

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: 10/11/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000046747-0

Nr. da Autenticação 899F9C726B845E10

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Edmirson Lima de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 371.5535 e inscrito no CPF/MF sob o nº 546.625.084-87, residente e domiciliado na Rua Sérgio, nº 10, Estado Pernambuco, 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 a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Edmirson Lima de Oliveira

Assinatura do declarante

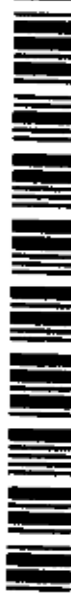
conforme documento de identificação

Recife 20 Outubro 2014

Local e data

UU IMLUS

ACHATU



A

27 OUT 2014

Ass.

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
 Nº 010980718852

VIA 35270535
 COD. RENAVAM 35270535
 ANO EXERC. 2014

NOME DO PROPRIETARIO: JOSE ANTONIO PINHEIRO DE SOUZA
 PLACA: OLINHA - PE 2389
 CHASSI: 335.702.854.07
 COMBUSTIVEL: GASOLINA

ANO FAB: 2011
 ANO MOD: 2011

MARCA/MODELO: HONDA CG 125 FAN E3
 CATEGORIA: PARTIC
 CAP/POT/CIL: 22/12401

COTA UNICA: 1
 IPVA 2014: QUITADO
 PARCELAMENTO/COTAS: 1

FAIXA IPVA: 1
 PREMIO TARIFFARIO (R\$): 104,11
 SEGURO: PAGO

PREMIO TOTAL (R\$): 104,11
 DATA DE PAGAMENTO: 10/10/2014

OBSERVAÇÕES: CRED. FIN. INV. 1

AL. EID: ACPL. AV. MORE

LOCAL: LOCAL

DUT

1004032



ARUANA
 27 OUT 2014
 Ass.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu Edmilson Lima de Oliveira

RG nº 3715535 data de expedição 1/1 Órgão SDS IPT

CPF nº 546.625.084.87 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/Praca)	<u>Rua Siqueira</u>
Número	<u>10</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Quarta Prata</u>
Cidade	<u>Alinda</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>53310-270</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 8679-9392</u> <u>(81) 8852-8406</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife 20 Outubro 2014

Assinatura do Declarante: Edmilson Lima de Oliveira

UNION INTEGRAL DE TELECOMUNICAÇÕES

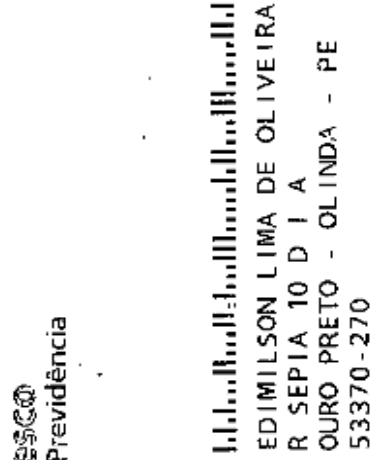


ARUANA

ARUANA

OUT 2014

Ass.



01528830210213

Ass.

72389

6.7.2014

Imaginologia



24 HORAS - OLINDA
Sema de Internacao
a de Urgencia e Emergencia

Idadimento: 674438 Data: 20/06/2014 Hora: 21:02
CO: CLINICO - PLANTONISTA CLINICA GERAL

Paciente: 234166 EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA
Idade: 43a 5m 19d
Idadimento: 31/12/1970 - RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA

RG.: 53370270
Sexo: Masculino
Pai.:
RG.: OURO PRETO - Cep.: 53370270

RG.: 30230848
Fone: 30230848
Fone: 30230848

OLINDA PE
SUS - PRONTO ATENDIMENTO

RESUMO DE TRATAMENTO

RESUMO DE TRATAMENTO

ALTURA:

TEMPERATURA:

HORA:

SO:

EXIA PRINCIPAL:

NOME FISICO:

HIPOTHESE DIAGNOSTICA:

CONDUITA TERAPEUTICA:

EVOLUCAO:

DESTINO:

Encaminhado ao Ambulatório() Residência() Internamento() Transferido()

Medico CRM:

Supervisor CRM:

Controle de Infeccao - Agua, Sabao e Bom Senso.

Dr. Debora Contador

Médica

CRM 19288

ARUANA

27 OUT 2014

ASS.

20/06/2014 20:59

Nome Paciente:

EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

Cód. Paciente:

Data de Nascimento: 31/12/1970

Sexo:

Masculino

Idade:

43

Senha:

0389

Convênio:

Atendimento:

20/06/2014 20:59 - ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAZIDO PELOS BOMBEIROS COM HISAT DE QUEDA DE MOTO COM DOR EM TORACICA

Exatidão:

NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma:

DOR TORÁCICA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

Especialidade:

CLINICA GERAL

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

Recursos Utilizados:

Intervenções Salva

vida:

Situações de Alto

Risco:

Acolhido(a) por: ALEXSANDRA DA SILVA FERREIRA

Data: 20/06/2014 20:59

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA

GREGÓRIO BEZERRA

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DA FICHA DE ATENDIMENTO

Eu, Edimilson Lima da Oliveira
(estado civil) —, RG de nº 3715535, residente
na Rua Sepia, 10 Olinda Pato
Olinda Fone: 8852-8404

Data de nascimento 31/12/70

Solicito uma cópia da ficha de atendimento do dia 20 de
06 de 14, na especialidade de —
OMI

Nesta unidade de pronto atendimento.

Edimilson Lima
Paciente

OBS.: Solicitar declaração
de comparecimento

Entrega 015 dias
Olinda, 20 de 09 de 20 14

ARUANA

27 OUT 2014

Ass.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014922384

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

Data do acidente: 20/06/2014

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma em região torácica sem fratura

Descrição do exame médico pericial: Desconforto torácico residual.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador

Sequelas permanentes: DANO RESIDUAL EM ESTRUTURAS TORÁCICAS

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/11/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Fabio Gonçalves de Rueda

CRM do médico: 14214

UF do CRM do médico: PE

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
Lesões com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100 %	Em grau residual - 10%	10 %	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2014

Carta nº: 5564061

A/C: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

Sinistro: 2014922384
Vítima: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 20/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2014

Carta nº: 5685988

A/C: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

Sinistro: 2014922384
Vítima: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 20/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000917**

Conta: **0000046747-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Edmilson Lima de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sépia, 10
Ouro Preto Olinda PE CEP: 53370-270
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 3715535
Data local do exame: [06/11/2014] Recife [PE]

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)

Trauma em região torácica sem fratura.

- 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.

Tratamento conservador.

- 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.

Desconforto torácico residual.

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

Lesão torácica.

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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. Fabio Gonçalves
Cirurgia Cardiovascular
CRM-PE 14214