	Histórico	Vencimento
1285901-6	A29K2AT7251	SET/2016

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

AG= 22

Situação	Alíq.	Categoria de Usuário	Inscrição
3/1	1		110 38 02 0113 0255-000

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

Mês/Ano	Referência J. L. U. m. Unid.	Lote	
03/16	1146	20	0
04/16	1151	15	0
05/16	1180	19	0
06/16	1201	21	0
07/16	1218	17	0
08/16	1235	17	0
09/16	1254	19	0

Fatura de Faturamento  
FATURADO P/ CONSUMO NORMAL

Edifício suspenso	Edifício em fatura
012859010	61

Consumo médio	Consumo médio	Consumo regular
16		

Consumo médio	Consumo médio
19	19

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTEÚDO NAO VERIFICADO

17 JUL. 2016

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

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

PESSOAS QUE CONHECEM A LEXICO SABEM QUE NÃO ACEITAM

ESTAMOS: EM 3 DE OUTUBRO, VOTE CLEVER, VOTE CONSCIENTE

Referência	1285901-6	Referência	1285901-E	Referência	SET/24/16
ON-1-2-1-1-1-1-1-1-1-1		ON-1-2-1-1-1-1-1-1-1-1		ON-1-2-1-1-1-1-1-1-1-1	

VENCIMENTO

30/09/2016 | Total Abangalhos: 72,60

2600502228-0 72600501621-8 21590199920-6 10000000001-0

2600502228-0 72600501621-8 21590199920-6 10000000001-0



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Envaldo Lima Farias

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

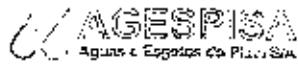
CPF nº 904.547.093-04, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>07-192 Case 38</u>
Número	
Apto / Complemento	<u>Case</u>
Bairro	<u>Conj. Dircen Arcanjo II</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64078-110</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 3303-4104</u>
E-mail	
<div style="text-align: right;"><small>DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT</small> <small>CONTIDO NÃO VERIFICADO</small> <u>17/01/2016</u> <b>Gente Seguradora S.A.</b> Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 64001-180</div>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina - PI 04.10.2016

Assinatura do Declarante: Envaldo Lima Farias



A. M. Maredi - Consul. C-100 - Norte - Tercera - F-  
Exclusivo 19.20.656-7 / CNR: 05.845.74/c.51-27  
InteM17 [www.intespias.com.br](http://www.intespias.com.br)  
Agradecimento ao Consul. Vidor 05000 85 8888

**Natura** **Atividade** **Resposta**  
203/14 A38K237251 SET/2016

Rua 1 - Centro Social/Ender. 04  
OSVALDO DOS SANTOS FARIA'S  
CÓD. DIRCEU ARCOVERDE JT Q-LD2 A Q-195, C-192  
C-012 ITARARE  
TERESINA 64078110

16-22

Entrega	Categoria de uso	Inscrição
Almoxarifado		
3/1	1	110 98 02 0113 0255-000

18/08/2016 20/09/2016 1 32

Historico de Consumo				Formas de Pago		
Nro. de Cta.	Fecha	Cantidad	Lectura	Tipo	Valor	Estado
03/16	1146	20	0			
04/16	1151	15	0			
05/16	1160	19	0			
05/16	1201	21	0			
07/16	1218	17	0			
03/16	1235	17	0			
09/16	1254	19	0			

Total Recibido/Final		Código de Tarjeta
0128599010		01
Comprobante	Forma de pago	Comisión
16		
Conceptos: Pago de consumo		

Item	Nome do Bem/Item	Valor (R\$)
A-104	NOME DO BEM/ITEM	68,93
MULTA TIRPO/QUALIDADE 001/001	1,24	
JUROS DE MORA 001/001	1,26	
MANUTENCAO HIDROMETRO	1,17	

