

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01606

CONTA: 000000108631-5

Nr. da Autenticação 6D6A52A2C8E2A68A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000049

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Data do acidente: 22/05/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE JOELHO DIREITO E FRATURA DE GLENOIDE ESQUERDA.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 80), EXTENSÃO(ADM 40), ABDUÇÃO (ADM 80)E ADUÇÃO (ADM 20) DO OMBRO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR. NO JOELHO DIREITO, APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 80º), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA DO OMBRO ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM AGOSTO DE 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000049 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO COM LESÃO DA GLENOIDE,
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X DOC PÁG. 11 12 // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000049

Vítima: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 22/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000049

Vítima: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 22/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200000049

Vítima: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 22/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001606

Conta: 00000108631-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 867.653.103-04 4 - Nome completo da vítima: José Mauro Silveira de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: José Mauro Silveira de Oliveira 6 - CPF: 867.653.103-04
7 - Profissão: Vigilante 8 - Endereço: R5 Torquato Neto II 9 - Número: 512 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Esplanada 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64030-556
15 - E-mail: eduardosilveira@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (94) 99534-6565

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1606 CONTA: 10 86 31 5 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separação Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 27/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002719/2019-61

Unidade de Registro: 12º DP DE TERESINA

Resp. pelo Registro: Inaldo Pereira De Moura

Data/Hora: 19/07/2019 - 10:54

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

570034

Data/Hora

22/05/2019 - 06:30

Tipo Local
VIA PÚBLICA

570036 (DAMS)

Município
TERESINA

Bairro
BELA VISTA

Endereço
BR 316 KM 7, Nº:
Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ MAURO SILVINO DE OLIVEIRA
RG: 1993018 SSP PI
Mãe: ANTONIA SILVINO DE OLIVEIRA
Pai: JOSÉ GOMES DE OLIVEIRA
Endereço: POV. LAGOA DO BARRO, Nº S/N
Complemento: PRÓX. IGREJA ASSEMBLÉIA DE DEUS
Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO
Cidade: REGENERAÇÃO
Telefone(s): 86-9573-8033

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA DISTRITAL PARA COMUNICAR QUE NO DIA E HORA SUPRA; QUE, TRAFEGAVA COM O VEÍCULO TIPO MOTOCICLETA DE MARCA HONDA CG 160 FAN ESDI 2016/2017, DE COR PRETA, DE PLACA PIS-1338, RENAVAM 01122579311, CHASSI N°9C2KC2200HR009149 PELA BR.316 NO SENTIDO CENTRO, QUANDO NA ALTURA DO KM 7, NAS PROXIMIDADES DO BAIRRO BELA VISTA, QUANDO UM SEGUNDO VEÍCULO TIPO S10 DE COR PRATA DE PLACA FQU-1118, CONDUZIDO POR UM CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO, ACABOU POR ATROPELAR O NOTICIANTE, QUE COM O IMPACTO DA BATIDA FOI AO CHÃO DA VIA; QUE, O CONDUTOR DO VEÍCULO INFRATOR FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR O DEVIDO SOCORRO, O QUAL FOI SOCORRIDO POR DOIS POLICIAIS MILITARES QUE PASSAVAM NO LOCAL NAQUELE MOMENTO, OS QUAIS ACIONARAM UMA EQUIPE DO SAMU, QUE LHE SOCORREU E O ENCAMINHOU PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA-HUT, LOCAL ONDE FOI ATENDIDO DEVIDO SEU ESTADO DE SAÚDE, UMA VEZ QUE APRESENTAVA LESÕES NO JOELHO DIREITO, ESCORIAÇÕES NOS BRAÇOS E OMBRO ESQUERDO, DENTRE OUTRAS ESCORIAÇÕES; QUE, O ATENDIMENTO NAQUELA UNIDADE DE SAÚDE GEROU CÓDIGO DE N° 722816, E QUE PERMANECERU INTERNADO DURANTE DOIS DIAS, QUE DESDE ESSA ÉPOCA DO ACIDENTE O NOTICIANTE VEM SOFRENDO TRATAMENTO DE SAÚDE. ERA O QUE TINHA NOTICIAR.

