

Controle de documentos x Audiências x Consulta processos - Pro x 0814224-02.2020.8.18.0... x Merge PDF files online. x WhatsApp x

← → 🔍 🏠 🔒 tjpi.pje.jus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=525915&ca=03f0b032adeaf67280dbdf9c8275e19799... ☆ 🔍 🏠 🏠 🏠 🏠 🏠 🏠 🏠

Apps Processo Virtual Na... Administrativo: Portal do Advogado Google Nova guia Meu INSS [bcb.com.br] Zimbra: Movimenta... PJ E 1º Publicações

**PJE** ProceComCiv 0814224-02.2020.8.18.0140

JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO...

10954284 - CONTESTAÇÃO (2735569 CONTESTACAO 01)

Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 24/07/2020 11:07:34

24 Jul 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 10954281 - CONTESTAÇÃO
- 10954284 - CONTESTAÇÃO (2735569 CONTESTACAO 01)
- 10954288 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 10954289 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 10954291 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 10954543 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 10 2735569- C3/ 2020-02604/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

prot+ proc adm.pdf prot+cont.pdf pa.pdf c.pdf prot+proc adm.pdf

Exibir todos 11:07 24/07/2020



Número: **0814224-02.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **29/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA (AUTOR)	FRANCISCO REINALDO DE SOUSA FILHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10954 288	24/07/2020 11:07	<a href="#"><u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u></a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

# 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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:08:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411073294600000010385263>  
Número do documento: 20072411073294600000010385263

Num. 10954288 - Pág. 1

## 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
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>



## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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, contados 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

Pag. 01103/01104 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020552

Carta nº 15311421



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:08:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411073294600000010385263>  
Número do documento: 20072411073294600000010385263

Num. 10954288 - Pág. 4



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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

Pag. 00229/00230 - carta\_02 - INVALIDEZ



00070115

Carta nº 15323450



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:08:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411073294600000010385263>  
Número do documento: 20072411073294600000010385263

Num. 10954288 - Pág. 5

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**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, retorno 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](http://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: 4 - Nome completo da vítima:  
867.653.103-04 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: R 5 Torquato Neto II 9 - Número: 5/n 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Esplanada 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64030-556  
15 - E-mail: eduanseguroso@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (84) 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)

AGÊNCIA: 1606 CONTA: 10 8631 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varízaco):  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 Lider 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI 37/12/19  
José mauro Silveira de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ura do Representante Legal (se houver)



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:08:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411073294600000010385263>  
Número do documento: 20072411073294600000010385263

Num. 10954288 - Pág. 8



Governo do Estado do Piauí  
Secretaria de Segurança Pública  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

293 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 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

Município

TERESINA

570036 (DAM)

Bairro

BELA VISTA

Endereço

BR 316 KM 7, N°:

Ponto de Referência

Complemento

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOSÉ MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

RG: 1993018 SSP PI

Mãe: ANTONIA SILVINO DE OLIVEIRA

Pai: JOSÉ GOMES DE OLIVEIRA

Endereço: POV. LAGOA DO BARRO, N° S/N

Complemento: PRÓX. IGREJA ASSEMBLÉIA DE DEUS

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: REGENERAÇÃO

Telefone(s): 86-9573-8033

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 PERMANECEU 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*  
JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA - Noticiante  
Responsável pela Informação

*Ademar da Silva Lacerda*  
Delegado de Polícia Civil  
Classe Especial  
Mat. 9186-3

# 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: 4 - Nome completo da vítima:  
 867.653.103-04 José mauro Silvino 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 Silvino de oliveira	6 - CPF: 867.653.103-04		
7 - Profissão: Vigilante	8 - Endereço: R 5 Torquato Neto II	9 - Número: 512	10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Esplendor	12 - Cidade: Teresina	13 - Estado: PI	14 - CEP: 64030-556
15 - E-mail: eduanesqueiroso@hotmail.com		16 - Tel.(DDD): (86) 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: 1606