**DATA DE VENCIMENTO** 30/09/2016 **VALOR DE VENCIMENTO** 72,60  
PAGUE PATE O VENCIMENTO. EVITE COBRANÇA DE MULTAS/JUÍZOS JURÁ. COMO RJEI LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

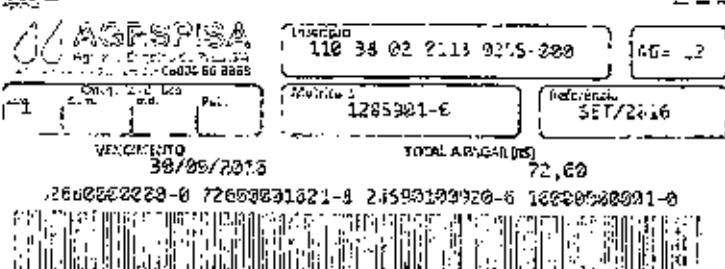
**CONTÉUDO NÃO VIU APROVADO**

17 Oct. 2018

Gente Seguradora S.A.  
Rua Félix Pacheco, 200/R Loja 104  
Centro - CEP 66001-100

Participants	Mean	SD	SE	95% CI	90% CI	90% CI	90% CI
Male (n = 10)	322	89	32.2	322	322	322	322
Female (n = 10)	336	95	33.6	336	336	336	336
All participants (n = 20)	328	95	33.4	328	328	328	328

RECEIVED JUN 14 1964  
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION  
U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE  
COMM-FBI-3 RE OUTLAWED VOTE TAKERS CONVENTION





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Envaldo Lima Farias

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

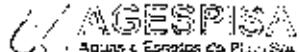
CPF nº 904.547.093-04, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>07-192 Case 38</u>
Número	
Apto / Complemento	<u>Case</u>
Bairro	<u>Conj. Dircen Arcanjo II</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	<u>64078-110</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 3303-4104</u>
E-mail	
<div style="text-align: right;"><small>DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT</small> <small>CONTIDO NÃO VERIFICADO</small> <u>17/01/2016</u> <b>Gente Seguradora S.A.</b> Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 64001-180</div>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina - PI 04.10.2016

Assinatura do Declarante: Envaldo Lima Farias



Aguas e Esgotos do Piauí S.A.

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

## Fatura Mensal

Referência	Habituado	Vencimento
1285901-6	A29K2AT7251	SET/2016

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

AG= 22

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

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

Mês/Ano	Habituado	Qtd. Unid.	Valor
03/16	1146	20	0
04/16	1151	15	0
05/16	1180	19	0
06/16	1201	21	0
07/16	1218	17	0
08/16	1235	17	0
09/16	1254	19	0

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

Edif. despesas fixas	Edif. despesas variáveis
012859010	61

Consumo fixo	Consumo variável	Consumo total
16		

Consumo fixo	Consumo variável	Consumo total
19		19

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTEÚDO NAO VERIFICADO

17 JUL. 2016

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

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

PEÇA SEU DOCUMENTO DE VOTO, FAÇA SUA VOTAÇÃO DE FORMA ACERTADA

DATA: 01/3 DE OUTUBRO, VOTE CLEVER, VOTE CONSCIENTE

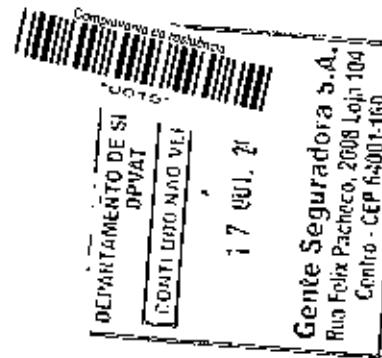
Referência	1285901-6	Referência	1285901-E	Referência	SET/24/16
ON-1-2-1-1-1-1-1-1-1-1					