Inaldo Pereira De Moura - Mat.
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

JOSÉ MAURO SILVINO DE OLIVEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Ademir da Silva Costa
Delegado de Polícia Civil
Classe Especial
Mat. 9186-3

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 867.653.103-04 4 - Nome completo da vítima: Jose Mauro Silveira de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Jose Mauro Silveira de Oliveira 6 - CPF: 867.653.103-04
7 - Profissão: Vigilante 8 - Endereço: R5 Torquato Neto II 9 - Número: 514 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Asplara 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64030-556
15 - E-mail: eduardosilveira@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (94) 99534-6565

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1606 CONTA: 10 86 31 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 27/12/19
Jose Mauro Silveira de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 17 - Já removido 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 6 - Outro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 5 - Objeto fixo 2 - Motocicleta 6 - Animal 3 - Ônibus/Micro-ônibus 7 - Outra 4 - Bicicleta 9 - Ignorado	☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow =		24 Sinais Vitais	25 Local da lesão	
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	Pulso Resp. PA TAX. SatO2	
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento		
	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não		
Hospital de Destino	29 Escala de Dor de 0 a 10		30 Fratura		
	0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		1 - Sim Exposta Fechada 2 - Não 3 - Suspeito		
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		
	☐ Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica		☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) b) c) ☐ Não Removido		
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada		34 Óbito		
	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte		
Observações Interdisciplinar: <i>Acidente de trânsito com vítima no joelho e escoriações.</i>					
Responsável pela recepção		Socorristas Médico		Enfermeiro	
		AE/TE		Condutor	



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

SUTURA

Antônio Neto
SUTURA

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Imp: 22/05/2019 07:25:07

(User: ANTONINO MOITA)

(Estação: CONSULPA03)

Nome: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA		Prontuário: 511848	
Mãe: ANTONIA SILVINO DE OLIVEIRA	Pai:		
End.Resid.: QD:11 CS11 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 23/02/1977	Idade: 42a2m27d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99573-8033
Responsável: O MESMO	CNS: 700504739993058		
Profissão: AUTONOMO	Documento: CPF: 867.653.103-04		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 722816	Entrada: 22/05/2019 07:10:40	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Mecanismo do trauma significativo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE TRAZIDOS PELO SAMU PASSARAM DIRETO PARA SALA DE TRAUMA		SARRINA LOBAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 22/05/2019 07:18:31

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (CARRO-MOTO), HÁ CERCA DE 1 HORA, TRAZIDO PELO SEMU SEM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA, USAVA CAPACETE. NEGA VÔMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIÊNCIA. ESTÁ ESTÁVEL E DEAMBULANDO.

- A) VIAS AERIAS PERVIAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
B) MURMÚRIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT O2:99%, FC 93, FR 13
C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TURGENCIA JUGULAR., PA 120X80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S
D) GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, NEGA PERDA DE

Diagnóstico Inicial: ?	CID:
---------------------------	------

Exames Complementares:

- (1222493) - CLAVICULA ESQUERDA
(1222494) - JOELHO DIREITO
(1222495) - TORAX PA E PERFIL

RAIO-X REALIZADO

DATA: 22/05/2019

Prescrição Médica:

Márcia Jussara Amaral Cavalcante
Matrícula: 63904
SAME - HUT
CONFERE COM ORIGINAL

Dra. Auriane Alencar
MÉDICA
CRM-PI: 1365

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 22/05/2019 07:25:06

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI

CNPJ: 06.840.748/0001-89 / Insc. Estadual: 19.301.383-5

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de impressão autorizada pela SERAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal

030

A Tarifa Social de Energia Elétrica
pela Lei nº 10.438 de 26 de

CONTA MÊS
DEZEMBRO/2019

VENCIMENTO
15-01-2020

CONSUMO (kWh)
225

JOCILEIDE RODRIGUES NUNES

RS TORQUATO NETO II S/N QD 11 CASA 11 ESPLANADA

CPF: 00083148981391

CEP: 64.000-556 - TERESINA

DATAS:

Atual:

Atual:

Anterior:

3182

Anterior:

Constante de Multiplicação:

2957

Próxima:

Consumo Medido:

1,000

Emissão:

Consumo Faturado:

225

Apresen

Forma de Faturamento:

2005 de Irregularidade

Dias de

Classe/Subclasse

NORMAL

Ligação

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Número Medidor

Poste

RESUMO DO CONSUMO
Mês/ano consumo

MONO

A1803192 DESCRICAO DA CONTA

NOV/19 270
OUT/19 450
SET/19 195
AGO/19 174
JUL/19 217
JUN/19 189
MAI/19 0

CONSUMO 225 A R\$ 0,9310
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)
RELIGACAO A REVELIA
CORRECAO MONETARIA DE 07/19 00
CORRECAO MONETARIA IG 07/19 00
MULTA POR ATRASO DE TL 07/19 00
JUROS DE MORA ATRASO DE TL 07/19 00

	DIC			FIC			DAC	DICD	
	Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	Trimestral	Anual	Mensual	Mensual	
Luzes	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03		
Gasolado	0,00			0,00			0,00		
Composto	TERESINA-MACALÉ						Parcela de amortização:	08/2019	FUSO: 100,9

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de **profissão e renda**, 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**².