CONTA: 10 86 31 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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
Local da Ocorrência	06 Saída do local 07 Chegada ao 1º Hospital 08 Saída do 1º hospital 09 Chegada ao 2º Hospital
Dados do Paciente	10 Endereço 11 Bairro 12 Município-UF Código IBGE
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência 14 Nome 15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado
Acidente de Transporte	16 Idade 1-Dia 2-Mês 3-Anos 9-Ignorado 17 Indícios de Ingestão de bebida alcoólica? 1- Sim    2- Não    9- Ignorado
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado
Assistência	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado 20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado 21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado 22 Equipamentos de segurança Capacete    Airbag Cinto de segurança Assento para criança
Hospital de Destino	23 Glasgow = <input checked="" type="checkbox"/> 9 ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma RESPOSTA VERBAL 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 24 Sinais Vitais Pulso _____ Resp. <input checked="" type="checkbox"/> 9 PA _____ TAX. _____ Sat02 _____
Observações Interdisciplinar	25 Local da lesão 26 Pupilas 1 - Igualas    2 - Desiguais 27 Pulso Radial <input checked="" type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio    2 - Fino    3 - Ausente 28 Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> 1 - Sim    2 - Não 29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor    3 Leve    6 Moderada    9 Intensa    10 30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada    2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeito <input type="checkbox"/>
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Medicamentos a) _____ b) _____ c) _____ 32 Hospital de Destino <input checked="" type="checkbox"/> <i>HU</i> <input type="checkbox"/> <i>Maternidade 59904</i> <input type="checkbox"/> <i>SAME-HU</i> <input type="checkbox"/> <i>1. SEMPRE COMO ORIGINAL</i> <input type="checkbox"/> <i>2. Não</i> <input type="checkbox"/> <i>3. Durante o transporte</i> <input type="checkbox"/> Não Removido
	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1-Melhorado    2-Piorando    3-Inalterado 34 Óbito <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input checked="" type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte
	<i>Acidente Vítima de corte no couro cabeludo no joelho e escoriação.</i>
Responsável pela recepção	Socorristas Médico _____ AE/TE _____
	Enfermeiro _____ Condutor _____
	11.2011



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

SUTORA

Antes de alta  
SUTURA

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)**

**DADOS DO PACIENTE:**

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

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

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

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

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

<u>SSVV:</u> (Hora: ____ : ____)	<u>Peso:</u> 0,00 Kg <u>Altura:</u> 0,00 M <u>IMC:</u> 0,00 Kg/m <sup>2</sup> <u>Pulso:</u> bmp <u>Pressão:</u> mmHg
----------------------------------	--

<u>Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:</u> PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (CARRO-MOTO), HÁ CERCA DE 1 HORA, TRAZIDO PELO SEMU SEM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA, USAVA CAPACETE. NEGA VOMITOS, OTORRAGIA E PERDA DE CONSCIENCIA. ESTÁ ESTÁVEL E DEAMBULANDO.
A) VIAS AEREAIS PERTIVAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, SAT 02:99%, FC 82, FR 13 C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLOR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMETRICOS, SEM TURGÊNCIA JUGULAR., PA 120X80, ENCHIMENTO CAPILAR <2S D) GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, NEGA PERDA DE

<u>Diagnóstico Inicial:</u> ?	<u>CID:</u>
----------------------------------	-------------

<u>Exames Complementares:</u> (1222493) - CLAVICULA ESQUERDA (1222494) - JOELHO DIREITO (1222495) - TORAX PA E PERFIL	<u>RAIO-X REALIZADO</u> DATA: 22/05/19
--	---

<u>Prescrição Médica:</u> Márcia Júlia Almeida Cavalcante Matrícula: 63904 SAME - HUT CONFIRME COM ORIGINAL	<u>Dra. Aurine Alencar</u> CRM-PI: 7365
---	--

<u>Motivo da Alta/Encerramento:</u>	
<u>Observação (Adulto):</u>	<u>DATA:</u> / / . <u>HORA:</u> : .

