

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160011753      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDMILSON JOSE DA SILVA      **Data do acidente:** 12/10/2015      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 16/01/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DO FEMUR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES.  
AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** MARIA TEREZA R DE A AMORIM

**CRM do médico:** 52.31475-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160011753      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDMILSON JOSE DA SILVA      **Data do acidente:** 12/10/2015      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do pé esquerdo e contusão do ombro esquerdo.

**Descrição do exame** Ao exame apresenta diminuição intensa da amplitude funcional do ombro esquerdo e média do 5º pododáctilo  
**médico pericial:** esquerdo, sem mais alterações digno de nota.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador e fisioterápico.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo em 75%.  
Limitação funcional do 5º pododáctilo esquerdo em 50%.

**Sequela:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/01/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Lucas Lopes Rego

**CRM do médico:** 3932

**UF do CRM do médico:** PI

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	\$2,531.25
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	\$675.00
<b>Total</b>			<b>23,75 %</b>	<b>\$3,206.25</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

---

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8379458

A/C: EDMILSON JOSE DA SILVA

**Sinistro:** 3160011753  
**Vitima:** EDMILSON JOSE DA SILVA  
**Data Acidente:** 12/10/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** NELLE ROZE SOARES MARQUES

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

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

Recebemos em **04/01/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/10/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentos de identificação ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2016

Carta n°: 8447162

A/C: EDMILSON JOSE DA SILVA

**Sinistro:** 3160011753  
**Vítima:** EDMILSON JOSE DA SILVA  
**Data Acidente:** 12/10/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** NELLE ROZE SOARES MARQUES

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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

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

Nome do(a) Examinado(a): Edmilson Jose da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Major Sebastião Saraiva, 2232  
Piçarreira Teresina PI CEP: 64056-530  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 291837  
Data local do exame: [ 22/01/2016 ] Teresina [ PI ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**Fratura do pé esquerdo e contusão do ombro esquerdo.**

**Ao exame apresenta diminuição intensa da amplitude funcional do ombro esquerdo e média do 4º pododáctilo esquerdo, sem mais alterações digno de nota.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

**(X) Sim**      **( ) Não**

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

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

**(X) Sim**      **( ) Não**

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

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**Paciente deu entrada no pronto socorro com fratura do 5º metatarso esquerdo e contusão do ombro esquerdo, sendo internado para tratamento.**

**Data da alta: 12/01/16.**

**Tratamento conservador e fisioterápico.**

**Sem complicações.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

**(X) Sim**      **( ) Não**

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

**Limitação funcional do ombro esquerdo em 75%.**

**Limitação funcional do 5º pododáctilo esquerdo em 50%.**

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

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

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

**( ) “Vítima em tratamento”**

**( ) “Sem sequela permanente”**

*Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias*

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

**( ) “Exame não permite conclusão”**

*Vide motivo do impedimento no campo das observações*

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

Região Corporal (Sequela):

**Ombro - Lado Esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

**5º Dedo do Pé - Lado Esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

**( ) Total = “100% da IS”**

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

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

  
Dr. Lucas Lopes Rego  
Médico Perito  
CRM-PI-3932

# 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: 27/01/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.206,25

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

CLIENTE: EDMILSON JOSE DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00044-2

CONTA: 00000008675-4

---

Nr. da Autenticação B46B1443229858DE

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edmilson José da Silva

RG nº 291.837 data de expedição / /

Órgão \_\_\_\_\_ CPF nº 152.978.303-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
<u>Rua: Major Sebastião Saraiva</u>	
Número	<u>2232</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Picanneira</u>
Cidade	<u>Teresina</u>
Estado	<u>Piauí</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(86) 99548-8300 / 999149-3100</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina, 21 de Dezembro de 2015

Assinatura do Declarante: Edmilson José da Silva





Av. Marechal Deodoro Branco, 101 - Norte - Teresina - PI  
Inscrição Estadual: 19.111-656-7 / CNPJ: 06.845.747/0001-27  
Internet: www.agespisa.com.br  
Atendimento ao Consumidor: 08000 86 8888

Fatura Mensal

MATRÍCULA	Hidrômetro	Referência
2314648-6	Y10NS93642	NOV/2015
Nome/Razão Social/Endereço EDMILSON JOSE DA SILVA RUA MAJOR SEBASTIAO SARAIVA, 2232A PICARREIRA TERESINA 64056530 AG= 18		