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

² 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 Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF/CNPJ 840.173.173/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Mauro Silvino de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 867.653.103/04, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima José Mauro Silvino de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 867.653.103/04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua 24 De Janeiro</u>		<u>544</u>	<u>Sala</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Teresina</u>	<u>PI</u>	<u>64000-235</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
			<u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 27 de Dezembro de 2019
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante



APRIL 2008 8 SA. 1. DR. MAURO SILVEIRA DE OLIVEIRA,
em 22.06.2012 foi atendido no H.C. de UBERLÂNDIA
do TÊNIS com trauma em ombro e punhos
devidos a queda direta, CIDIO S400/S800/S900
com contusões angulares e estirando
alco com encaminhamento à HÍPODROMISTICA

Notícia 22.10.12

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PI 1930 CPF: 388.881.313-88

CARIMBO E ASSINATURA

Especialidades

ANGIOLOGIA • CARDIOLOGIA • CIRURGIA GERAL • CIRURGIA PLÁSTICA • FISIOTERAPIA • GINECOLOGIA
• MEDICINA ESPORTIVA • NEUROLOGIA • NEUROCIRURGIA • NUTRIÇÃO • OBSTETRÍCIA • ORTOPEDIA
• PEDIATRIA • PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA • RADIOLOGIA • REUMATOLOGIA • REUMATOLOGIA PEDIÁTRICA

Rua Tábua José Basílio, 913 • Bairro de Fátima
CEP 64.048-190 • Teresina - PI

(86) 2107-4747 / 9 8824-2606

medcenterteresina@gmail.com

HUT - ACOMPANHANTE (1513238)
Pacientes P.A. TERMO (Prt: 7497)
Acomp: ACOMPANHANTE - 29/05/2019
Destino: OBSERVATÓRIO - UNICA (TRANSF.)
Internações: 15274 (Data: 30/05/2019)



**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: João Mauro Filho de Oliveira
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 511848

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



Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vitima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	☐ Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		Pulso Resp. PA TAX. SatO2
Hospital de Destino	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento		
	1 - Iguais 2 - Desiguais	Radial Central 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não		
Assistência	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10		30 Fratura		
	0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito		
Observações Interdisciplinar	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		32 Hospital de Destino		
	33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		34 Óbito 1 - Antes do socorro 2 - Antes do transporte 3 - Durante o transporte		
35 Observações Interdisciplinar 36 Responsável pela recepção 37 Socorristas Médico 38 Enfermeiro 39 Condutor					



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

SUTURA

Antônio Neto
SUTURA

Imp: 22/05/2019 07:25:07
(User: ANTONINO MOITA)
(Estação: CONSULPAD3)

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA		Prontuário: 511848	
Mãe: ANTONIA SILVINO DE OLIVEIRA	Pai:		
End.Resid.: QD:11 CS11 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010			
Nascimento: 23/02/1977	Idade: 42a2m27d	Sexo: Masculino	Fone: 86-99573-8033
Responsável: O MESMO	CNS: 700504739993058		
Profissão: AUTONOMO	Documento: CPF: 867.653.103-04		
G. Instrução: Não informado	E.Civil: Ignorado		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 722816	Entrada: 22/05/2019 07:10:40	Convênio: S U S	Proced: 0301060061
Motivo da Procura (Conforme Paciente/Acomp): ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)			
Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU			

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresentação: TRAUMA MAIOR	Classificação: Mecanismo do trauma significativo	Cor: Laranja
Breve História Clas. Risco: PACIENTE TRAIIDOS PELO SAMU PASSARAM DIRETO PARA SALA DE TRAUMA		SABRINA LORAO C. MAIA DE SOUSA COREN - 207590 Em: 22/05/2019 07:18:31

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m ²	Pulso: bpm	Pressão: mmHg

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (CARRO-MOTO), HÁ CERCA DE 1 HORA, TRAZIDO PELO SEMU SEM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA, USAVA CAPACETE. NEGA VÔMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIÊNCIA. ESTÁ ESTÁVEL E DEAMBULANDO.