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 05.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5

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

Regime especial de impressão autorizado pela SFAZ 06/98

030

Nº da Nota Fiscal

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

CONTA MÊS  
**DEZEMBRO/2019**

VENCIMENTO  
**15-01-2020**

CONSUMO (kWh)  
**225**

JOCILETE DE RODRIGUES NUNES  
RS TORQUATO NETO II S/N QD 11 CASA 11 ESPLANADA  
CPF: 00083148981391

RAZÃO PAG 047030 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:

**225**

Dias de

Classe/Subclasse

**NORMAL** DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Ligaçao

Número Medidor

Poste

RESIDENCIAL

Mês/ano consumo

**MONO**

A180819 DESCRIÇÃO DA CONTA

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

**CONSUMO** 225 A R\$ 0,9310  
**CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)**  
**RELIGACAO A REVELTA**  
**CORRECAO MONETARIA DA CONTA**  
**CORRECAO MONETARIA DO VALOR DA**  
**MULTA PELA ATRASO DE PAGAMENTO**





Para contato  
conosco, informe  
seu NÚMERO: **0051869-7**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Marechal 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5  
Nota Fiscal / Contrato Energia Elétrica - Série 9-1  
Régua: Exclusiva de impressão autorizada pela SEFAZ/06/98

Nº da Nota Fiscal 029074335

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	31/10/2019	394	411,88

NELLE ROZE SOARES MARQUES  
R. 24 DE JANEIRO 544 CENTRO NORTE  
CPF: 00084017317391  
CEP: 64.000-235 - TERESINA

ROT: 17.001.31.11.020500

DADOS DA LEITURA		kWh	DATAS DA LEITURA	
Atual:		21824	Atual:	24/10/2019
Anterior:		21430	Anterior:	24/09/2019
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima Leitura:	25/11/2019
Consumo Medido:		394	Emissão:	23/10/2019
Consumo Faturado:		394	Apresentação:	24/10/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Faz.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1418740		3.5.3.1	210

HISTÓRICO kWh		DESCRIPÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo		CONSUMO	394 A R\$ 0,944936 = 372,30
SET/19	368	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	30,03
AGO/19	285	MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00	0,57
JUL/19	222	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00	0,13
JUN/19	285	MULTA POR ATRASO 09/19-00	7,18
MAI/19	284	JUROS POR ATRASO 09/19-00	1,67
ABR/19	178	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 4,70	
MAR/19	243	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,12	
FEV/19	297		
JAN/19	365		
DEZ/18	57		

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 R 354 - 0,65510

#### NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 23/10/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

Você pode pagar suas contas de vencimento da sua fatura nos dias 1, 5, 10, 15, 20 ou 25, entre em contato para mais informações de abastecimento.

RESERVADO AO FISCO 9781.7EAF.1F83.6845.69CD.848F.0DDF.54CE

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	73,20	Base de Cálculo:	372,30 271,78
Energia:	141,48	Aliquota ICMS:	27,00%
Transmissão:	23,93	Valor do ICMS:	100,52
Encargos:	11,71	Valor do PIS:	1,40% 3,82
Tributos:	121,98	Valor do COFINS:	6,49% 17,64

#### INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC		FIC		DMC		DMOD	
	Mensal	Estimativa	Anual	Mensal	Estimativa	Anual	Mensal	Mensal
Almeida	5,31	10,63	21,25	3,11	6,23	12,45	3,03	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Conjunto TERESINA-MACAÍBA Período de operação: 08/2019 ISSP: 100,91



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 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 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<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 nº9.613/98.

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 Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 867.653.103/04 do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima José Mauro Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 867.653.103/04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Recurso Renda: Recurso 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	<u>Rua 24 de Janeiro</u>		Número	<u>544</u>	Complemento	<u>Sala</u>	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Teresina</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP	<u>64.000-235</u>
Email				Telefone comercial(DDD)	<u>(86) 99534-6565</u>		

Teresina, 27 de Dezembro de 2019  
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques  
Assinatura do Declarante

001 V001/2017



6 FESTA CLEO E SAI. DESI MAURO SILVANO DA OLIVEIRA

22.06.2019 Tel Aviv University HQ Meeting Minutes

do Tocantins com Trajano de Souza e Domingos

discussions & DRAFT DRAFT, C1010 5400/5800/5900

## TYPE CONVERSATIONALITY AND ULTRASOUND IN ESTATE PLANNING

## ALSO COMING ON THE MARKET IN MARCH

22.10.19

DR. JOEL CAMPOS NETO  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PI 1930 CPF:188.981.511-68

#### **— CARIMBO E ASSASSINATOS**

## Especialidades

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

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

medcenterteresina@gmail.com

(86) 2107-4747 / 9 8824-2606



H.O.T. — ACOMPANHANTE (154333838)  
Paciente: Fá TEPORERO (Prt: 70977)  
Acompg: ACOMPANHANTE - 29/05/2019  
Destino: OBSERVADO - UNICA (TRINSS-)  
Internacao: 15274 (Data: 30/05/2019)



NOME DO PACIENTE: José Mauro Sírio 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 REPRODUIR CÓPIAS NECESSÁRIAS  
À SUA UTILIZAÇÃO".







