

---

**Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190631219**

**Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA**

**Data do Acidente: 16/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA**

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, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631219

Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
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: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000044424-6

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190631219**

**Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA**

**Data do Acidente: 16/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA**

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, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190631219

Vítima: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

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\$ 680,40 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Complemento por reanálise 7.2%

% Invalidez Permanente DPVAT: (7.2% de 70%) 5,04%

Valor a indenizar: 5,04% x 13.500,00 = R\$ 680,40

Recebedor: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Valor: R\$ 680,40

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000044424-6

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190631219 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA **Data do acidente:** 16/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 18/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO CARPO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS K. P14

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**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 punhos | 25 %                                         | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |

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: 934.435.873-72 4 - Nome completo da vítima: Francisco Carlos Osório da Cunha

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

5 - Nome completo: Francisco Carlos Osório da Cunha 6 - CPF: 934.435.873-72  
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: Rua Seis 9 - Número: 2001 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Parque Arcoverde 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64000-000  
15 - E-mail: edsonseguros2@hucmail.com 16 - Tel.(DDD): (86) 99534-6565

DADOS CADASTRAIS

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: 1989 CONTA: 444246  
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (assinale 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vair 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 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_ Teresina - PI 07/11/15

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**CAIXA**  
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTOATENDIMENTO - AG AREGILINDO DE ABREU

DATA: 08/11/2019

HORA: 10:46:59

TERMINAL: 20041824

CONTROLE: 200418240263

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1989 013.00044424-6

NOME: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

TIPO DE CONTA: 013 - POUpança CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: [REDACTED]

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9534-6565

NÚMERO DO ENVELOPE: 161413043

A confirmação do depósito se dará pelo  
lançamento do valor na conta do favorecido após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-726 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

**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: 3190631219  
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Carlos Osorio da Cunha  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Seis, 2001 Dirceu Arcoverde  
Centro Teresina PI CEP: 64078-705  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SP ] 1720251  
Data local do acidente: [ 16/02/2019 ]  
Data local do exame: [ 11/02/2020 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**RUPTURA TRAUMÁTICA DOS LIGAMENTOS DO PUNHO E DO CARPO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM**  
**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**  
**Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30º) E PRONO-SUPINAÇÃO (20º) DO ANTEBRAÇO DIREITO. APRESENTA AINDA, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 60º) DO COTOVELO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**( X ) Sim ( ) Não**
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**( X ) Sim ( ) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**SEQUELA FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR 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 o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>( ) "Vítima em tratamento"</b><br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p><b>( ) "Sem sequela permanente"</b><br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual <b>( X ) 25% leve</b><br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p>                                                    | <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Ismar Aguiar Marques Filho**  
CPF - 791.120.723-20  
CRM/PI - 3165





GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010278/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2019 12:03

Data/Hora Fim: 06/11/2019 12:24

Delegado de Polícia: Erika Mourao Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 16/02/2019 20:34

559151

Local do Fato

Município: Teresina (PI)

Logradouro: AV; AMELIA RUBI

Complemento: AV; AMELIA RUBI

Bairro: Itararé

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

Meio(s) Empregado(s)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA (VÍTIMA, COMUNICANTE, CONDUTOR, ENVOLVIDO)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| Envolvido(a)                     | Grupo   | Subgrupo             | Descrição                                                                              | Vínculo   |
|----------------------------------|---------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Francisco Carlos Osorio da Cunha | Veículo | Motocicleta/Motoneta | Placa LVM3122, Chassi 9C2JC30706R835065, Núm. Motor JC30E76835065, Renavam 00879389419 | Possuidor |

RELATO/HISTÓRICO

O NOTICIANTE QUE CONDUZIA A MOTO ACIMA CITADA, RELATA QUE PERDEU O CONTROLE DA MOTO CAIU, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIRO E LEVADO PRA UPA DO RENASCENÇA, E TRANSFERIDO PARA O HUT. PRONTUARIO.502975. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

ASSINATURAS

Narceiza de Maria Chaib Lima

Escrivã de Polícia

Matrícula 0091120

Responsável pelo Atendimento

Francisco Carlos Osorio da Cunha

(Condutor / Envolvido / Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assertidas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Erika Mourao Melo de Aguiar  
Impresso por: Narceiza de Maria Chaib Lima  
Data de Impressão: 06/11/2019 12:31  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

# 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:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1989 CONTA: 444 24 6

AGÊNCIA: CONTA:

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 - 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, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Imp: 17/02/2019 01:02:55

(User: ELIENE SILVA)

(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

|               |                                                                   |          |                      |             |           |
|---------------|-------------------------------------------------------------------|----------|----------------------|-------------|-----------|
| Nome:         | FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA                                  |          |                      | Prontuário: | 502975    |
| Mãe:          | LUIZIA DA COSTA OSORIO DA CUNHA                                   |          |                      | Pai:        |           |
| End.Resid.:   | RUA 6 A 2001 PQ IDEAL - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: - |          |                      |             |           |
| Nascimento:   | 20/10/1978                                                        | Idade:   | 40a3m28d             | Sexo:       | Masculino |
| Responsável:  | JUCILENE SOUSA                                                    | CNS:     | 709205233676539      |             |           |
| Profissão:    | MECANICO                                                          | CPF:     | * RG: 1720251 - SSPI |             |           |
| G. Instrução: | Fundamental Incompleto                                            | E.Civil: | Solteiro(a)          |             |           |
| End.Local.:   |                                                                   |          |                      |             |           |

DADOS DO ATENDIMENTO:

|                    |                                                    |            |                     |                 |                    |       |
|--------------------|----------------------------------------------------|------------|---------------------|-----------------|--------------------|-------|
| Código:            | 708113                                             | Data:      | 17/02/2019 00:18:51 | Condução:       | AMBULÂNCIA DO SAMU |       |
| Motivo da Procura: | ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |            |                     |                 | Convênio:          | S U S |
| Acid.Trab.:        | Não                                                | Trajetos?: | Não                 | Tipico:         | Não                |       |
|                    |                                                    |            |                     | CID Secundário: | V299               |       |

DADOS CLÍNICOS:

Queda com rubore de audição no horário  
no dia 16/02/19 às 18:30 - S.C.; segue com resaca  
cabeça, segue perda de consciência por 10 minutos  
relata trauma em en. fúrn (D), artéria (D) enclava  
com dor pulsátil (F/P4) e laterais ADM; enclava  
- rubor do VTA com Baqueados de Exame  
Permanência (D): EF: dens fúrn (D) + fúrn /  
laterais; dor ímpuls fúrn e costela (D);  
X Obra Passado por Colapso fúrn e /  
Diagnóstico Inicial: Exame fúrn

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Exame fúrn (D), Ex. artéria (D), Ex.  
costela (D) - HUT DR. ZENON ROCHA  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA RAIO X Fúrn  
- AO CC  
EXAME: FÚRN (D) 01:55 DATA: 17/02/19

|                     |                                                                                                                                                   |                                                                                                                             |                                                                |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| ALTA:               | <input type="checkbox"/> Melhorado<br><input type="checkbox"/> Curado<br><input type="checkbox"/> Inalterado<br><input type="checkbox"/> A Pedido | <input type="checkbox"/> Administrativa<br><input type="checkbox"/> Por Indisciplina<br><input type="checkbox"/> Por Evasão | ( ) Recolma a Unid. Origem:<br>( ) Transferência:<br>TECNÓLOGO |
| DESTINO:            | <input type="checkbox"/> Até 24 Hs<br><input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs<br><input type="checkbox"/> Após 48 Hs                               |                                                                                                                             |                                                                |
| OBITO:              | <input type="checkbox"/> Família<br><input type="checkbox"/> IML<br><input type="checkbox"/> Anat. Patol.                                         |                                                                                                                             |                                                                |
| DATA SAÍDA:         | 1 / 1                                                                                                                                             |                                                                                                                             |                                                                |
| Proced. Solicitado: | <input type="checkbox"/> Internação na Unidade<br><input type="checkbox"/> Procedimento                                                           |                                                                                                                             |                                                                |
| CID Compatível:     | CID: 8604<br>SUSE - HUT<br>CONFERE COM O ORIGINAL<br>Prof. Solicitante<br>Internação:                                                             |                                                                                                                             |                                                                |