Situação Agua/Esgoto	Res	Categorias de Uso Com Ind Pub	Inscrição
3/1	1		110 51 07 0209 0142-000
Período de Consumo			Dias Consumo
16/10/2015			32
Histórico de Consumo			
Mês/Ano	Lectura	Consumo	Ocor.
05/15	647	15	0
06/15	661	14	0
07/15	676	15	0
08/15	693	17	0
09/15	709	16	0
10/15	724	15	0
11/15	737	13	0
Forma de Faturamento <b>FATURADO P/ CONSUMO NORMAL</b>			
Cod. Responsável	902960156	Código da Tarifa	01
Consumo Médio	Cor. Fixo Água	Cor. Fixo Esgoto	
15			
Consumo	Consumo Faturado		
12	13		

DESCRIÇÃO DA FATURA		
Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)
ÁGUA		36,49
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001		0,77
JUROS DE MORA 001/001		1,91
MANTENÇAO HIDROMETRO		0,95

VENCIMENTO 25/11/2015 TOTAL A PAGAR (R\$) 40,12  
AVISO DE DEBITO! CONTAS: 4 VALOR: R\$207,89  
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVICO SERA SUSPENSO 30 DIAS APOS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORTARIA 291/2011-MSC							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Glic.	pH	Ferro	Colif/Totais	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	1,0	15	3,0	7,0 a 9,5	0,3	Ausente	Ausente
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	322	89	222	89	322		
Nº Amostras Realizadas	375	135	375	121	375		
Nº Amostra que Atende Legislação	374	135	374	135	374		
Valor Médio							
Conclusão	PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RESERVATÓRIOS GENEALMENTE.						
Mensagens							

AGESPISA	Inscrição
Aguas e Esgotos do Piauí S/A	110 51 07 0209 0142-000
Atendimento ao Consumidor 08000 86 8888	AG= 18
Matrícula	Referência
2314648-5	NOV/2015

VENCIMENTO 25/11/2015 TOTAL A PAGAR (R\$) 40,12  
82670000000-1 40120001822-4 31464861120-1 15000000001-1



ARUANA SEGUROS  
05 JAN 2016

JK1

**DOCUMENTO 1 \*T1%\***



RCHLO  
BIACHUELO

MIDWAY  
FINANCEIRA



<http://www.ijerph.org>

CTCE FORTALEZA CE PL6

NELLE R S MARQUES  
AVEN MIGUEL ROSA 2545  
CENTRO TERESINA PI  
64001-495



7211050330087300000001368230121015



Data da Postagem: 12/10/2015  
Data do Vencimento: 20/10/2015  
DIG/119205

A rectangular stamp with a double-line border. The word "ARUANA SEGUROS" is printed in a bold, sans-serif font along the top edge. Along the bottom edge, the date "05 JAN 2015" is stamped in a slightly smaller font.

15



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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Nelle Rose Soares Marques, portadora(a) do RG nº 4.359.262, expedido por SSP - PI, em 23/09/14, CPF/CNPJ nº 840.173.173-94, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Edmilson José da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Imobilizado da vítima Edmilson José da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou-se. Renda Mensal: R\$ Recusou-se

Documentos comprobatórios: Rg e CPF

x Nelle Rose Soares Marques  
 ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francilenis Soares de Souza,  
 RG nº 1.554.537, data de expedição 09/07/01,  
 Órgão SSP / P.F., portador do CPF nº 621.467.263-34 com  
 domicílio na cidade de Teresina, no Estado de  
Piauí, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Major Sebastião Saraiva, nº 2232  
 complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Edmilson José da Silva, cujo o condutor era  
-Edmilson José da Silva-.

Veículo: Moto-eletricita  
 Modelo: HONDA / CG 125 PAN  
 Ano: 2008  
 Placa: NHT 5859  
 Chassi: 9C2J3070BR248317  
 Data do Acidente:  
 Local e Data: 18/12/2015

Francilenis Soares de Souza

Assinatura do Declarante

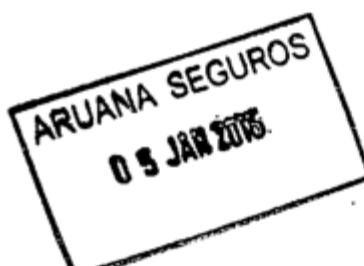
Edmilson José da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**NATHALIA BUCAR** 2º Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis,  
 Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas  
 Rua David Caldas, 1677/P - Teresina-PI - Fone: (86) 3221-7090 - e-mail: nataliabucar@nataliabucar.com.br  
 Bel® Lysia Bucar Lopes de Sousa - Titular

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCILENIS  
 SOARES DE SOUZA. DOU FE. EM TEST. SOUZA DA VERDADE  
 TERESINA-PI, 18/12/2015.