- A) VIAS AERIAS PERVIAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT O2:99%, FC 93, FR 13
C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TURGENCIA JUGULAR., PA 120X80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S
D) GLASGOW 15, PÚPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, NEGA PERDA DE

Diagnóstico Inicial:

Exames Complementares:

- (1222493) - CLAVICULA ESQUERDA
(1222494) - JOELHO DIREITO
(1222495) - TORAX PA E PERFIL

Prescrição Médica:

RAIO-X REALIZADO

DATA: 22/05/19

TÉCNICO:

Márcia Jussara Almeida (Assistente)
Matrícula: 69804
SAME HUT
CONFERE COM ORIGINAL

Dra. Auriane Aleixo
MÉDICA
CRM-PI: 7365

Motivo da Alta/Encerramento:

Observação (Adulto)

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONINO NETO COELHO MOITA
CRM 4330 Em: 22/05/2019 07:25:06



LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA** (Prontuário: 511848)
Endereço: QD:11 CS11 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 23/02/1977 Idade: 42a2m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 722816
Requisição: 957164 Solicitação: 22/05/2019 Solicitante: PERICLES CERQUEIRA DE SOUSA
Controle: 1222841 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020046

Data Exame: 22/05/2019

US DE ABDOME TOTAL

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

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Alteração parenquimatosa difusa hepática. Provável esteatose (Grau I).

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

(SIMONE OLIVEIRA)

TERESINA - PI 22/05/2019

MÔNICA ALZIRA P DA SILVA

CPF: 227.811.103-53 CRM 3162

Profissional Responsável

Assinatura e Rubrica do Profissional
Matrícula: 89904
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

#ORTOPEDIA#

ADLX + CLÍNICA: SEM FRATURAS

CD: ACTA DA ORTOPEDIA + À SUTURA

André Leal de Vasconcelos
Ortopedia / Cirurgia da Mão
TEOT 13827 / CRM - PI: 4803



Ex. Geral: paciente consciente, orientado, eupneico em ar ambiente, ausculta cardíaca e pulmonar fisiológicas, abdome globoso, indolor à palpação, sem ulceroesquelas. Raio x de tórax = sem alterações.

Realizada sutura em joelho direito com nylon 3.0.
Conduta: Alta hospitalar.


Dra. Aurine Alencar
MÉDICA
CRM-PI: 7365

Klaudia Jorgette Plummer de Vasconcelos
Médica - CRM-PI: 69804
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA** (Prontuário: 511848)
Endereço: QD:11 CS11 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 23/02/1977 Idade: 42a2m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 722816
Requisição: 957227 Solicitação: 22/05/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 1222924 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205010040

Data Exame: 22/05/2019

US C/DOPPLER ARTERIAL DE MID

Exames sonográfico realizado com transdutor de 7,5 mHz, de foco dinâmico.

ECOCOLOR DOPPLER ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- Artérias femoral comum, femoral superficial, poplítea e tibias posteriores ao nível do tornozelo, com bom fluxo no estudo com Doppler colorido e pulsátil, sem placas ateromatosas importantes, apresentando curvas de velocidade com morfologia normal, trifásica.

- As velocidades de pico sistólico máximo obtidas foram normais.

CONCLUSÃO: EXAME HABITUAL;

(ASSIS MOURA)

TERESINA - PI 22/05/2019

FRANCISCO DE ASSIS MOURA OLIVEIRA

CPF: 397.574.203-87 CRM 1879

Profissional Responsável

Assis Moura Oliveira
Matrícula: 89804
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL



LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA** (Prontuário: 511848)
Endereço: QD:11 CS11 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 23/02/1977 Idade: 42a2m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 722816
Requisição: 957227 Solicitação: 22/05/2019 Solicitante: JUSTIVAN SERGIO LEAL TEIXEIRA
Controle: 1222925 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205010040

Data Exame: 22/05/2019

US C/DOPPLER VENOSO DE MID

Exame sonográfico realizado com transdutor de 10,0mHz, de foco dinâmico.

ECOCOLOR DOPPLER VENOSO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- Veias femoral comum, femoral profunda e superficial com fluxo contínuo e fásico com a respiração, pérveas e compressíveis.
- Veias poplítea, fibulares, soleares, gastrocnêmicas; e tibiais pérveas com fluxo contínuo, pérveas e compressíveis.
- Junção safeno-femoral e safeno-poplítea pérveas.
- Veias safena magna, safena parva, pérveas e compressíveis.

CONCLUSÃO:

- SISTEMA VENOSO PROFUNDO PÉRVIO.
- SISTEMA VENOSO SUPERFICIAL PÉRVIO.