VENCIMENTO

30/09/2016 | Valor: 72,60

2600502228-0 72600501621-8 21590199920-6 10000000001-0

2600502228-0 72600501621-8 21590199920-6 10000000001-0



# Humana

S A Ú D E

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

ANS - nº 357511

00000000000000000000000000000000

COU TERESINA/PI

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

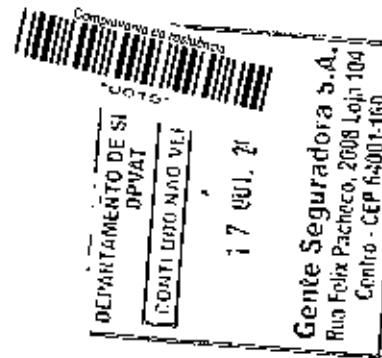


36151741070083000000015330100816

NACIONAL

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





# Humana

S A Ú D E

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

ANS - nº 357511

00000000000000000000000000000000

COU TERESINA/PI

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

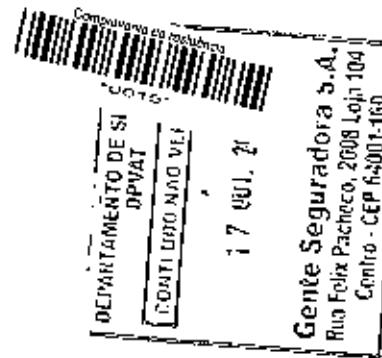


36151741070083000000015330100816

NACIONAL

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





# Humana

S A Ú D E

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

ANS - nº 357511

00000000000000000000000000000000

COU TERESINA/PI

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



36151741070083000000015330100816

NACIONAL

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





## DECLARAÇÃO

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Miriane Soares Batista, portador(a) do RG nº 3.178.369, expedido por SSPL PT, em 15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Geraldo Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza IPA da vítima Geraldo Lima Farias, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

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

X Miriane Soares Batista  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



## DECLARAÇÃO

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Miriane Soares Batista, portador(a) do RG nº 3.178.369, expedido por SSPL PT, em 15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Geraldo Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza IPA da vítima Geraldo Lima Farias, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

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

X Miriane Soares Batista  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



## DECLARAÇÃO

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Miriane Soares Batista, portador(a) do RG nº 3.178.369, expedido por SSPL PT, em 15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Geraldo Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza IPA da vítima Geraldo Lima Farias, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

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

X Miriane Soares Batista  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



00307

## DECLARAÇÃO

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

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 9.613/98.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTUDO NAO VERIFICADO

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

18 NOV. 2016

RG nº 3.178.369, expedido por SSP - PI, e

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

15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33

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

Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Ursaldo Lima Farias, e conforme

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

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

Documentos comprobatórios: Recurso - se

Miriâne Soares Batista  
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTUDO NAO VERIFICADO

18 NOV. 2016

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



00307

## DECLARAÇÃO

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

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

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

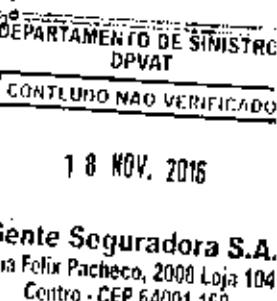
<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 9.613/98.

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

18 NOV. 2016

RG nº 3.178.369, expedido por SSP-PF, e



15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33

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

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

Ursaldo Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

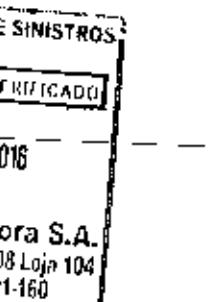
da vítima Ursaldo Lima Farias, e conforme

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

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

Documentos comprobatórios: Recurso - se

Miriame Soares Batista  
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





00307

## DECLARAÇÃO

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

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 9.613/98.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTUDO NAO VERIFICADO

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

18 NOV. 2016

RG nº 3.178.369, expedido por SSP - PI, e

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

15/05/08, CPF/CNPJ nº 059.497.753-33

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

Lima Farias do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Ursaldo Lima Farias, e conforme