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

SUTORA

Ortopedia  
SUTURA

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

User: ANTONINO MOITA

(Estação: CONSULPA03)

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 TRAÍDOS PELO SAMU PASSARAM DIRETO PARA SALA DE TRAUMA		SABRINA LOBÃO 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 <sup>2</sup>	Pulso: bpm	Pressão: mmHg
---------------------------	---------------	----------------	-----------------------------	------------	---------------

Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

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

- A) VIAS AEREAIS PERTURBADAS, FASICO COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA
- B) MURMURIO VESICULAR PRESENTE BILATERALMENTE SEM RONCOS OU SIBILOS, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, SAT 92:99%, FC 33, FR 13
- C) RR, 2T, BNF, SS. SEM SANGRAMENTOS EVIDENTES. ABDOME PLANO, INDOLAR A PALPAÇÃO, PULSOS SIMÉTRICOS, SEM TURGÊNCIA JUGULAR., PA 120X80, ENCHIMENTO CAPILAR <2s
- D) GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADAS, NEGA PERDA DE

Diagnóstico Inicial:

?

Exames Complementares:	RAIO-X REALIZADO
(1222493) - CLAVICULA ESQUERDA	DATA: 22/05/19
(1222494) - JOELHO DIREITO	FECHA:
(1222495) - TORAX PA E PERFIL	

Prescrição Médica:

Maria Júnia Maia de Souza  
Matrícula: 6904  
SAME-HUT  
CONFIRME COM ORIGINAL

Dra. Autina Alencar  
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



## 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

## 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: SUS

## 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 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.
- Retropérito: 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.

## IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

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

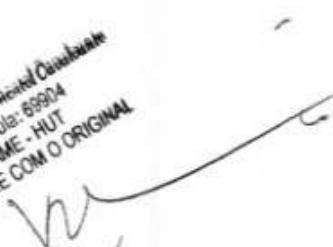
Obs: Exame realizado em caráter de Urgência e Emergência sem preparo prévio do paciente, fato que reduz a sensibilidade do método.

(SIMONE OLIVEIRA)

TERESINA - PI 22/05/2019

**MÔNICA ALZIRA P DA SILVA**CPF: 227.811.103-53 CRM 3162  
 Profissional Responsável

Mônica Alzira Alves da Silva  
 Matrícula: 69904  
 SAME - HUT  
 CONFERE COM O ORIGINAL




Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:08:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411073294600000010385263>  
 Número do documento: 20072411073294600000010385263

Num. 10954288 - Pág. 20

± ORTOPEDIA

ADLT + CLÍNICA: SEM FRAZAS

CD: ACTA DA ORTOPEDIA + SUTURA

André Leal de Vasconcelos  
Ortopedia / Cirurgia da Mão  
TCOT 13877 / CRM - PI: 4803

Ex. Genit: paciente consciente, orientado, eupneico em  
ar ambiente, ausculta cardíaca e pulmonar tritolegicas,  
abdomen globoso, unilaterais à palpação, sem hepatomegalias.  
Raio x de tórax = sem alterações.

Reparação sutura em pele direta com nylon 3.0.  
bonito: Alta hospitalar.

  
Dra. Auriane Alencar  
MÉDICA  
CRM-PI 7365

  
Klaia Júlia Pimentel Cardoso  
Matrícula: 698934  
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: 1222924 Convênio: SUS

Cod. SIA: 0205010040

### RELATÓRIO:

#### US C/DOPPLER ARTERIAL DE MID

Data Exame: 22/05/2019

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

*Francisco de Assis Moura Oliveira  
Matrícula: 69904  
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

Pág: 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: 1222925 Convênio: SUS

**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 poplitea, fibulares, soleares, gastrocnêmicas; e tibiais périvas com fluxo contínuo, pérveas e compressíveis.
- Junção safeno-femoral e safeno-poplitea, pérveas.
- Veias safena magna, safena parva, pérveas e compressíveis.