Jucilene de S. Oliveira  
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

solicitação do médico

Imp: 16/02/2019 19:45:59

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

|              |                                                         |             |           |
|--------------|---------------------------------------------------------|-------------|-----------|
| Nome:        | FRANCISCO CARLOS OSVALDO DA CUNHA                       | Prontuário: | 139657    |
| Mãe:         | LEZIA DA COSTA OZORIO                                   | Pai:        |           |
| End.Resid.:  | RUA 6A , 2001 - PARQUE ITARARE - TERESINA - PI - CEP: - |             |           |
| Nascimento:  | 20/10/1978                                              | Idade:      | 40a3m27d  |
| Sexo:        | Masculino                                               | Fone:       | - -       |
| Responsável: | O MESMO                                                 | CNS:        |           |
| Profissão:   |                                                         | Documento:  | Reg.Nasc: |
| Instrução:   | Não informado                                           | E.Civil:    | Ignorado  |
| End.Local.:  | - - -                                                   |             |           |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|                            |                                               |          |                     |           |       |         |            |
|----------------------------|-----------------------------------------------|----------|---------------------|-----------|-------|---------|------------|
| Código:                    | 331469                                        | Entrada: | 16/02/2019 19:07:40 | Convênio: | S U S | Proced: | 0301060096 |
| Motivo da Procura          |                                               |          |                     |           |       |         |            |
| (Conforme Paciente/Acomp): | ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA EM TRABALHO |          |                     |           |       |         |            |

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                          |                |                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação:                                                           | Classificação: | Cor:                                                               |
| QUEIMAS                                                                                  | Dor intensa    | Laranja                                                            |
| Grave História Clas. Risco:                                                              |                |                                                                    |
| Paciente queda de moto há 30min, sem uso de capacete, nega ingestão de bebida alcoólica. |                |                                                                    |
| Trauma em MSD. Segue muito agitado, relato dor intensa. Nega HAS, DM e/ou alergias.      |                |                                                                    |
|                                                                                          |                | LÍVIA MARIA MELLO VIANA<br>COREN 170138<br>Em: 16/02/2019 19:18:57 |

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

## Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

paciente vítima de acidente de moto apresenta luxação perissemilunar do carpo A direita  
paciente não cooperativo  
acaminha ao hut pra redução sob narcose

|                                                        |      |
|--------------------------------------------------------|------|
| Diagnóstico Inicial:                                   | CID: |
| Fratura traumática de ligamento(s) do punho e do carpo | S633 |

## Exames Complementares:

## Prescrição Médica:

## Motivo da Alta/Encerramento:

|                  |                      |                 |
|------------------|----------------------|-----------------|
| Alta com Receita | DATA: ____/____/____ | HORA: ____:____ |
|------------------|----------------------|-----------------|

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA  
CRM PI 3824 Em: 16/02/2019 19:45:58

# 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: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000044424-6

---

Nr. da Autenticação F63417D619C46B92

# 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: 18/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 680,40

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

CLIENTE: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000044424-6

---

Nr. da Autenticação 8E00A3874D7B6951

TC 1.38  
2015001 0874394

13814940-2

FATURA Nº  
MÊS/ANO 1447583  
8/2019

NOME/ENDEREÇO  
MORADOR JUCILENE DE SOUSA OLIVEIRA  
PROPRIETÁRIO: ANTONIA DE SOUSA OLIVEIRA  
RUA SEIS B D ARCOVERDE, 2001-PARQUE  
IDEAL-TERESINA-PI-cep: 64099999

LOCALIZAÇÃO 007-00026-003405 GRUPO 007 NÚMERO DO HODRÔMETRO A10X022466

HISTÓRICO DE CONSUMO  
MÊS/ANO TIPO LIDO FATURADO ECONOMIA - CATEGORIA/TIPO TÁBUA  
1 Residencial - Normal

DATA 10/07/2019 1231  
ANTERIOR 10/08/2019 1231  
CONSUMO MÊS M3 0 LITROS/SEGUNDO 0,00  
M3/M3 0,00  
COPRO 0,00

TABELA DE TAXAS  
RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)  
0-10 0,0000 0,00  
10-25 5,7128 0,00  
25-55 9,0618 0,00  
DESCRÇÃO DOS SERVIÇOS DA FATURA  
VALOR REFERENTE ÁGUA - 0,00  
JURO DE FINANC. PARCELAMENTO 004/024 8,78  
JURO DE PARCELAMENTO 004/024 0,54  
MULTA DO PARCELAMENTO 004/024 0,65  
PARCELAMENTO 004/024 35,39

NÃO RESIDENCIAL  
FAIXA DE CONSUMO R\$/M3 E (%)  
VENIMENTO 22/08/2019 TOTAL PAGAR 45,36

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

mensagem  
Nossos arquivos acusam 3 débito(s). atenção - sujeito a corte.  
procure a loja de atendimento.

NOTIFICAÇÃO  
Neste 30 dias do vencimento, o não pagamento desta fatura ocasionará a suspensão dos serviços.  
conforme Lei Federal nº 11.448/2007, Art. 40, inciso V e nº 8.987/96, Art. 6º, §3º, inciso II.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS    | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA/MÊS | VALOR PERMITIDO |
|---------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------|
| CLORO-LIBRE   | 2561                | 2538                     | 23                          | 1,35      | 0,2-5,0 mg/L    |
| CONDUTIVIDADE | 1117                | 2613                     | 19                          | 6,08      | Inferior a 15   |
| PH            | 2879                | 2842                     | 37                          | 6,78      | 6,00-9,50       |
| TURBIDEZ      | 2803                | 2740                     | 63                          | 1,82      | Inferior a 5    |
| COLORIMETRIA  |                     |                          |                             |           |                 |

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2.342.1234 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

| PARÂMETROS    | AMOSTRAS REALIZADAS | AMOSTRAS EM CONFORMIDADE | AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE | MÉDIA/MÊS | VALOR PERMITIDO |
|---------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------|-----------------|
| ESCOLÓDIA COL | 1027                | 1025                     | 2                           | Ausência  | Ausente         |
|               | 1027                | 1027                     | 0                           | Ausência  | Ausente         |

DATA DA EMISSÃO: 18/08/2019 HORA DA EMISSÃO: 07:49

TC 1.38

2015001 0874394

MATRICULA 13814940-2 FATURA Nº 1447583  
MÊS/ANO 8/2019

VENIMENTO 22/08/2019 VALOR PAGAR 45,36

82600000000-8 45361535000-7 00201900144-1 7582 04-0



\*\*\* AVISO DE DÉBITO \*\*\*

Prezado cliente,  
Não identificamos o pagamento do(s) débito(s) abaixo relacionado(s).  
Deste modo, solicitamos que regularize sua situação junto a nossa  
empresa, ou faça contato para esclarecimentos através do  
0800 223 2000. Os encargos correspondentes aos débitos  
listados serão cobrados na próxima fatura.