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

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

Documentos comprobatórios: Recurso - se

Miriame Soares Batista  
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTUDO NAO VERIFICADO

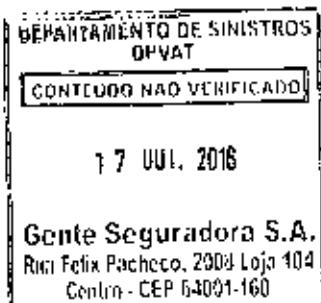
18 NOV. 2016

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

Ultra  
Documentação médica hospitalar  
  
00000000000000000000000000000000



**HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**



NOME DO PACIENTE: Oraldo Lima Farias

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 421.679

**SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – SAME**

"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS À SUA UTILIZAÇÃO".



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

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

SALA DE TRAUMA

Nº EV Ro C1A/DR

CHURR G1P GÉRE

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

User: HELENILSAI

Setor: EMERGENCIA/PED

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

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

### DADOS DO ATENDIMENTO:

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

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

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

A) VIA AÉREA PERVIA

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

C) NORMOCARDICO

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

Abdome: dor A PALPACAO EN FLANCO direito, NORMOTENSO.

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

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx torax + PELVE + CERVICAL + PÉ direito

REALIZADO ULTRASSONOGRAFIA

DATA: 25/09/16

MÉDICO: Helbert

EXAME US Abd Total

AUDIO PROVISÓRIO OK

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

Se Internado, Indique o Procedimento e CID

Enio Pereira Carvalho

MEDICINA DA VASCULAR

CID: 01348

DATA: / / HORA: / :

Assinatura Paciente ou Responsável

Assinatura - Dr. Enio Pereira Carvalho

Dr. Paulo Moura

CRM: 6181



## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

### DADOS DO PACIENTE:

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

### DADOS DO ATENDIMENTO:

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

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

<u>Data/Hora Solicitação:</u> / / : : <u>ESPECIALISTA:</u> Otorrino
<u>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</u> Referente acidente com moto envolvendo dono de moto e dono de carro. D- dobra forte no lado esquerdo S.P.D. e o carro bateu forte no lado direito S.P.D. Rx- Fratura de fêmur proximal S.P.D. CD: Encaminha para Cirurgia Ortopédica Marcos Vitor P de Carvalho Filho Resumindo > Cirurgia Ortopédica Traumatologia Ortopédica Carimbo/Assinatura: CRM-PI 4792 SEBOP/2016

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

### DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

<u>Data/Hora Solicitação:</u> 25/09/16 20:45h <u>ESPECIALISTA:</u> NCA
<u>MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:</u> Politurmo
TC Cervi: Sem lesão que impeça condução NCA
TC Cervi: Lesão LS não antiga
CD: Sem conduta NCA
<u>DADOS DO PARECER:</u> Data/Hora: / / : : <u>Carimbo/Assinatura:</u> Dr. Elton Bezerra CRM-PI 5518 NEUROLOGIA CRM-PI 5518
Venha agora ao meu consultório

Dr. Rafael Levi Luchard S. da Cunha  
 Médico de Esporte  
 CRM: 3807 SBCT 42983  
 Carimbo/Assinatura: Dr. Rafael Levi Luchard S. da Cunha  
 Academia de Esportes e Artes Marciais  
 Cirurgia do Ombro e Cotovelo



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

## LAUDO MÉDICO

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

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

#### US ABDOMINAL TOTAL

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

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

Data Exame: 25/09/2016

DÉPARTEAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17 VIII. 2016

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

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

TERESINA - PI - 25/09/2016

(HERBERT)