OBSERVAÇÃO ; CONVEM REALIZAR ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES

(ASSIS MOURA)

At. Dr. Assis Moura Oliveira
Matrícula: 69904
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

TERESINA - PI 22/05/2019

FRANCISCO DE ASSIS MOURA OLIVEIRA

CPF: 397.574.203-87 CRM 1879

Profissional Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3218 5445

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

Página 1 de 1

LAUDO MÉDICO

Paciente: **JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA** (Prontuário: 511848)
Endereço: QD:11 CS11 - PARQUE PORTAL DA ALEGRIA - TERESINA - PI CEP: 64000-010
Nascimento: 23/02/1977 Idade: 42a2m27d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 722816
Requisição: 957260 Solicitação: 22/05/2019 Solicitante: PERICLES CERQUEIRA DE SOUSA
Controle: 1223008 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0205020062

Data Exame: 22/05/2019

US DE PERNA DIREITA

US DE PARTES MOLES (PERNA DIREITA):

OBSERVA-SE EXTENSA ÁREA DE TEXTURA HETEROGÊNEA, BEM DELIMITADA, NA PROJEÇÃO DA MUSCULATURA

DA PANTURRILHA DIREITA (INTRAMUSCULAR). PROVÁVEL HEMATOMA PÓS-TRAUMÁTICO.

(SIMONE OLIVEIRA)

TERESINA - PI 22/05/2019

MÔNICA ALZIRA P DA SILVA

CPF: 227.811.103-53 CRM 3162

Profissional Responsável

Dr. Dr. Augusto Almeida Cavalcante
Matrícula: 69904
SAME - HUT
CONFERE COM O ORIGINAL

PACIENTE: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

MÉDICO SOLICITANTE: JOEL CAMPOS NETO

IDADE: 42a 4m 8d

SEXO: M

PEDIDO: 620679

CÓD. PAC: 619113

DATA: 02/07/2019



Ultra-X

Credibilidade em diagnósticos médicos

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA:

Realizados cortes multiplanares com sequências ponderadas em T1 e T2, algumas com saturação do sinal de gordura.

RELATÓRIO:

Espessamento difuso e heterogeneidade do sinal do ligamento cruzado anterior, que apresenta abaulamento dos contornos, inferindo lesão parcial prévia, destacando-se imagem nodulariforme de aspecto cístico junto à sua inserção distal, projetada na gordura de Hoffa, medindo 1,6 x 1,0 cm, que pode corresponder a proliferação sinovial nodulariforme.

Discreto edema ósseo subcortical nas eminências intercondilneas tibiais, no sítio de inserção do ligamento cruzado anterior, inferindo entesite de tração.

Espessamento, heterogeneidade do sinal e fibrilação do segmento distal do trato iliotibial, junto à sua inserção tibial, com edema e lâminas líquidas circunjacentes, sugerindo estiramento/lesão parcial prévia em cicatrização, sem descontinuidades atuais. Associa-se edema ósseo medular junto à sua inserção, denotando entesite de tração.

Báscula lateral da patela com o joelho em extensão.

Fissuras condrais profundas na região periférica da faceta lateral da tróclea femoral, com tênue edema ósseo subcondral associado.

Pequeno derrame articular.

Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal de RM preservados.

Demais superfícies condrais regulares.

Meniscos medial e lateral com morfologia e intensidade de sinal normais.

Ligamento cruzado posterior íntegro.

Ligamentos colaterais medial e lateral com espessura e sinal de RM preservados.

Tendão do quadríceps e ligamento patelar sem alterações.

Fossa poplíteia livre.

Ventres musculares e demais planos gordurosos sem alterações.

CONTINUA...

Exibido em: 04/07/2019 às 10:12:54 - Pedido: 620679 - Paciente: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Dr. Alessandro S. Mota CRM-4637	Dr. Ana K. C. Cavatini CRM-5071	Dr. Antônio Lúcio V. Filho CRM-2697	Dr. Caio C. D. Costa CRM-5059	Dr. Charles A. B. Veloso CRM-2954	Dr. Francisco C. de S. Junior CRM-5062	Dr. George C. Rodrigues CRM-2851	Dr. Gregory R. de A. C. Branco CRM-5017	Dr. Helena Araújo CRM-4850
Dr. Ivo L. L. Mendes CRM-5172	Dr. Isabella K. M. N. Brito CRM-5240	Dr. Joyce D. Costa CRM-4274	Dr. Joyce Ribeiro CRM-4659	Dr. Luciana P. Das CRM-4084	Dr. Renato de O. Pereira CRM-4155	Dr. Robert H. M. Denton CRM-2460	Dr. Teresa C. Cortado CRM-5454	Dr. Thiago M. Barbosa CRM-3542

Página 1 de 2

ULTRA-X CENTRO - Rua Anísio de Abreu, 596, Centro/Sul

ULTRA-X JOCKEY - Rua Angelica, 318, Jockey

ULTRA-X MEDICAL LESTE - Av. Aviador Irapuá Rocha, 1430, 2º andar, Jockey

86 3194.5555
clinicaultrax.com

PACIENTE: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

MÉDICO SOLICITANTE: JOEL CAMPOS NETO

IDADE: 42a 4m 8d

SEXO: M

PEDIDO: 620679

CÓD. PAC: 619113

DATA: 02/07/2019



Ultra-X

Credibilidade em diagnósticos médicos

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Sinais de lesão parcial prévia/estiramento do ligamento cruzado anterior, com cisto periligamentar junto à sua inserção distal e sinais de entesite de tração na sua inserção distal.
- Sinais de lesão parcial prévia/estiramento do trato iliotibial, com entesite de tração em sua inserção distal.
- Báscula lateral da patela com o joelho em extensão.
- Condropatia troclear, com discreto comprometimento do osso subcondral.
- Derrame articular.