**cepsa**  
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ

Avenida Maranhão, 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.201.383-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia - Série B-1  
Regime especial de prestação autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato  
consulte o número

SERIE CÓDIGO

0051869-7

Nº da Nota Fiscal 023654306

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS JUNHO/2019 VENCIMENTO 02/07/2019 CONSUMO (kWh) 205 TOTAL A PAGAR (R\$) 208,95

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:                       | 20555                     | Atual: 25/06/2019           |
| Anterior:                    | 20350                     | Anterior: 24/05/2019        |
| Constante de Multiplicação:  | 1,000                     | Próxima Leitura: 25/07/2019 |
| Consumo Médio:               | 205                       | Emissão: 24/06/2019         |
| Consumo Faturado:            | 205                       | Apresentação: 25/06/2019    |
| Forma de Faturamento: NORMAL | Código de Irregularidade: | Dias de Consumo: 32         |

| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Pat. | Média 12 meses |
|------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| COMERCIAL        | MONO    | A1418740       |       | 3.5.3.1     | 196            |

| HISTÓRICO kWh    | DESCRIÇÃO DA CONTA                   |
|------------------|--------------------------------------|
| Mês/ano consumo: | CONSUMO 205 A R\$ 0,918442 = 188,28  |
| MAI/19 204       | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 15,19 |
| ABR/19 178       | CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 0,81  |
| MAR/19 243       | MULTA POR ATRASO 05/19-00 3,79       |
| FEV/19 297       | JUROS POR ATRASO 05/19-00 0,88       |
| JAN/19 365       | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,44    |
| DEZ/18 57        |                                      |
| NOV/18 0         |                                      |
| OUT/18 96        |                                      |
| SET/18 299       |                                      |
| AGO/18 232       |                                      |

TARIFA SEM TRIBUTOS:  
0 A 205 - 8,617457

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 24/06/2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO CA09.2008.54C4.130C.185D.EFF8.7664.8374

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$        |
|---------------------------|--------------------------------|
| Distribuição: 37,03       | Base de Cálculo: 188,28 137,44 |
| Energia: 71,55            | Alíquota ICMS: 27,00%          |
| Transmissão: 12,10        | Valor do ICMS: 50,83           |
| Encargos: 5,92            | Valor do PIS: 1,40%            |
| Tributos: 61,68           | Valor do COFINS: 6,49%         |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE |                  |            |       |        |            |       |                        |         |
|-----------------------------|------------------|------------|-------|--------|------------|-------|------------------------|---------|
|                             | DIC              |            |       | FIC    |            |       | DMIC                   |         |
|                             | Mensal           | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal                 | Mensal  |
| Limite                      | 5,31             | 10,63      | 21,25 | 3,11   | 6,23       | 12,45 | 3,03                   |         |
| Realidade                   | 0,00             |            |       | 0,00   |            |       | 0,00                   |         |
| Composto                    | TERESINA-MACAUBA |            |       |        |            |       | Período de<br>apuração | 04/2019 |
|                             |                  |            |       |        |            |       | ESD:                   | 62,87   |

Imp: 17/02/2019 01:02:55

(User: ELIENE SILVA)

(Estação: RECEPCAO01)

BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

|               |                                                                   |          |                      |             |           |
|---------------|-------------------------------------------------------------------|----------|----------------------|-------------|-----------|
| Nome:         | FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA                                  |          |                      | Prontuário: | 502975    |
| Mãe:          | LUIZIA DA COSTA OSORIO DA CUNHA                                   |          |                      | Pai:        |           |
| End.Resid.:   | RUA 6 A 2001 PQ IDEAL - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: - |          |                      |             |           |
| Nascimento:   | 20/10/1978                                                        | Idade:   | 40a3m28d             | Sexo:       | Masculino |
| Responsável:  | JUCILENE SOUSA                                                    | CNS:     | 709205233676539      |             |           |
| Profissão:    | MECANICO                                                          | CPF:     | * RG: 1720251 - SSPI |             |           |
| G. Instrução: | Fundamental Incompleto                                            | E.Civil: | Solteiro(a)          |             |           |
| End.Local.:   |                                                                   |          |                      |             |           |

DADOS DO ATENDIMENTO:

|                    |                                                    |            |                     |                 |                    |       |
|--------------------|----------------------------------------------------|------------|---------------------|-----------------|--------------------|-------|
| Código:            | 708113                                             | Data:      | 17/02/2019 00:18:51 | Condução:       | AMBULÂNCIA DO SAMU |       |
| Motivo da Procura: | ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC) |            |                     |                 | Convênio:          | S U S |
| Acid.Trab.:        | Não                                                | Trajetos?: | Não                 | Tipico:         | Não                |       |
|                    |                                                    |            |                     | CID Secundário: | V299               |       |

DADOS CLÍNICOS:

Queda com rubore de audição no horário  
no dia 16/02/19 às 18:30 - S.C.; segue com resaca  
cabeça, segue perda de consciência por 10 minutos  
relata trauma em an. pubo (P), antebraço (A) e antebraço  
com dor intensa (F/P4) e antebraço ADM; enema  
- rubor do VTA com Baqueados de lesão;  
Permanecer (P): 88 = dor pubo (P) + F/P4/  
antebraço; dor intensa pubo e antebraço (P);  
X Obter Passado por Colapso de tórax e/

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Antebraço (P), P.O. antebraço (P), P.O.  
Colapso (P) HUT DR. ZENON ROCHA  
- T.O. de Pubo (P) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA RAIO X FEMUR  
- AO CC EXAME: PUNHO P 01:55 DATA: 17/02/19

|        |                                                               |                                                              |                           |
|--------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|
| ALTA:  | ( ) Melhorado<br>( ) Curado<br>( ) Inalterado<br>( ) A Pedido | ( ) Administrativa<br>( ) Por Indisciplina<br>( ) Por Evasão | TECNOLOGO                 |
| OBITO: | ( ) Até 24 Hs<br>( ) De 24 a 48 Hs<br>( ) Após 48 Hs          | ( ) Família<br>( ) IML<br>( ) Anat. Patol.                   | DESTINO:                  |
|        |                                                               |                                                              | DATA SAÍDA: 1/1           |
|        |                                                               |                                                              | ( ) Internação na Unidade |
|        |                                                               |                                                              | Proced. Solicitado:       |
|        |                                                               |                                                              | CID Compatível:           |

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

Jucilene de S. Oliveira  
Assinatura Paciente ou Responsável

solicitação do médico

Imp: 16/02/2019 19:45:59

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

## BOLETIM DE ENTRADA (BE)

## DADOS DO PACIENTE:

|              |                                                         |             |           |
|--------------|---------------------------------------------------------|-------------|-----------|
| Nome:        | FRANCISCO CARLOS OSVALDO DA CUNHA                       | Prontuário: | 139657    |
| Mãe:         | LEZIA DA COSTA OZORIO                                   | Pai:        |           |
| End.Resid.:  | RUA 6A , 2001 - PARQUE ITARARE - TERESINA - PI - CEP: - |             |           |
| Nascimento:  | 20/10/1978                                              | Idade:      | 40a3m27d  |
| Sexo:        | Masculino                                               | Fone:       | - -       |
| Responsável: | O MESMO                                                 | CNS:        |           |
| Profissão:   |                                                         | Documento:  | Reg.Nasc: |
| Instrução:   | Não informado                                           | E.Civil:    | Ignorado  |
| End.Local.:  | - - -                                                   |             |           |

## DADOS DO ATENDIMENTO:

|                            |                                               |          |                     |           |       |         |            |
|----------------------------|-----------------------------------------------|----------|---------------------|-----------|-------|---------|------------|
| Código:                    | 331469                                        | Entrada: | 16/02/2019 19:07:40 | Convênio: | S U S | Proced: | 0301060096 |
| Motivo da Procura          |                                               |          |                     |           |       |         |            |
| (Conforme Paciente/Acomp): | ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA EM TRABALHO |          |                     |           |       |         |            |

## DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

|                                                                                        |                |                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------|
| Sinal/Sintoma de Apresentação:                                                         | Classificação: | Cor:                                                               |
| QUEIMAS                                                                                | Dor intensa    | Laranja                                                            |
| Grave História Clas. Risco:                                                            |                |                                                                    |
| Relata queda de moto há 30min, sem uso de capacete, nega ingestão de bebida alcoólica. |                |                                                                    |
| Lesão em MSD. Segue muito agitado, relato dor intensa. Nega HAS, DM e/ou alergias.     |                |                                                                    |
|                                                                                        |                | LÍVIA MARIA MELLO VIANA<br>COREN 170138<br>Em: 16/02/2019 19:18:57 |

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

## Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:

paciente vítima de acidente de moto apresenta luxação perissemilunar do carpo A direita  
paciente não cooperativo  
encaminha ao hut pra redução sob narcose

|                                                      |      |
|------------------------------------------------------|------|
| Diagnóstico Inicial:                                 | CID: |
| Lesão traumática de ligamento(s) do punho e do carpo | S633 |

## Exames Complementares:

## Prescrição Médica:

## Motivo da Alta/Encerramento:

|                  |                      |                 |
|------------------|----------------------|-----------------|
| Alta com Receita | DATA: ____/____/____ | HORA: ____:____ |
|------------------|----------------------|-----------------|