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**

CRF: 854.612.038-91 CRM-PI 3242

Profissional Responsável

96/09/16

10



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

# **PRESCRIÇÃO MÉDICA**



## PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº \_\_\_\_\_

Proc. Nº \_\_\_\_\_

Rubrica \_\_\_\_\_

Fundação Municipal de Saúde

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 25/9/16

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

## MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	03		LÂMINA DE BISTURI N° 24	UNID.	01	
AGULHA 30X8	UNID.	02		LUVA N° 7-0	PAR	02	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA N° 7-5	PAR	02	
AGULHA RAQUE	UNID.	01		LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	06	
ALCOOL 70%	ML	200		PVPI DE GERMANTE	ML	200	
ALGODÃO	BOLA	-		PVPI TÓPICO	OPVAT	ML	300
ÁGUA OXIGENADA	ML	300		PVPI TINTURA	ML	-	
COMPRESSA	PAC.	03		SERINGA 20CC	7 UNI.	2016	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.	01		SERINGA 10CC	GETTE Securadora S.A.	UNID.	01
ESPARADRAPO	CM	100		Rua Félix Pacheco, 2008 Loja 1041 Centro - CEP 64001-100			
ESCALPE N°	UNID.	-		SERINGA 3CC	UNID.	-	
FORMOL	ML	-		SORO FISIOLÓGICO	FRASCO	06	
GASES	PAC.	06		SONDA URETRAL	UNID.	-	
JELCO N°	UNID.	-					
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG				06/09/16 3 crotam	09	06	
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.					06	06	
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON N° 2.0		01					
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE:	Katia		
PROLENE							



## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

centro cirúrgico

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



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

## LAUDO MÉDICO

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

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

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

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

Controle: 848713 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 25/09/2016

#### US ABDOMINAL TOTAL

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

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

#### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame ultrassonográfico do abdome total sem alterações.

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

(HERBERT)

TERESINA - PI 25/09/2016

**HERBERT GALENO PRADO MENDES**  
 CPF: 854.812.033-01 CRM-PI 3442  
 Profissional Responsável

96.09.16  
 Herbert Galeno Prado Mendes



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

## LAUDO MÉDICO

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

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

Nascimento: 25/05/1961 Idade: 35a:4m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG. Atendimento: 571423

Requisição: 679204 Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALENCAR BONA MIRANDA

Controle: 848758 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

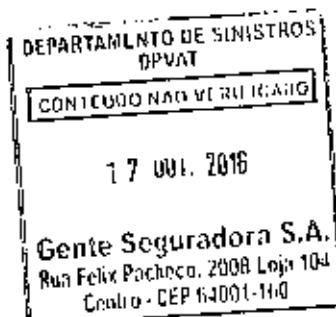
### T.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

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

(IRANDI SILVA)



TERESINA - PI 25/09/2016

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Profissional Responsável

26.09.16

KU

# HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA - HUT

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

## LAUDO MÉDICO

Paciente: OSVALDO LIMA FARIAS (Prontuário: 421079)

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

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

Requisição: 679204 Solicitação: 25/09/2016

Solicitante: EDUARDO REGIS DE ALMEIDA BONAMIRANDA

Controle: 848758 Convenio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 25/09/2016

#### I.C. DE CRANIO

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

#### RELATÓRIO:

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/09/2016

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

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 095.988.003-15 CRMPI 200

Profissional Responsável

36.09.16



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT  
Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872  
TERESINA-PI CEP: 64017-020 CNPJ: 05.522.917/0022-02

## LAUDO MÉDICO

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

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

Nascimento: 25/05/1981 Idade: 35a:4m:0d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendente: 531223

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

Controle: 848759 Convênio: SUS

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010028

Data: 25/09/2016

#### I.C. DE COLUNA LOMBO SACRA

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

#### RELATÓRIO:

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

(IRANDI SILVA)

TERESINA - PI 25/09/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTIDO NÃO VERIFICADO
DATA: 17/09/2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheca, 2006 Loja 104 Centro - CEP 64001-140

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.958.312-15 CRM-PI 3890

PROFISSÃO: Radiologista

36.09

YJ