DR CAIO CESAR DANTAS COSME
Médico Radiologista
CRM 5059

PACIENTE: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

MÉDICO SOLICITANTE: JOEL CAMPOS NETO

IDADE: 42a 4m 8d

SEXO: M

CÓD. PAC: 619113

DATA: 02/07/2019

PEDIDO: 620680



Ultra-X
Credibilidade em diagnósticos médicos

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO ESQUERDO

TÉCNICA:

Realizados cortes multiplanares com sequências ponderadas em T1 e T2.

RELATÓRIO:

Irregularidades subcorticais e depressão óssea do contorno ântero-medial da cabeça umeral, com extensão de 2,0 cm, relacionado a fratura de Hill-Sachs reversa.
Fratura com retificação e destacamento osteocondral da borda pósterio-inferior da glenoide, bem como destacamento do lábio glenoidal adjacente.
Espessamento e heterogeneidade do lábio glenoidal ântero-inferior, inferindo processo degenerativo, sem roturas.
Borrimento hiperintenso dos tendões do supraespinhal, infraespinhal e subescapular, caracterizando tendinopatia, sem roturas.
Pequeno derrame articular glenoumeral.
Distensão líquida da subacromial-subdeltoidea.
Irregularidades e edema ósseo subcorticais na extremidade distal da clavícula, sugerindo sobrecarga mecânica local.
Demais estruturas ósseas com morfologia e sinal de RM preservados.
Acrômio do tipo I de Bigliani, sem inclinação anômala significativa.
Tendão da cabeça longa do biceps com morfologia habitual, normoposicionado no sulco intertubercular.
Ventres musculares com trofismo conservado e planos gordurosos sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Irregularidades subcorticais e depressão óssea do contorno ântero-medial da cabeça umeral, relacionado a fratura de Hill-Sachs reversa.
- Fratura com retificação e destacamento osteocondral da borda pósterio-inferior da glenoide, bem como destacamento do lábio glenoidal adjacente.
- Alterações degenerativas do lábio glenoidal anteroinferior.
- Tendinopatia do supraespinhal, infraespinhal e subescapular, sem roturas.
- Pequeno derrame articular glenoumeral.
- Bursite subacromial-subdeltoidea.
- Sinais de sobrecarga acrômio-clavicular.

DR CAIO CESAR DANTAS COSME
Médico Radiologista
CRM 5059

Emitido em: 04/07/2019 às 10:10:01 - Pedido: 620680 - Paciente: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Dr. Alexandre E. Mello
CRM-4837

Dr. Ana K. C. Carvalho
CRM-5071

Dr. Antônio L. Filho
CRM-2667

Dr. Caio C. D. Cosme
CRM-5059

Dr. Charles A. B. Velloso
CRM-2654

Dr. Francisco G. de S. Junior
CRM-5052

Dr. George C. Rodrigues
CRM-2521

Dr. Graciele R. de A. C. Santos
CRM-5012

Dr. Heitor A. Araújo
CRM-4860

Dr. João L. L. Mendes
CRM-5172

Dr. Isabela R. M. N. Brito
CRM-5340

Dr. Joyce D. Cosme
CRM-4274

Dr. Joyce Ribeiro
CRM-4858

Dr. Luciana P. Dias
CRM-4384

Dr. Renato de O. Pereira
CRM-4198

Dr. Robert W. M. Dantas
CRM-2460

Dr. Teresa C. Cipriano
CRM-5454

Dr. Thiago M. Barbosa
CRM-3542

Página 1 de 1

CENTRO - Rua Anísio de Abreu, 596, Centro/Sul

JOCKEY - Rua Angelica, 318, Jockey

MEDICAL LESTE - Av. Aviador Irapuã Rocha, 1430, 2º andar, Jockey

86 3194 5555
clinicaultraX.com







CENTRO MÉDICO

Cliente: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA
Convênio: BEM CUIDAR
Solicitante: Dr. JOEL CAMPOS NETO
Código: 370363.04

Idade: 42 anos
Sexo: MASC
Data: 30/05/2019 13:25:00

US OMBRO ESQUERDO

O exame ultrassonográfico realizado com transdutor de alta resolução revelou:

- Tendão do supraespinhoso esquerdo com tamanho normal, contornos regulares e hipoeecogenicidade difusa.
- Líquido acima do usual em bursa subacromial-subdeltóidea.
- Demais tendões do manguito rotador sem anormalidades ao método.
- Articulação acrômio-clavicular com espaço preservado.
- Grupos musculares anatômicos.