**CONCLUSÃO:**

- SISTEMA VENOSO PROFUNDO PÉRVIOS.
- SISTEMA VENOSO SUPERFICIAL PÉRVIOS.

Assinado Até a 11/05/2020  
Matrícula: 69904  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

**OBSERVAÇÃO : CONVEM REALIZAR ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES**

(ASSIS MOURA)

TERESINA - PI 22/05/2019

**FRANCISCO DE ASSIS MOURA OLIVEIRA**

CPF: 397.574.203-87 CRM 1879  
Profissional Responsável



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:08:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411073294600000010385263>  
Número do documento: 20072411073294600000010385263

Num. 10954288 - Pág. 23

**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

Pág: 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: SUS

**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

Kleber Andrade Lins  
Matrícula: 6994  
SAME - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL  
*Kleber Andrade Lins*



**PACIENTE:** JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA  
**MÉDICO SOLICITANTE:** JOEL CAMPOS NETO

**IDADE:** 42a 4m 8d  
**CÓD. PAC:** 619113

**SEXO:** M  
**DATA:** 02/07/2019

**PEDIDO:** 620679



## 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 intercondileanas 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 poplítea livre.

Ventres musculares e demais planos gordurosos sem alterações.

CONTINUA...

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

Dra. Alessandra S. Matos Dra. Ana K. C. Cavallote Dr. Antônio Luís V. Filho Dr. Caio C. D. Cesar Dr. Charles A. B. Vieira Dr. Francisco C. da S. Júnior Dr. Geraldo C. Rodrigues Dr. Gracely R. da A. C. Branco Dra. Hélane Araújo CRM-4637 CRM-5071 CRM-2697 CRM-5069 CRM-2954 CRM-5062 CRM-2827 CRM-5012 CRM-4820 CRM-5172 CRM-5149 CRM-4274 CRM-4636 CRM-4634 CRM-4188 CRM-3482 CRM-5454 CRM-3542

Página 1 de 2

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

JOCKEY - Rua Ángela, 313, Jockey

MEDICAL LESTE - Av. Aviador Irapuã 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



#### 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

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

Página 2 de 2

Dr. Alexandre S. Matos	Dr. Ana K. C. Cunha	Dr. Antônio V. Filho	Dr. Caco C. D. Cosme	Dr. Charles A. B. Vilela	Dr. Francisco C. de S. Júnior	Dr. Geraldo C. Rodrigues	Dr. Gleyson R. de A. C. Branco	Dr. Ismaíla Aragão
CRM-4637	CRM-3071	CRM-2687	CRM-2659	CRM-2554	CRM-5052	CRM-2831	CRM-5072	CRM-4860
Dr. Hen L. L. Mendes	Dr. Isacete R. M. N. Briz	Dr. Joyce D. Cosme	Dr. Joyce Ribeiro	Dr. Luciana P. Diaz	Dr. Renato de O. Penha	Dr. Robert W. M. Dantas	Dr. Tatiane C. Cipriano	Dr. Thiago M. Belchior
CRM-8179	CRM-6246	CRM-4074	CRM-4659	CRM-4584	CRM-4188	CRM-3460	CRM-5454	CRM-2942

CENTRO - Rua Antônio de Abreu, 596, Centro Sul

JOQUEY - Rua Angelica, 318, Jockey

MEDICAL LESTE - Av. Aviador Irapuã 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  
CÓD. PAC: 619113

SEXO: M  
DATA: 02/07/2019

PEDIDO: 620680



## 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 pôsterior-inferior da glenoide, bem como destacamento do lábio glenoidal adjacente.

Espessamento e heterogeneidade do lábio glenoidal ântero-inferior, inferindo processo degenerativo, sem roturas.

Borramento 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 bíceps 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 pôsterior-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. Motta Dra. Ana K. C. Carvalho Dr. Antônio V. Filho Dr. Celso C. D. Coimbra Dr. Charles A. B. Veloso Dr. Francisco C. de S. Júnior Dr. Geraldo C. Rodrigues Dr. Gressley R. de A. C. Braga Dr. Henrique Araújo CRM-4627 CRM-5077 CRM-2887 CRM-5259 CRM-2854 CRM-5042 CRM-2831 CRM-5012 CRM-4860

Dr. Henrique L. Mendes Dra. Isabela R. M. N. Braga Dra. Joyce D. Coimbra Dra. Joyce Ribeiro Dra. Luciana P. Dias Dr. Renato de O. Pereira Dr. Robert W. M. Dutra Dr. Terezinha C. Corrêa Dr. Thiago M. Barbosa CRM-5172 CRM-5240 CRM-4274 CRM-4859 CRM-4094 CRM-4198 CRM-2480 CRM-5454 CRM-3542

Página 1 de 1

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

JOCKEY - Rua Águia, 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 LIVIO PARENTE Idade: 42 anos  
Convênio: BEM CUIDAR Sexo: MASC  
Solicitante: Dr. JOEL CAMPOS NETO Data: 30/05/2019 13:25:00  
Código: 370363.04

### US OMBRO ESQUERDO

O exame ultrassonográfico realizado com transdutor de alta resolução revelou:

- Tendão do supraespinhoso esquerdo com tamanho normal, contornos regulares e hipoecogenicidade 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

(LJ)  
Dr. Livio Parente Filho  
CRM 2271-PI

Rua São Pedro, 2265 - Centro - Teresina - Piauí - CEP 64001-260 - 86 3226.3131  
CNPJ: 07.697.907/0001-09



## CENTRO MÉDICO

Cliente: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA LIVIO PARENTE Idade: 42 anos  
Convênio: BEM CUIDAR Sexo: MASC  
Solicitante: Dr. MEDICO NÃO DEFINIDO Data: 11/06/2019 14:19:00  
Código: 370363.06

### 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

Rua São Pedro, 2265 - Centro - Teresina - Piauí - CEP 64001-260 - 86 3226.3131

CNPJ: 07.697.907/0001-09



## CENTRO MÉDICO

Cliente: JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA LIVIO PARENTE  
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 tendineas 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. Lívio Parente  
CRM 213-PI

Dr. Lívio Parente Filho  
CRM 2271-PI

Rua São Pedro, 2265 - Centro - Teresina - Piauí - CEP 64001-260 - 86 3226.3131  
CNPJ: 07.697.907/0001-09

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:08:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411073294600000010385263>  
Número do documento: 20072411073294600000010385263

Num. 10954288 - Pág. 32





## CENTRO MÉDICO

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

LIVIO PARENTE

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

Rua São Pedro, 2265 - Centro - Teresina - Piauí - CEP 64001-260 - 86 3226.3131  
CNPJ: 07.697.907/0001-09

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:08:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411073294600000010385263>  
Número do documento: 20072411073294600000010385263

Num. 10954288 - Pág. 34



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

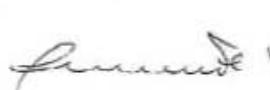
### RX TÓRAX

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





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 TRABALHO CLÍNICO  
CRM 1930 / CRM / CRP 10825111233

Rua São Pedro, 2265 - Centro - Teresina - Piauí - CEP 64001-260 - 66 3208.3131  
CNPJ: 07.697.907/0001-09



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:08:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411073294600000010385263>  
Número do documento: 20072411073294600000010385263

Num. 10954288 - Pág. 36



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	1.993.018	DATA DE EXPEDIÇÃO
NAME	JOSÉ MAURO SILVINO DE OLIVEIRA	
PILIAÇÃO	ANTONIA SILVINO DE OLIVEIRA JOSÉ GOMES DE OLIVEIRA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	
BARRAS-PI	23/02/1977	
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 27979 L 28 F 105	
CPF	EXP BARRAS-PI 06/05/10 867.653.103-04	
	0888561 ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 50.264/82		



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:08:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411073294600000010385263>  
Número do documento: 20072411073294600000010385263

Num. 10954288 - Pág. 37



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PI  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	01122579311		2019
NOME			
JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA			
*****			
CPF / CNPJ		PLACA	
86765310304		PIS-1338	
PLACA ANT / UF	CHASSI		
4C2KC2200HR009149			
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS/MOTOCICLE/NENHUMA	ALCOOL/GAS		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 160 FAN ESDI	2016	2017	
CAP / POT / CR.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
02P/0162CC	PARTICU	FRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
IPVA		1º IPVA	
FADA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGO	
		3º	
PRÉMIO TARIÁRIO			
000,00 (R\$)	000,00 (R\$)	000,00 (R\$)	SEGURADO (R\$)
000,00 (R\$)	000,00 (R\$)	000,00 (R\$)	084,56 (R\$)
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	27/02/2019	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 00.348.606/0001-04			
A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS NAC HON DA NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA			
REGENERACAO	LOCAL	01/03/2019	
NÃO HAVENDO RISCO LORRO DISPON. GERAL DA DETAN - PI			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO 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