MARIA ELVIRA CARDOSO SOUSA-Escrivente  
 Esol.:3,18 TJ:0,32 Selo:0,10 Total:3,60 (8)



2



**med  
imagem**

Emissão: 13/10/2015 14:14:05  
Página...: 1/1

Nome **EDMILSON JOSE DA SILVA**  
Sexo MASC Idade 57 anos RG 291837 SSPI  
Médico KEYLLA BACELAR  
Data 13/10/2015 14:14:05  
Código 1065651.08

**DOCUMENTO 5 \*T5%\***

**RX DIGITAL DO OMBRO ESQUERDO (02 INC.)  
(RD) (CL)**

**ACHADOS:**

Estrutura óssea: com densidade e textura normais.  
Redução do espaço articular acrômio-clavicular, com osteófitos marginais.  
Esporão subacromial.

**CONCLUSÃO:**

1. ARTROSE ACRÔMIO-CLAVICULAR;
2. ESPORÃO SUBACROMIAL;
3. Ausência de outras anormalidades detectáveis pelo método.



**Dr. Roberto Cesar Teixeira Dantas**  
CRM 4619



Rua Paissandu, 1862 - Teresina - Piauí  
Fone: (86)3131.1234 Fax: (86)3223.4826  
E-mail: falecom@medimagem.com.br  
Visite nosso site: www.medimagem.com.br

5



## PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS

**DATA:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## **RELATÓRIO**

NOME:	<u>Fernanda Teles dos Prazeres</u>	PRONTUÁRIO: <u>106565103</u>
DIAGNOSTICO:	<u>Cancer T- MIT</u>	CONVÉNIO: <u>Hospital</u>
TRATAMENTO:	<u>Treated on 2014 Jul 06</u>	
PROCEDÊNCIA:	<u>RAIOS X:</u>	

## **DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO**

OTAKA KROKOSUZU A.D.

**Dr. José Augusto S. S.**  
ORTOPEDIA ESPECIALIZADA  
CIRURGIA DE  
101  
**ORTOPEDISTA - C.R.M.**

**ORTOPEDISTA: - C.R.M**

## SALA DE GESSO

MATERIAIS	UNID	QUANT.	MATERIAIS	UNID	QUANT.	SOLUÇÕES	UNID	QUANT.
LUVAS N°	PAR		SALTO ORTOPÉDICO			ÉTER	ML	
LUVAS N°	PAR		TALA METÁLICA			P.V.P.I DEGERMANTE	ML	
ATAD. ALGODÃO ORTOPÉDICO CM	UNID		LÂMINA BISTURI			P.V.P.I TÓPICO	ML	
ATAD. ALGODÃO ORTOPÉDICO CM	UNID	03				ÁGUA OXIGENADA	ML	
ATAD. ALGODÃO ORTOPÉDICO CM	UNID							
ALGODÃO HIDRÓFILO	GRAMA							
ATAD. CREPON 9 CM	UNID	02						
ATAD. CREPON CM	UNID							
ATAD. GESSADA CM	UNID							
ATAD. GESSADA 15 CM	UNID	03						
ATAD. GESSADA CM	CM							
MALHA TUBULAR 10 CM	CM	100						
GAZE 7,5 X 7,5 ENVE LOPE								
ESPARADRAPO CM		80						

**ARUANA SEGUROS**  
05 JAN 2018

ASSINATURA (TÉC. GESSO)

# REQUISIÇÃO DE PARECER

PRONT.	10565
CONVÉNIO	
APTO/LEITO	

NOME

Edmilton José de Silva

DA CLÍNICA

Médica

A CLÍNICA

Otopediatra

MOTIVO DA CONSULTA: (Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os principais sintomas do paciente)

Paciente vítima de acidente motociclistico, com fratura em pé esquerdo. solicito avaliação do ortopedista.