Assinatura Paciente ou Responsável

TERCIO DANTAS MOURA  
CRM PI 3824 Em: 16/02/2019 19:45:58

Imp: 17/02/2019 01:02:55

Alcides Eliene Silva

(Estado: RECEBIDO)

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

|                                                                                      |                        |                                  |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|---------------------------|
| <b>Nome:</b> FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA                                        |                        | <b>Prontuário:</b> 502975        |                           |
| <b>Mãe:</b> LUZIA DA COSTA OSORIO DA CUNHA                                           |                        | <b>Pai:</b>                      |                           |
| <b>End.Resid.:</b> RUA 6 A 2001 PQ IDEAL - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: - |                        |                                  |                           |
| <b>Nascimento:</b> 20/10/1978                                                        | <b>Idade:</b> 40a3m28d | <b>Sexo:</b> Masculino           | <b>Fone:</b> 86-88059-684 |
| <b>Responsável:</b> JUCILENE SOUSA                                                   |                        | <b>CNS:</b> 709205233676539      |                           |
| <b>Profissão:</b> MECANICO                                                           |                        | <b>CPF:</b> * RG: 1720251 - SSPI |                           |
| <b>G. Instrução:</b> Fundamental Incompleto                                          |                        | <b>E.Civil:</b> Solteiro(a)      |                           |
| <b>End.Local.:</b> - - -                                                             |                        |                                  |                           |

7. DADOS DO ATENDIMENTO:

|                                                                             |                       |                                  |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| <u>Código:</u> 708113                                                       |                       | <u>Data:</u> 17/02/2019 00:18:51 | <u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU |
| <u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC |                       |                                  | <u>Convênio:</u> S U S              |
| <u>Acid.Trab.:</u> Não                                                      | <u>Trajetos?:</u> Não | <u>Tipico:</u> Não               | <u>CID Secundário:</u> V299         |

DADOS CLÍNICOS:

DADOS CLÍNICOS:  
 Fim de ep. rubore de anelide no bochecho  
 no dia 16/02/19 às 18:30 - Sit: Neve fram reger  
 cefalica, reger perda de consciência. Perceve os pontos  
 retos, fura em em tubo (D), gástrico (D) anal  
 com dor colica (F/K4) e bônari ADM; enema  
 - rubeo de VSA com Baço de exaustão  
 Pericardíaco (D): EF: dose tubo (D) + / K4 /  
 Antico; do colapso tubo e colapso (D):  
 x ob. Pericardíaco com colapso /  
 diagnóstico inicial: exantema

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

*Refeição (D), Rota de vacinação (D), Rota de coleta (D), Rota de coleta (D)*

**1. UT DR. ZENON ROCHA**

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

**RAIO X**

**EXAME: PUNHO D 01:55**

**DATA: 17/04/10**

|                |                      |
|----------------|----------------------|
| ( ) Melhorado  | ( ) Administrativa   |
| ( ) Curado     | ( ) Por Indisciplina |
| ( ) Inalterado | ( ) Por Evasão       |
| ( ) A Pedido   |                      |

ALTA:

|               |                   | <u>DESTINO:</u>  |
|---------------|-------------------|------------------|
|               | ( ) Até 24 Hs     | ( ) Família      |
| <u>OBITO:</u> | ( ) De 24 a 48 Hs | ( ) IML          |
|               | ( ) Após 48 Hs    | ( ) Anat. Patol. |

Retorno a Unid. Origen: Tecnología  
Transferencia: Tecnología  
TECNOLOGO

DATA SAÍDA: / /

( ) Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

CID Compatível:

Prof. Solicitante  
Internação:

Atch. J. Américo Oliveira  
Matrícula: S8804  
SANE - HUT  
CONFERE COM O ORIGINAL

Assinatura de S. Oliveira  
Assinatura Paciente ou Responsável

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

--- G. al. n. cc. constante solicitação do médico

Imp: 16/02/2019 19:45:59

(User: TERCIO DANTAS)

(Estação: SALADEGESSO-PC)

**BOLETIM DE ENTRADA (BE)****DADOS DO PACIENTE:**

|                                                                          |                        |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Nome:</b> FRANCISCO CARLOS OSVALDO DA CUNHA                           |                        | <b>Prontuário:</b> 139657               |
| <b>Mãe:</b> LUZIA DA COSTA OZORIO                                        | <b>Pai:</b> -          |                                         |
| <b>End.Resid.:</b> RUA 6A, 2001 - PARQUE TARARE - TERESINA - PI - CEP: - |                        |                                         |
| <b>Nascimento:</b> 20/10/1978                                            | <b>Idade:</b> 40a3m27d | <b>Sexo:</b> Masculino <b>Fone:</b> - - |
| <b>Responsável:</b> O MESMO                                              |                        | <b>CNS:</b>                             |
| <b>Profissão:</b>                                                        |                        | <b>Documento:</b> Reg.Nasc:             |
| <b>Instrução:</b> Não informado                                          |                        | <b>E.Civil:</b> Ignorado                |
| <b>End.Local.:</b> - - -                                                 |                        |                                         |

**DADOS DO ATENDIMENTO:**

|                                                                                |                                     |                        |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <b>Código:</b> 331469                                                          | <b>Entrada:</b> 16/02/2019 19:07:40 | <b>Convênio:</b> S U S | <b>Proced:</b> 0301060096 |
| <b>Motivo da Procura</b>                                                       |                                     |                        |                           |
| <b>Conforme Paciente/Acomp):</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA EM TRABALHO |                                     |                        |                           |

**DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

|                                                                                                                                                                                |                       |                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>Sinal/Sintoma de Apresentação:</b>                                                                                                                                          | <b>Classificação:</b> | <b>Cor:</b>                                                        |
| MIAS                                                                                                                                                                           | Dor intensa           | Laranja                                                            |
| <b>Grave História Clas. Risco:</b>                                                                                                                                             |                       |                                                                    |
| Sofre queda de moto há 30min, sem uso de capacete, nega ingestão de bebida alcoólica.<br>Não toma em MSD. Segue muito agitado, relata dor intensa. Nega RAS, DM e/ou alergias. |                       | LÍVIA MARIA MELLO VIANA<br>COREN 170138<br>Em: 16/02/2019 19:18:57 |

|                      |                       |                        |                   |                      |
|----------------------|-----------------------|------------------------|-------------------|----------------------|
| <b>SSVV:</b>         | (Hora: ____ : ____)   |                        |                   |                      |
| <b>Peso:</b> 0,00 Kg | <b>Altura:</b> 0,00 M | <b>IMC:</b> 0,00 Kg/m2 | <b>Pulso:</b> bmp | <b>Pressão:</b> mmHg |

**Queixa Principal / Dados Clínicos / Conduta:**

paciente vítima de acidente de moto apresenta luxação perissemilunar do carpo à direita  
 paciente não cooperativo  
 encaminhado ao hut pra redução sob narcose

**Diagnóstico Inicial:**

Ruptura traumática de ligamento(s) do punho e do carpo

CID:  
s633**Exames Complementares:****Prescrição Médica:****Motivo da Alta/Encerramento:**

Alta com Receita

DATA: / /

HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

 TERCIO DANTAS MOURA  
 CRM PI 3824 Em: 16/02/2019 19:45:58



Ficha de Prescrição e Evolução Médica

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Consulta: 331469  
Imo: 16/02/2019 19:48:51

Nome: FRANCISCO CARLOS OSVALDO DA CUNHA

Prontuário: 139657

Local:

Leito:

Tipo Sanguíneo:

Fator RH:

Peso (Kg): 0,00

Altura (M): 0,00

IMC (Kg/m<sup>2</sup>): 0,00

0,00

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

dipirona-----1amp  
cetoprofeno 100mg-----1amp  
tramadol 100mg-----1amp  
dexametasona-----1amp  
soro fisiológico-----100ml ev

HORÁRIO:

SINAIS VITAIS:

HORA: T: P: R/SatO2: PA: Dox: Glicemia Diurese

REGISTROS DE ENFERMAGEM:

Dr. Tercio Dantas Moura  
CRM-PI: 382  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



# CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

|                                                                                                                        |                            |                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|
| <b>AUTORIZAÇÃO:</b> 522251943                                                                                          | <b>Nº REGULAÇÃO:</b> 61152 | <b>TIPO:</b> AVALIAÇÃO CLÍNICA EM HOSPITAL |
| <b>ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:</b> 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074 |                            |                                            |
| <b>ESTABELECIMENTO REFERENCIADO:</b> 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT            |                            |                                            |
| <b>LEITO:</b> ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA                                                                                   |                            |                                            |
| <b>PACIENTE:</b> FRANCISCO CARLOS OSVALDO DA CUNHA                                                                     |                            | <b>NASCIMENTO:</b> 20/10/1978              |

### DADOS CLÍNICOS

#### HISTÓRIA CLÍNICA:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTA LUXAÇÃO PERISSEMILUNAR DO CARPO À DIREITA PACIENTE NÃO COOPERATIVO ENCAMINHO AO HUT PARA REDUÇÃO SON NARCOSE

#### PROVAS DIAGNÓSTICAS:

#### EXAMES SOLICITADOS:

**DIAGNÓSTICO(CID):** RUPTURA TRAUMÁTICA DE LIGAMENTOS DO PUNHO E DO CARPO

#### COMORBIDADE:

|                          |                        |                   |                            |
|--------------------------|------------------------|-------------------|----------------------------|
| <b>PRESSÃO ARTERIAL:</b> | <b>FREQ. CARDÍACA:</b> | <b>SATURAÇÃO:</b> | <b>FREQ. RESPIRATÓRIA:</b> |
|--------------------------|------------------------|-------------------|----------------------------|

|                  |                              |                   |
|------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>GLICEMIA:</b> | <b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b> | <b>USO DE O2:</b> |
|------------------|------------------------------|-------------------|

#### USO DROGAS VASOATIVAS:

#### USO ANTIBIÓTICOS:

#### USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

**DATA:** 16/02/2019 20:34:24

Dr. Tércio Dantas Moura  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PI: 3124

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO



Alta



NOME DO PACIENTE: Francisco Carlos Orio da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 502975

**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".



# FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 17/02/2019 01:02:55  
(ELIENE SILVA)

## DADOS DO PACIENTE:

|               |                                                                   |        |          |             |                   |
|---------------|-------------------------------------------------------------------|--------|----------|-------------|-------------------|
| Nome:         | FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA                                  |        |          | Prontuário: | 502975            |
| Mãe:          | LUIZA DA COSTA OSORIO DA CUNHA                                    |        |          | Pai:        |                   |
| End.Resid.:   | RUA 6 A 2001 PQ IDEAL - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI - CEP: - |        |          |             |                   |
| Nascimento:   | 20/10/1978                                                        | Idade: | 40a3m28d | Sexo:       | Masculino         |
| Responsável:  | JUCILENE SOUSA                                                    |        |          | Fone:       | 86-88059-684      |
| Profissão:    | MECANICO                                                          |        |          | CNS:        | 709205233676539   |
| S. Instrução: | Fundamental Incompleto                                            |        |          | Documento:  | RG: 1720251 - SSP |
| End. Local.:  | - - -                                                             |        |          | E.Civil:    | Solteiro(a)       |

## DOS DO ATENDIMENTO:

|                    |                                                   |       |                     |            |            |       |
|--------------------|---------------------------------------------------|-------|---------------------|------------|------------|-------|
| Código:            | 708113                                            | Data: | 17/02/2019 00:18:51 | Clas. Cor: | Indefinido |       |
| Motivo da Procura: | ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC |       |                     |            | Convênio:  | S U S |

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: \_\_/\_\_/\_\_:\_\_ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_:\_\_

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solicitação: \_\_/\_\_/\_\_:\_\_ ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO:

Carimbo/Assinatura Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: \_\_/\_\_/\_\_:\_\_

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fundação Municipal de Saúde

Fls N° \_\_\_\_\_  
Proc. N° \_\_\_\_\_  
Rubrica \_\_\_\_\_

## BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

|                   |                                  |                |             |
|-------------------|----------------------------------|----------------|-------------|
| NOME DO PACIENTE: | Francisco Carlos Osório da Cunha | DATA:          | 17/02/2019  |
| DIAGNÓSTICO:      | Luxação pericromiária            | PRONTUÁRIO N°: |             |
| ANESTESIA:        | Local                            | CIRURGIA:      | Artroscopia |
| CIRURGIÃO:        | Dr. Cláudio                      | N° DA SALA:    | 05          |
| AUXILIAR:         |                                  | CPF N°:        |             |
| ANESTESISTA:      | Dr. Antônio José                 | CPF N°:        |             |
| INSTRUMENTADORA:  |                                  | CPF N°:        |             |

Dr. Cláudio Nogueira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PI 3321 CRM-MA 9337  
SBOT 12681

## MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO         | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO        | UNID.  | QUANT. | PREÇO |
|-----------------------|-------|--------|-------|----------------------|--------|--------|-------|
| AGULHA 25x8           | UNID. | 01     |       | LÂMINA DE BISTURI    | UNID.  |        |       |
| AGULHA 30x8           | UNID. | -      |       | LUVA N° 7 1/2        | PAR    | 03     |       |
| AGULHA 40x12          | UNID. | 01     |       | LUVA N° 7.0          | PAR    | 04     |       |
| AGULHA RAQUE          | UNID. | -      |       | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR    | 06     |       |
| ÁLCOOL 70%            | ML    | 100    |       | PVPI DE GERMANTE     | ML     | 100    |       |
| ALGODÃO               | BOLA  | -      |       | PVPI TÓPICO          | ML     | -      |       |
| ÁGUA OXIGENADA        | ML    | -      |       | PVPI TINTURA         | ML     | 100    |       |
| COMPRESSA             | PAC.  | 02     |       | SERINGA 20CC         | UNID.  | 02     |       |
| EQUIPO MACRO-GOTA     | UNID. | 01     |       | SERINGA 10CC         | UNID.  | 02     |       |
| ESPARADRAPO           | CM    | 20     |       | SERINGA 5CC          | UNID.  | 01     |       |
| ESCALPE N°            | UNID. | -      |       | SERINGA 3CC          | UNID.  | -      |       |
| FORMOL                | ML    | -      |       | SORO FISIOLÓGICO     | FRASCO | 05     |       |
| GASES                 | PAC.  | 03     |       | SONDA URETRAL        | UNID.  | 01     |       |
| JELCO N°              | UNID. | -      |       | Latex                | -      | 01     |       |
| FIOS                  | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA:          | -      | 01     |       |
| CAT.GUT.SIMPLES C/AG. |       |        |       | Crepom               | -      | 05     |       |
| CAT.GUT.SIMPLES S/AG. |       |        |       | Eletródos            |        |        |       |
| CAT.GUT.CROMADO C/AG. |       |        |       |                      |        |        |       |
| CAT.GUT.CROMADO S/AG. |       |        |       |                      |        |        |       |
| ALCOFIL               |       |        |       |                      |        |        |       |
| MONONYLON             |       |        |       |                      |        |        |       |
| FITA UMBILICAL        |       |        |       | ENFERMARIA:          |        |        |       |
| VICRYL                |       |        |       | CIRCULANTE:          | José   |        |       |
| PROLENE               |       |        |       |                      |        |        |       |



15

[illegible][illegible]



# 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: **FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA** (Prontuário: 502975)  
Endereço: RUA 6 A 2001 PQ IDEAL - DIRCEU ARCOVERDE - TERESINA - PI CEP: 64000-010  
Nascimento: 20/10/1978 Idade: 40a4m23d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 233189  
Requisição: 922635 Solicitação: 17/02/2019 Solicitante: CLAUDIO AURELIO NOGUEIRA DOS SANTOS  
Controle: 1156177 Convênio: S U S CLINICA ORTOPEDICA - P11 ENFERMARIA 229 LEITO 219

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040124

Data Exame: 17/02/2019

### PUNHO DIREITO

O estudo radiológico do punho direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.  
Os seguintes aspectos observados:

- Controle pós operatório.
- Estrutura óssea conservada.
- Superfícies e espaços articulares íntegros.
- Fixação metálica no carpo.

(RANDI SILVA)

TERESINA - PI 12/03/2019

**VERA LUCIA RIOS ARAUJO**

CPF: 227.528.623-34 CRM - 1727

Profissional Responsável



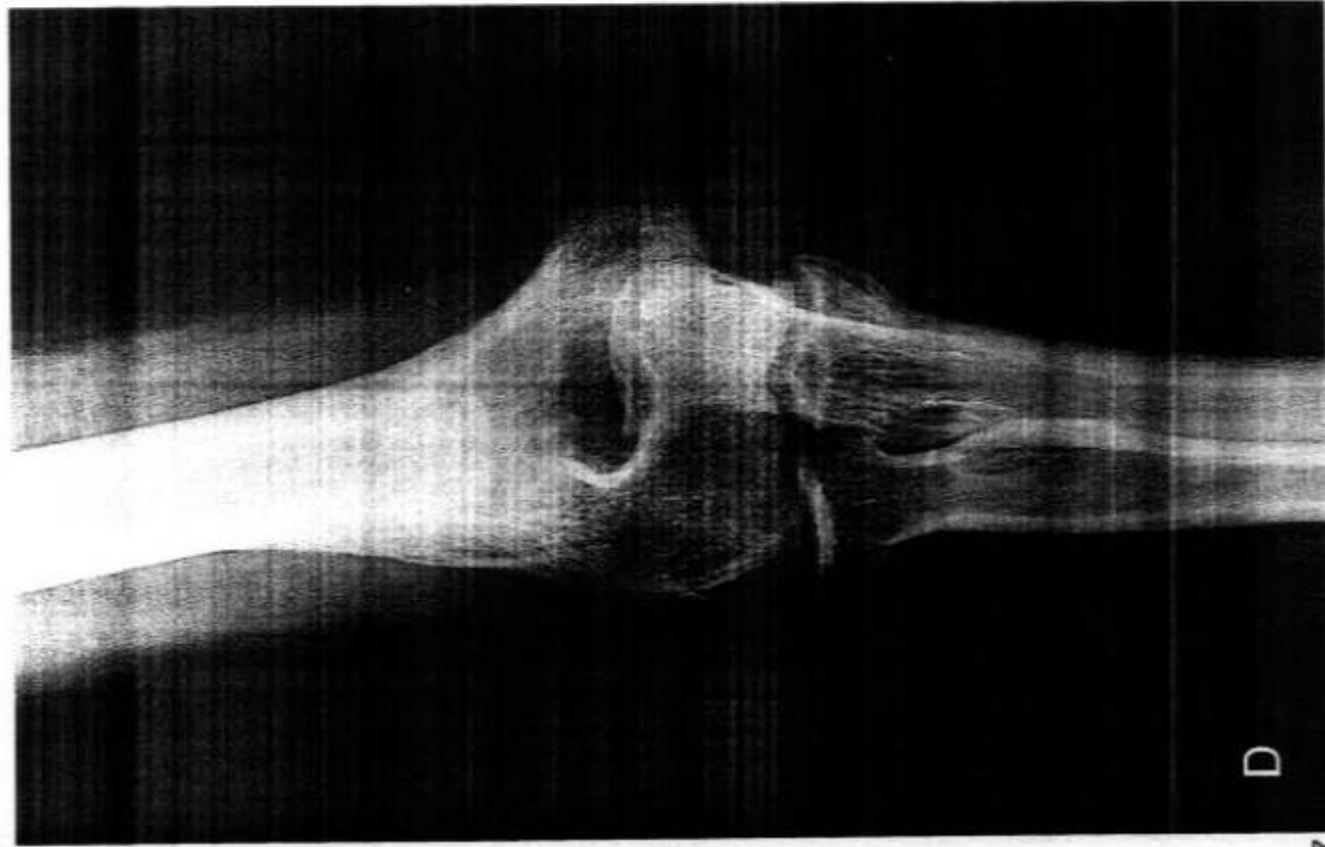
ID: 163444

Paciente: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Idade: 640Y

Sexo: M

HPM



D



D

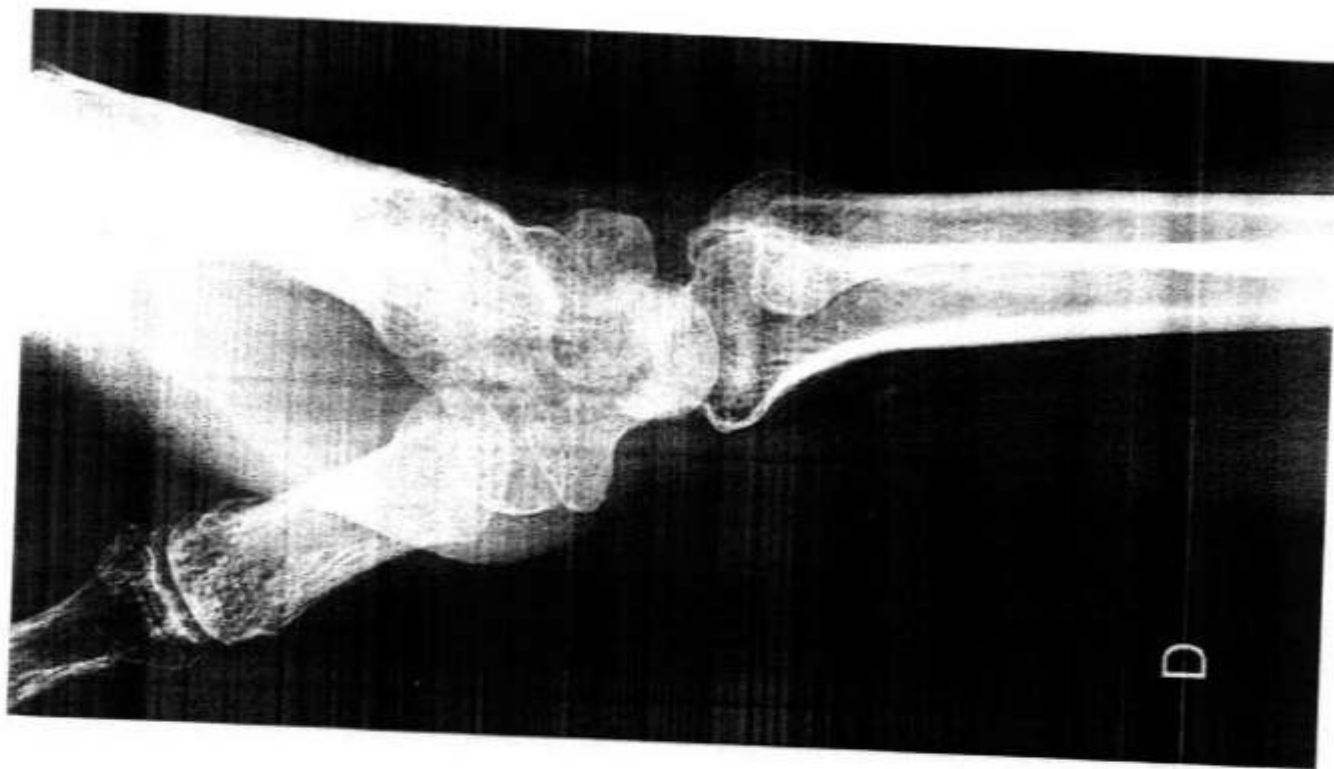
Horar: 15:07  
Exame: 26/08/2019

ID: 163444  
Paciente: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA  
Idade: 046Y  
Sexo: M

HPM



Horar: 15:06  
Exame: 26/08/2019





POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE  
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 143118  
PACIENTE: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA  
NOME DA MÃE: LUZIA DA COSTA OSORIO  
DATA DO NASCIMENTO: 20/10/1978  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 25/03/2019  
DATA DO LAUDO: 29/03/2019  
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

### RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Achados:

Fios de fixação metálica localizados nos ossos do carpo.  
Superfícies articulares preservadas.  
Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Fios de fixação metálica localizados nos ossos do carpo.  
Aumento do volume e da densidade das partes moles do punho.

LIEGE RIBEIRO SOARES DE SAMPAIO  
CRM: 4173

Av. Higino Cunha 1642 - Ilhotas - Teresina, PI  
CEP 64014-220 - CJPJ 07.444.159/0002-25

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax (86) 3216-1520

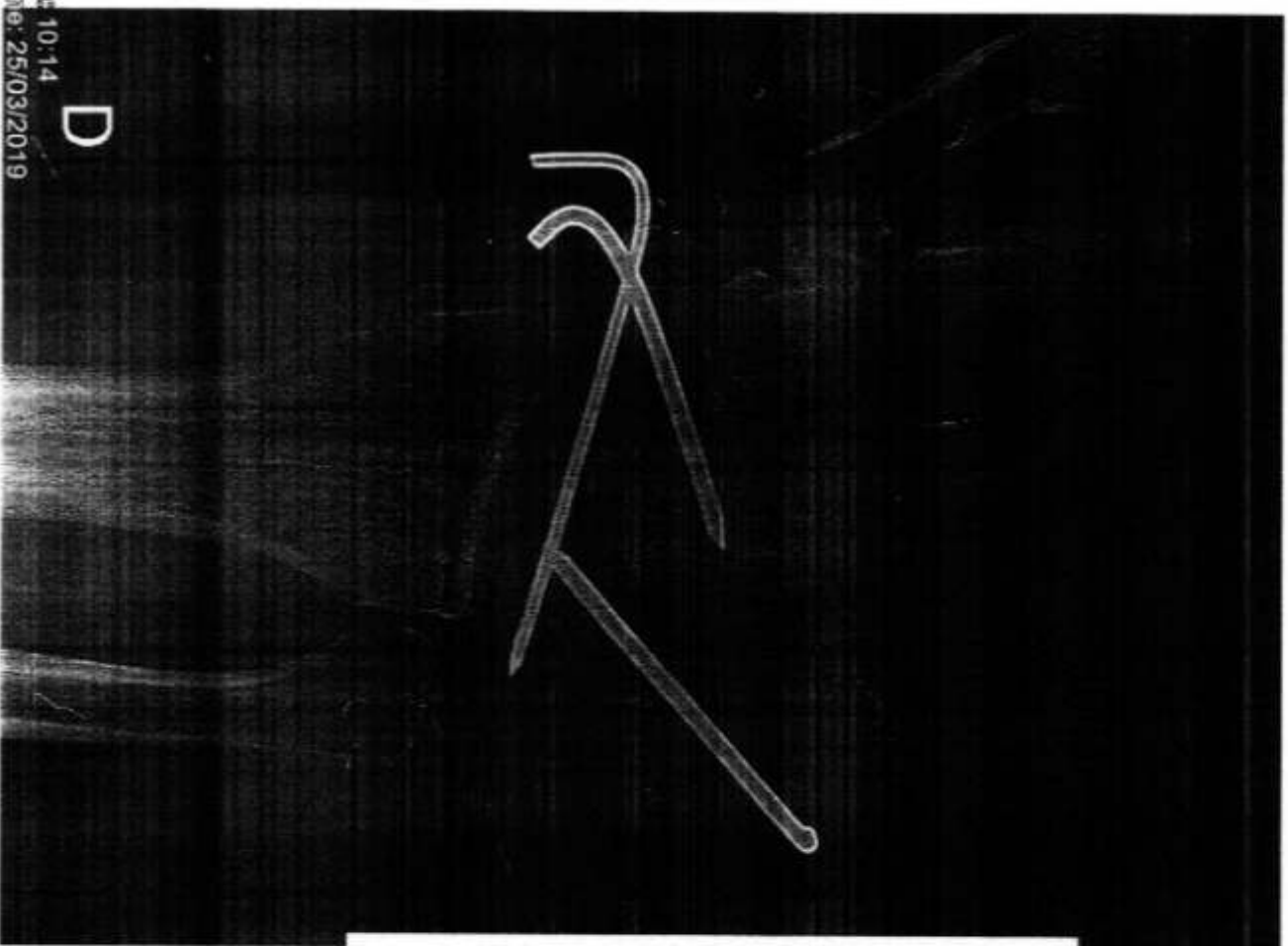
ID: 143113

Paciente: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

Idade: 040Y

Sexo: M

HPM



D

Moment: 10:14  
Exame: 25/03/2019



D



POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ  
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 163444  
PACIENTE: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA  
NOME DA MÃE: LUZIA DA COSTA OSORIO  
DATA DO NASCIMENTO: 20/10/1978  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 26/08/2019  
DATA DO LAUDO: 28/08/2019  
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

### RADIOGRAFIA DO COTOVELO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS

Estrutura óssea conservada.  
Superfícies articulares preservadas.  
Partes moles sem alterações.

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Exame radiográfico sem alterações detectáveis pelo método.

  
Dr. Manoel Messias P. de Sousa  
MÉDICO RADIOLOGISTA - CBR  
CRM-PI 2869 - RQE 3048

MANOEL MESSIAS PEREIRA DE SOUSA ✓  
CRM: 2869



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ**  
**HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**  
"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 163444  
PACIENTE: FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA  
NOME DA MÃE: LUZIA DA COSTA OSORIO  
DATA DO NASCIMENTO: 20/10/1978  
MÉDICO SOLICITANTE: CRM  
DATA DA REALIZAÇÃO: 26/08/2019  
DATA DO LAUDO: 28/08/2019  
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

### **RADIOGRAFIA DO PUNHO DIREITO EM DUAS INCIDÊNCIAS**

Controle pós-cirúrgico de retirada de fixação metálica para tratamento de fratura, segundo correlação com dados clínicos.  
Redução da densidade radiográfica das estruturas ósseas visibilizadas, provavelmente relacionado ao desuso.  
Espaços articulares íntegros.  
Partes moles sem alterações.

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

Controle pós-cirúrgico de retirada de fixação metálica para tratamento de fratura, segundo correlação com dados clínicos.  
Redução da densidade radiográfica das estruturas ósseas visibilizadas, provavelmente relacionado ao desuso.

  
Dr. Manoel Messias P. de Sousa  
MÉDICO RADIOLOGISTA - CBR  
CRM-PI 2869 - RQE 3048

MANOEL MESSIAS PEREIRA DE SOUSA ✓  
CRM: 2869

Av. Higino Cunha, 1642 - Ilhotas - Teresina/PI  
CEP 64014-220 - CNPJ 07.444.159/0002-35

Telefone: (86) 3227-6265  
Fax: (86) 3216-1520

|                                                      |             |                   |                   |                                      |                                  |
|------------------------------------------------------|-------------|-------------------|-------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Nome do Paciente<br>FRANCISCO CARLOS OSÓRIO DA COSTA |             |                   |                   | Plano<br>4853073                     | Nº Cartão SUS<br>709205233476118 |
| Nome do Paciente<br>JF 12/12/78                      | Idade<br>40 | Sexo<br>Masculino | RG-CPF<br>1720251 | Nome da Mãe<br>LUIZA DA COSTA OSÓRIO |                                  |
| Médico Solicitante<br>DANIEL FREIRE                  |             |                   |                   | Conselho<br>4245                     | Nº da Solicitação<br>616513      |

RESULTADO:

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO COTOVELO DIREITO

TÉCNICA:

Realizados cortes multiplanares com sequências ponderadas em T1 e T2.

RELATÓRIO:

Alteração de sinal da cartilagem de revestimento úmero-ulnar, com áreas de edema e redução da espessura, associado a reação osteohipertrófica marginal, configurando natureza degenerativa. Discreto incremento do líquido articular do cotovelo, com trabéculas de baixo sinal em seu denotando conteúdo sinovial associado.

Irregularidades corticais com afilamento e edema nos planos circunjacentes ao processo coronóide da ulna, melhor avaliado por TC.

Leve edema nas partes moles circunjacentes à inserção distal do tendão do tríceps braquial no olecrano (peritendinopatia), notando-se pequeno entesófito de permeio.

Foco de edema intrassubstancial ao longo da inserção proximal do tendão extensor comum no epicôndilo lateral, refletindo epicondilite lateral incipiente.

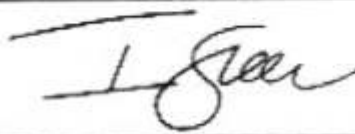
Ligamentos colaterais íntegros com espessura e intensidade de sinal normais.

Túnel cubital sem anormalidades.

Feixes neurovasculares sem alterações pelo método.

O tendão conjunto dos flexores do antebraço encontram-se com padrão fibrilar e espessura usuais.

\*\*\*\*\* CONTINUA \*\*\*\*\*  
(Folha 1 de 2)

|                                                |  |                                                                                                     |
|------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome<br>DANIEL FREIRE DE MOURA SANTOS CORDEIRO |  | Nº Conselho<br>CRM 4058                                                                             |
| Data<br>04/03/2019                             |  | Assinatura<br> |

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

1.720.251 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/03/19

FRANCISCO CARLOS OSÓRIO DA CUNHA

LUZIA DA COSTA OSÓRIO

MANOEL EUGENIO BISPO DA CUNHA

TIMON-MA 20/10/1978

CERT. NASC. 413661 L 112 F 178V

EXP TIMON-MA 28/03/19

934.435.873-72

Francisco das Chagas Pinheiro Martins

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PI  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013404500708

VIA - 1  
COD. RENAVAM - 00879389419  
R.N.T.R.C. - 2019  
EXERCÍCIO - 2019

VALDECI DIAS LIMA

0032  
1966  
9057  
5324  
3680  
3643  
3506  
7446  
8902  
2215

CPF / CNPJ - 73498580353  
PLACA - LVM-3122  
CHASSI - 9C2JC30706R835065  
PLACA ANT. / UF -

ESPÉCIE TIPO - PAS/MOTOCICLETA/NEUVAMA  
COMBUSTÍVEL - GASOLINA

MARCA / MODELO - HONDA/CG 125 FAN  
ANO FAB. - 2006  
ANO MOD. - 2006

CAP. / POT. / OIL - 02P/0124CC  
CATEGORIA - PARTICO  
COR PREDOMINANTE - VERMELHA

COTA ÚNICA - 1  
VENC. COTA ÚNICA - 1º IPVA  
P - PARCELAMENTO / COTAS - 2º PAGO  
V - PARCELAMENTO / COTAS - 3º PAGO  
A -

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

SEM RESTRICOES - OBSERVAÇÕES -

TERESINA - LOCAL - 25/02/2019 - DATA

Assinado digitalmente por Valdeci Dias Lima em 25/02/2019  
DIRETOR-GERAL DO DENATRAN - PI

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PI Nº 013404500708 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 - 25/02/2019

VIA - 1  
CPF / CNPJ - 73498580353  
PLACA - LVM-3122

RENAVAM - 00879389419  
MARCA / MODELO - HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB. - 2006  
CAT. TARIF. - 09  
Nº CHASSI - 9C2JC30706R835065

PREMIO TARIFARIO - 000,00  
VENC. COTA ÚNICA - 000,00  
VENC. COTA ÚNICA - 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) - 000,00  
ICF (R\$) - 000,00  
TOTAL A PAGAR (R\$) - 000,00

PAGAMENTO - 000,00  
PARCELADO - 000,00  
DATA DE EMISSÃO - 18/02/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.248.658/0001-04



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

DETTRAN - PI  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD. RENAVAM - R.A.T.G. - EXERCÍCIO  
1 00879389419 2019

VALDECI DIAS LIMA

\*\*\*\*\*

73498580353

9C2UC30706R835065

PLACA ANT. UF - PLACA - LVM-3122

PAS/MOTOCICLE/NTA - MARCA / MODELO - GASOLINA

HONDA / CG 125 FAN - CATEGORIA - 2006 - 2006

02P/0124CC - PARTICU - VERMELHA

1 - COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - 1º PAGO

2 - PAGO - 2º PAGO

3 - PAGO - 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) - IOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRICÇÕES - OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE PONTE OBRIGATORIO - NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

TERRESTRE - LOCAL - DATA - 25/02/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013404500708 - 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

VIA - 1 - RENAVAM - CPF / CNPJ - EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO  
73498580353 2019 25/02/2019

PLACA - LVM-3122

MARCA / MODELO - HONDA / CG 125 FAN

AND. FAB. - 09 - 9C2UC30706R835065

PREMIO TARIFARIO - 000,00

IOF (R\$) - 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) - 000,00

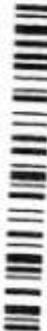
TOTAL DO SEGURO (R\$) - 084,58

PAGAMENTO - PARCELADO - DATA DE QUITACAO - 18/02/2019

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.234.809/0001-04

CONTRAN



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394441/19

**Vítima:** FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

**CPF:** 934.435.873-72

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 16/02/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO CARLOS  
OSORIO DA CUNHA

**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

**FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA : 934.435.873-72**

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: 11/11/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190631219 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA **Data do acidente:** 16/02/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** RUPTURA TRAUMÁTICA DOS LIGAMENTOS DO PUNHO E DO CARPO.

**Descrição do exame físico:** VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 30°) E PRONO-SUPINAÇÃO (20°) DO ANTEBRAÇO DIREITO. APRESENTA AINDA, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 60°) DO COTOVELO DIREITO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

**Resultados terapêuticos:** DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E COTOVELO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 11/02/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO PUNHO DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros superiores | 70 %                                         | Complemento por reanálise - 7,2 %                    | 5,04%     | R\$ 680,40            |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 5,04 %    | R\$ 680,40            |

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

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

NOME: Francisco Carlos Osorio Da Cunha  
 RG: 8.720.251 ORG. EMISSOR: SSP/PI D. EXPEDIÇÃO: 28/03/15  
 CPF: 934.435.873-72 ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: mecânico  
 ENDEREÇO: Rua Seis Nº: 2001  
 COMPLEMENTO: Casa BAIRRO: Dirceu Arcoverde  
 CIDADE: Teresina ESTADO: Piauí CEP: 64000-000 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 DESTES MANDATO, DA QUAL FIGURA COMO VÍTIMA:

Francisco Carlos Osorio Da Cunha

Data do acidente de trânsito: 36/02/19

Cobertura da vítima: Insalubre

LOCAL / DATA: Teresina 07/11/19

Francisco Carlos Osorio Da Cunha

(ASSINATURA DO OUTORGANTE (BENEFICIÁRIO)).

**TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS**  
 Rua Lacerda Magalhães, 122 - Centro - CEP: 64000-200 - Teresina-PI - Fone: (86) 322-4138 - E-mail: atendimento@cartorio3pi.com.br  
 Titular: Antônia Gonçalves de Azevedo Diniz

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA, DOU FE. EM TEST. DA VERDADE. Teresina-PI, 07/11/2019. Selo: AAL84089-FIX8  
 www.tjpi.jus.br/portalestrea

KELLY DE ABREU VALVERDE - ESCRIVENTE AUTORIZADA  
 Emol: 3,85 - TJ: 0,77 - FPM: 0,10 - Selo: 0,26 - Total: 4,98 - OP: 159  
 PROCURAÇÃO PARTICULAR

Autêntica e verdadeira

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS  
 CONSULTE O SELO  
 DIGITAL

CARTÓRIO THEMISTOLLES 3º OFÍCIO DE NOTAS  
 Kelly de Abreu Valverde  
 Escrevente Autorizada  
 Teresina - PI

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394441/19

**Vítima:** FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

**CPF:** 934.435.873-72

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 16/02/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

## 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

### FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA : 934.435.873-72

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: 11/11/2019  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/11/2019  
Nome: Danielle Nobre de Sousa  
CPF: 897.999.253-04

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Danielle Nobre de Sousa

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394441/19

**Número do Sinistro:** 3190631219

**Vítima:** FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

**CPF:** 934.435.873-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/02/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO CARLOS OSORIO DA CUNHA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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: 31/01/2020  
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES  
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2020  
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa  
CPF: 004.709.313-70

Paula Vargens Mendes da Costa