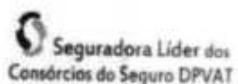
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	86765310304	PIS-1338
RENAVAM		MARCA / MODELO
01122579311		HONDA/CG 160 FAN ESDI
ANO FAB.	ANO MOD.	NR CHASSI
2016	09	9C2KC2200HR009149
PRÉMIO TARIÁRIO		
000,00 (R\$)	000,00 (R\$)	000,00 (R\$)
000,00 (R\$)	000,00 (R\$)	084,56 (R\$)
PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	27/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.348.606/0001-04

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473074/19

**Vítima:** JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

CPF: 867.653.103-04

CPF de: Próprio

**Data do acidente:** 22/05/2019

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Titular do CPF:** JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

### 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](http://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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:08:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411073294600000010385263>  
Número do documento: 20072411073294600000010385263

Num. 10954288 - Pág. 40

## 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 80°), 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 sequelas

**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
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>



## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: (DADOS DO BENEFICIÁRIO DO SEGURO DPVAT)**

**RG:** 3.893.018 **ORG. EMISSOR:** SSP/PI **D. EXPEDIÇÃO:** 02/06/16  
**CPF:** 867.653.103-04 **ESTADO CIVIL:** Solteiro **PROFISSÃO:** Eng. Eletric.  
**ENDERECO:** R\$ Teresino Vello **Nº:** \_\_\_\_\_  
**COMPLEMENTO:** Casa **BAIRRO:** Esplanada  
**CIDADE:** Teresina **ESTADO:** Piauí **CEP:** 64030-556 **TELEFONE:** \_\_\_\_\_

**OUTORGADO: (DADOS DO PROCURADOR)**

**NOME: NELLE ROZE SOARES MARQUES**  
**RG: 4.119.262** **ORG. EMISSOR: SSS/PI** **D. EXPEDIÇÃO: 23/09/14**  
**CPF: 840.173.173-91** **ESTADO CIVIL: SOLTEIRA** **PROFISSÃO:RECUSO**  
**ENDEREÇO: RUA 24 DE JANEIRO** **Nº:544**  
**BAIRRO: CENTRO** **CIDADE: TERESINA** **UF: PI** **CEP:64000-235**

O PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR ACIMA QUALIFICADO, A QUEM COMFIO PODERES ESPECIAIS PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS SEGUROS - DPVAT, E SUAS RESPECTIVAS CONSORCIADAS, A FIM DE ENCAMINHAR PEDIDO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT, A QUEM TENHO DIREITO, CONCEDENDO AO OUTORGADO PODERES PARA ASSINATURAS NOS FORMULÁRIOS, AVISOS DE SINISTROS, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML, AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE IDENIZAÇÃO DO SEGURO - DPVAT, DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA, PODENDO ENFIM, ASSINAR OU REQUERER PRONTUÁRIOS MÉDICO JUNTO AO HUT, HPM, HOSPITAIS PÚBLICOS E PARTICULARES, SAMU, QUAISQUER DOCUMENTOS RELACIONADOS COM SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT EM MEU NOME. PRATICAR TODOS OS DIREITOS PERMITIDOS PARA O PERFEITO CUMPRIMENTO DESTE MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

José mauro Silveira de oliveira

Data do acidente de trânsito : 22/05/2019

Cobertura da vitima : Imobilizada

LOCAL / DATA: Teresina 27/12/2013

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO))

### Reconhecer firma por autêntica e verdadeira



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0473074/19

**Vítima:** JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

**CPF:** 867.653.103-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/05/2019

**Titular do CPF:** JOSE MAURO SILVINO DE OLIVEIRA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### 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](http://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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/07/2020 11:08:48  
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072411073294600000010385263>  
Número do documento: 20072411073294600000010385263

Num. 10954288 - Pág. 44

**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  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

**Ombro esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