AC 1.10.1. 2015

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

REQUISITANTE: DR. MECANICO  
 DR. MECHAG 104 20150-000  
 16:40h 10/10/2015  
 Foi feita a observação por  
 longos períodos.

DR. MECHANICO constatou  
 que o paciente é D. José Mecha  
 com antecedentes  
 antroposóficos  
 e comum.  
 O paciente  
 Aconselhou

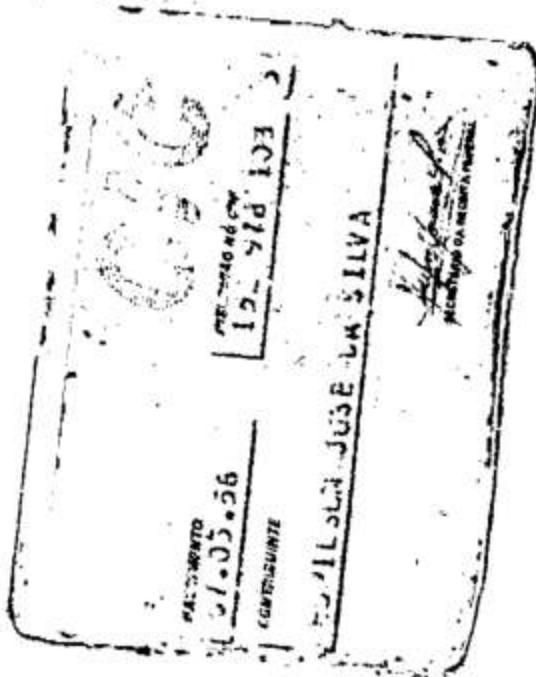
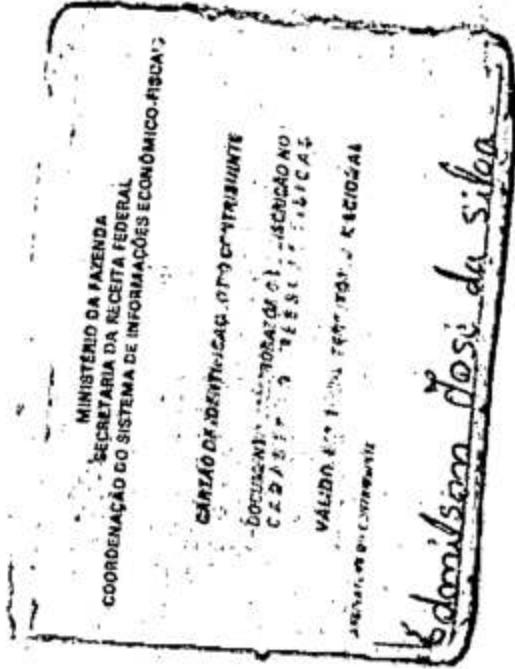
ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



DOCUMENTO 6 \*T6%\*



8



A rectangular stamp with a double-line border. The word "ARUANA SEGUROS" is printed vertically along the left side. At the bottom, the date "05 JAN 2018" is stamped diagonally from the bottom-left towards the top-right.



DOCUMENTO 3 \*T3%



ARUANA SEGUROS  
03 JAN 2016

J 7

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIÁGEM TERRESTRE, OU POR SUA CARGA PESSOAS TRANSPORTADAS, OU NÃO, SEGURO DPVAT.**

MA N° 9880514608	BILHETE DE SEGURO DPVAT
	EXERCÍCIO 2015
CPF CNPJ 621.467.263-34	PLACA NHT5859
11500128985186	
BILHETE DE SEGURO DPVAT	
MA N° 9880514608	EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 13/03/2015

1 <sup>º</sup>		SE 1 467 263-34	NKT5359
ALUNAVAN		MARCA MODELO	
128089/56		HONDA/CG 125 FAN	
ANOTAS		NÚMERO CHASSIS	
2008 69		9C2JC30708R2-B317	
PRÊMIO TARIÉRIO			
VALOR R\$ 100,00		VALOR DO SENHORIO R\$ 143,36	
CUSTO DE R\$ 4,15		292,01	
1 COTA DE CA		DATA DE CUSTAÇAO 02/15	

**Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A**

CNPJ: 09.248.608/0001-04

**DOCUMENTO 7** \*T7%\*

**ARUANA SEGUROS**  
**05 JAN 2015**

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

## OUTORGANTE:

Nome: Edmilson José da Silva  
 Nacionalidade: Brasileiro  
 Estado Civil: Solteiro  
 Identidade: 291 837  
 CPF: 152.978.103-53  
 Profissão: virgilante  
 Endereço: Rua major sebastião Savoiva 22324  
 CEP: 64.056-530  
 Telefone: (11) 861 9921 1202 7234 2315

## OUTORGADO:

Nome: Nelle Rose Soares Marques  
 Nacionalidade: Brasileira  
 Estado Civil: Solteira  
 Identidade: 840 173 173 91  
 CPF: 840 173 173 - 91  
 Profissão: Recepcionista  
 Endereço: Av. Miguel Rosa 2545  
 CEP: 66-001-095  
 Telefone: (11) 861 3221 - 5607 9548 8300

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

18/12/2015

Local e data

ARUANA SEGUROS  
05 JUN 2016Edmilson José da Silva

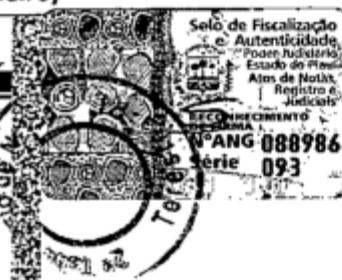
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

NAILA BUCAR S 2º Tablonotário de Notas e Registro de Imóveis,  
 Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas  
 Rua David Caldas, 167/1N Teresina-PI - Fone: (86) 3221-7090 email:lysiabucar@nailabucar.com.br  
 Bel\* Lysia Bucar Lopes de Sousa - Titular

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EDMILSON JOSE DA SILVA, DOU FE, EM TEST. SOR DA VERDADE.  
 TERESINA-PI, 18/12/2015.

MARIA ELVIRA CARDOSO SOUSA-Escrivente  
 Ead.: 3,18 TJ:0,32 Selo:0,10 Total:3,60 (8)



J8



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Edmilsan José da Silva  
PORTADOR(A) DO RG Nº 291.837

EXPEDIDO POR \_\_\_\_\_

EM \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ E

CPF 05298803-53 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044-2 N° da CONTA (com dígito, se existir) 8.645-4

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

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

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

Teresina, 21 de Dezembro de 2015. Edmilsan José da Silva

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ARUANA SEGUROS  
11.3.2016

## ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

*Corrente.*

11/12/2015 BANCO DO BRASIL 12.35.26  
004413864 9.000

SALDO DE CONTA CORRENTE  
PARA SIMPLES CONFERENCE

CLIENTE: EDMILSON JOSE DA SILVA  
AGENCIA: 0044-2 8.675-4

=====

SALDO 784.550

=====

LIMITE 800,00  
DISPONIVEL 15.450  
JUROS 16,00 IGF  
TV P/ ECO FINANCIR 3,65  
16.774



52



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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.005755/2015-53

Unidade Policial: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Esp. pelo Registro: Almiralice Ribeiro Lebre Carlos

Data/Hora: 11/12/2015 - 13:47

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável	Data/Hora
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO	12/10/2015 - 16:40
Tipo Local	
VIA PÚBLICA	
Município	Bairro
TERESINA	PIÇARREIRA
Endereço	
RUA CAPITÃO VANDERLEI, Nº:	
Complemento	Ponto de Referência

### DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EDMILSON JOSÉ DA SILVA ( 57 ANOS)	Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante
Endereço: RUA MAJOR SEBASTIÃO SARAIVA, Nº 2232	
Bairro: PIÇARREIRA	DOCUMENTO 1
Cidade: TERESINA	TT1%*
Telefone(s): 86-9921-1202	

### NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

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

### RELATO DA OCORRÊNCIA

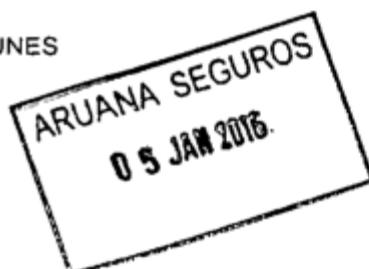
O NOTICIANTE VEIO COMUNICAR QUE CONDUZIA A MOTO HONDA/CG 125 FAN , ANO 2008, PLACA NHT-5859, PROPRIETÁRIA FRANCILENIS SOARES DA SOUSA , CPF 62146726334, RELATA O NOTICIANTE QUE TRAFEGAVA NA CITADA RUA, QUANDO UM MOTOQUEIRO EM ALTA VELOCIDADE , QUANDO CHEGOU NO QUEBRA MOLA , PERDEU O CONTROLE E BATEU NA MOTO DA VITIMA, ONDE O MESMO CAIU, LESIONADO FOI SOCORRIDO POR TERCEIRO E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DO PRONTOMED, CONFORME GUIA 58885358, FATO TESTEMUNHADO POR PAULO CESAR CHAVES SANTOS, CPF 47436948534. AS DECLARAÇÕES SÃO DE RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Almiralice Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616  
AGENTE DE POLÍCIA

Edmilson José da Silva  
EDMILSON JOSÉ DA SILVA ( 57 ANOS) - Noticiante  
Responsável pela Informação

CASSANDRA DE MORAES SOUSA NUNES

Delegado de Polícia





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Edmilson José da Silva,  
 portador da carteira de identidade nº 293 837 e inscrito no CPF/MF  
 sob o nº 152.978.103-53 residente e domiciliado na Rua Major  
Sebastião Saracino - Picarreira nº 2232 A

Cidade Teresina, Estado PI, declaro, sob as penas  
 da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para  
 os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

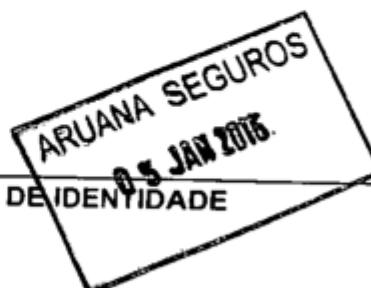
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante conforme documento de identificação

Local: Teresina, PI Data 21.12.2015

Edmilson José da Silva

ASSINATURA: COMO NO DOCUMENTO DE IDENTIDADE



2

Paciente EDMILSON JOSE DA SILVA  
 Convênio MEDPLAN  
 Plano EMPRESA  
 Titular  
 Nascimento 07/05/1958  
 Endereço RUA MAJOR SEBASTIÃO SARAIVA 2232  
 PIÇARREIRA 1  
 Teresina/PI  
 Telefone 8632342315

Código 1065651.01  
 Matrícula 20866500  
 Sexo Masculino  
 Profissão  
 E. Civil Casado(a)  
 Idade 57 anos  
 CI 291837/SSPI  
 Médico KEYLLA BORGES BACELAR DE CARVALHO  
 Histórico Em pronto socorro

Data Atd. 12/10/2015 17:34:00  
 Guia 58885358  
 Senha 58885358  
 Local consultórios (02)  
 Tipo 4.Peq.Atend.  
 Resp  
 Recepção RANIELSOND

**Quadro Clínico**

Paciente vítima de acidente motociclistico comparece ao consultório com ferimento em pé esquerdo e dor em ombro esquerdo. nega outras queixas. nega hipertensão e diabetes. paciente em bom estado geral, eupneico, acianótico, anicterico, afebril, hidratado, normocorado, orientado e consciente.

**Exames Solicitados****Diagnóstico**

acidente

**Conduta**

limpeza e sutura



Prescrição	Horário	Enfermagem/Observação
Dipirona- 1 ampola, EV + AD, agora Tilitil 20mg - 1 amp+ AD IV	13:40 Juliano	Vidro - dipirona - 1 amp + ord iv.  13:40 Juliano
		Vidro tilitil 20mg - 1 amp + ord iv

Ass. Médico

Keylla Bacelar  
CRM  
CRB

Ass. Enf \_\_\_\_\_

**Consumo de Material**

Material	Quant	Material	Quant	Material	Quant	Material	Quant
Luvas		Seringa ml		Lanc. p/ Glicemia		Espiradrapo	
Aguilha 45 x 12		Seringa ml		Gazes		Micropore	
Aguilha		Seringa ml		S.Fisiológ. ml		Alcool 70%	
Scalp		Fita p/ Glicemia		Pomada/Creme		Bola de algodão	

Teresina-PI, 12/10/2015

Destino do Paciente

Ass. Paciente ou Responsável

( ) Internação ( ) Observação ( ) Alta ( X ) Outros

ARUANA SEGUROS  
05 JAN 2015

3