Impressão Diagnóstica:

- Tendinopatia do supraespinhoso esquerdo.
- Líquido acima do usual em bursa subacromial-subdeltóidea.

Dr. Livio Parente
CRM 213-PI


Dr. Livio Parente Filho
CRM 2271-PI



CENTRO MÉDICO

Cliente: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA
Convênio: BEM CUIDAR
Solicitante: Dr. MEDICO NÃO DEFINIDO
Código: 370363.06

Idade: 42 anos
Sexo: MASC
Data: 11/06/2019 14:19:00

U.S DO JOELHO DIREITO

O exame ultrassonográfico realizado com transdutor de alta resolução revelou:

Aumento da ecogenicidade subcutânea na região anterior e lateral do joelho direito, de aspecto pós-trauma.

Grupos musculares anatômicos.

Não há evidências de coleções líquidas demonstradas ao método.

Impressão Diagnóstica:

Aumento da ecogenicidade subcutânea na região anterior e lateral do joelho direito, de aspecto pós-trauma.

Dr. Lívio Parente
CRM 213-PI


Dr. Lívio Parente Filho
CRM 2271-PI



CENTRO MÉDICO

Cliente: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA
Convênio: BEM CUIDAR
Solicitante: Dr. MEDICO NÃO DEFINIDO
Código: 370363.06

Idade: 42 anos
Sexo: MASC
Data: 11/06/2019 14:19:00

U.S DO TORNOZELO DIREITO

O exame ultrassonográfico realizado com transdutor de alta resolução revelou:

Hipoecogenicidade subcutânea sugestiva de edema em tornozelo direito, notadamente na região medial.

Estruturas tendíneas visibilizadas ao exame sem alterações significativa.

Grupos musculares anatômicos.

Não há evidências de coleções líquidas demonstradas ao método.

Impressão Diagnóstica:

Hipoecogenicidade subcutânea sugestiva de edema em tornozelo direito, notadamente na região medial.

Dr. Livio Parente
CRM 213-PI


Dr. Livio Parente Filho
CRM 2271-PI





CENTRO MÉDICO

Cliente: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA
Convênio: PARTICULAR CARTÃO
Solicitante: Dr. DENISE S.M FREIRE
Código: 370363.01

Idade: 42 anos
Sexo: MASC
Data: 16/05/2019 07:44:00

TC DE TÓRAX

Realizados cortes tomográficos axiais com técnica helicoidal, com 7mm de espessura e incremento, antes e após a administração endovenosa do meio de contraste, que demonstra:

- Opacidades reticulares, que sugere natureza fibroatelectásica em ápice direito.
- Aumento da transparência no segmento posterior do lobo superior do pulmão direito, que pode sugerir aprisionamento aéreo.
- Nódulo com densidade de partes moles de contornos regulares no segmento ápico-posterior do lobo superior do pulmão esquerdo, medindo 0,9 x 0,7cm.
- Recessos cardio e costofrênicos permeáveis.
- Traquéia e brônquios fontes permeáveis.
- Imagem cardíaca dentro dos limites da normalidade.
- Estrutura óssea preservada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Opacidades reticulares, que sugere natureza fibroatelectásica em ápice direito.
- Aumento da transparência no segmento posterior do lobo superior do pulmão direito, que pode sugerir aprisionamento aéreo.
- Nódulo com densidade de partes moles e aspecto inespecífico no lobo superior do pulmão esquerdo.

Dr. Lívio Parente
CRM 213-PI


Dr. Lívio Parente Filho
CRM 2271-PI

**CDI**

Centro de Diagnóstico por Imagem
Sua saúde em primeiro lugar

CONSULTAS • EXAMES • FISIOTERAPIA

(86) 3220-2804 (86) 98814-1050

Parque Piauí - Teresina - PI - Quadra 40 Casa 18 - Por trás do CSU - Antiga Clínica Ortopédica

Nº ORDEM.....: 5697

NOME.....: JOSÉ MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

MÉDICO SOLIC:

DATA LAUDO...: 14/05/2019

CONVÊNIO: PARTICULAR

DATA REALIZ: 14/05/2019

IDADE: 42 anos

CRM: -PI

CÓDIGO: 45317

RX TÓRAX

O estudo radiológico do tórax realizado nas incidências em PA e perfil, demonstra:

- Campos pulmonares de transparência normal.
- Hilos e trama vascular pulmonar conservados.
- Ângulos e cúpulas diafragmáticas livres.
- Seios costofrênicos livres.
- Mediastino sem alterações.
- Coração de configuração e dimensões normais.
- Estruturas ósseas sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Estudo radiológico do tórax dentro dos padrões da normalidade. ✓



CARLOS AUGUSTO MOURA FE
CRM 1341-PI
Radiologia



CENTRO MÉDICO
JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA ARENTE

SOLICITO

1. RM DO JOELHO DIREITO
2. RM DO OMBRO ESQUERDO

Teresina, 01/07/2019

Dr. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA - CRM 1930

DR. JOEL CAMPOS NETO
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM 1930 / CPF 388.551.113-53

Rua São Pedro, 2265 - Centro - Teresina - Piauí - CEP 64001-260 - 66 3226.3131
CNPJ: 07.697.907/0001-09

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




José Mauro Silvino de Oliveira
0888561 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.993.018	DATA DE EXPEDIÇÃO	02/06/16
NOME	JOSÉ MAURO SILVINO DE OLIVEIRA		
FILIAÇÃO	ANTONIA SILVINO DE OLIVEIRA JOSÉ GOMES DE OLIVEIRA		
NATURALIDADE	BARRAS-PI	DATA DE NASCIMENTO	23/02/1977
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 27979 L 28 F 105		
EXP	EXP BARRAS-PI 06/05/10		
CPP	867.653.103-04		
0888561	ASSINATURA DO DIRETOR		
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 86.250/82			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

0475263

Nelle Roze Soares Marques
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.119.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/09/14

NOME NELLE ROZE SOARES MARQUES

FILIAÇÃO CÍCERA MARQUES JUCUNDE
ANTONIO SOARES JUCUNDE

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/1971

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 529 L 141
EXP CRATEUS-CE 25/09/78

TERESINA - PI ASSINATURA DO DIRETOR *Pedro Gomes da Moraes*
840.173.173-91 *Pinto Crissina*

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013603806874
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 01122579311 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

CPF / CNPJ 86765310304 PLACA PIS-1338

PLACA ANT. / UF CHASSI 9C7KC2200HR009149

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI ANO FAB 2016 ANO MOD 2017

CAP. POT. / CL 02P/0162CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS 1. IPVA

PAGA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2. PAGO 3.

PREMIO TARIFARIO (R\$) 000,00 PREMIO TOTAL (R\$) 000,00 DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO OBSERVAÇÕES

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON DA NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

REGENERACAO LOCAL 01/03/2019

MAO HANTING DO REED LOBO CHABON GERAL DO DETRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013603806874 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 01/03/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 86765310304 PLACA PIS-1338

MARCA / MODELO HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB 2016 CAT. USE 09 Nº CHASSI 9C2KC2200HR009149

PREMIO TARIFARIO 000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$)

000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 084,58 (R\$)

X COTA ÚNICA PARCELADO 27/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 06.248.606/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473074/19

Vítima: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

CPF: 867.653.103-04

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/05/2019

Titular do CPF: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA : 867.653.103-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000049

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Data do acidente: 22/05/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE JOELHO DIREITO E FRATURA DE GLENOIDE ESQUERDA.

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 80), EXTENSÃO(ADM 40), ABDUÇÃO (ADM 80)E ADUÇÃO (ADM 20) DO OMBRO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR. NO JOELHO DIREITO, APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 80º), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA DO OMBRO ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM AGOSTO DE 2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200000049 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO COM LESÃO DA GLENOIDE,
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X DOC PÁG. 11 12 // SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473074/19

Vítima: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

CPF: 867.653.103-04

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/05/2019

Titular do CPF: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

NELLE ROZE SOARES MARQUES : 840.173.173-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA : 867.653.103-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/12/2019
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

**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.

Número do Sinistro: **3200000049**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Residencial Torquato Neto II, SN - Teresina - PI - CEP 64039-556

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **1993018**

Data e local do acidente: [**22/05/2019**]

BR 316 KM 7 BAIRRO BELA VISTA TERESINA PI

Data e local do exame: [**09/01/2020**] **Teresina** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA DE JOELHO DIREITO E FRATURA DE GLENOIDE ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO(ADM 80), EXTENSÃO(ADM 40), ABDUÇÃO (ADM 80)E ADUÇÃO (ADM 20) DO OMBRO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR. NO JOELHO DIREITO, APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 80º), COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR TIPOIA AMERICANA DO OMBRO ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM AGOSTO DE 2019.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do joelho direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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)

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI