

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, Eduardo Henrique da Oliveira, portador da carteira de identidade nº 374.553.5 inscrito no CPF/MF sob o nº 5.46.625.084-87, residente e domiciliado na Rua Seputá, 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.

Eduardo Henrique da Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Flórida 20 (Anita Bezerra 2014)

Local e data

UOLHUS

1100029



A

27 OUT 2014

Ass. _____

Nº 010980918852

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2014

CONHECIMENTO N.º 35205321	DATA 27/05/2014
NOME: JOSE MARIA DE SOUTO	
OLIMPIA	
PLACA PEY2389	
CHASSIS PEY752679	
PLACA ANT. PEY2389	
COMBUSTIVEL: CARBONINA	
CORPO DOMINANTE: VETROBLITZ	
ANO FAB. 2011	
ANO MFG. 2011	
TIPO: MOTOCICLETA	
MARCA/ MODELO: HONDA CG 125 FAN ES	CATEGORIA: PAR/M/C
CAP/ POT/ CIL:	VENC./ COTA
25 / 1240	VENC. COTA UNICA
COTA UNICA QUITADA	
IPVA 2014	PARCELAMENTO / COTAS
P. FAFA IPVA	PREMIO TORNEIO (R\$)
V	DATA
A	PREMIO TORNEIO (R\$)
SEGURTO: PAGO	OBSERVAÇÕES
ACEF. ANDORE	CRED. FIN. INV.
AL. EID	LOCAL

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2014

CONHECIMENTO N.º 35205321	DATA 27/05/2014
NOME: JOSE MARIA DE SOUTO	
OLIMPIA	
PLACA PEY2389	
CHASSIS PEY752679	
PLACA ANT. PEY2389	
COMBUSTIVEL: CARBONINA	
CORPO DOMINANTE: VETROBLITZ	
ANO FAB. 2011	
ANO MFG. 2011	
TIPO: MOTOCICLETA	
MARCA/ MODELO: HONDA CG 125 FAN ES	CATEGORIA: PAR/M/C
CAP/ POT/ CIL:	VENC./ COTA
25 / 1240	VENC. COTA UNICA
COTA UNICA QUITADA	
IPVA 2014	PARCELAMENTO / COTAS
P. FAFA IPVA	PREMIO TORNEIO (R\$)
V	DATA
A	PREMIO TORNEIO (R\$)
SEGURTO: PAGO	OBSERVAÇÕES
ACEF. ANDORE	CRED. FIN. INV.
AL. EID	LOCAL



ARUANA

27 OUT 2014

Ass. " " "

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Eduardo Lima de Oliveira,
RG nº 37.455.352, data de expedição / /, Órgão SDS/PGC,
CEP nº 546.625-006-87 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 comprovatório em nome
de terceiro.

Logradouro	<u>Rua Sapeaç</u>
Rua/Avenida/Praca)	
Número	<u>10</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Quintas Penteis</u>
Cidade	<u>Aracaju</u>
Estado	<u>Alagoas</u>
CEP	<u>53.310-230</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 8639-9393 (81) 8852-8406</u>
E-mail	

Por ser verdade, fimo-me.

local e Data: Recife 20 Outubro 2014

Assinatura do Declarante: Eduardo Lima de Oliveira

Verificada a autenticidade da assinatura
PROFESSOR FEDERAL DE ALAGOAS
Ass.:

ARUANA
UNIVERSITÁRIO
OUT 2014
E-4/ARUANA
Ass.



Bradesco

Vida e Previdência

EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA
R SEPIA 10 D 1 A
OURO PRETO - OLINDA - PE
53370-270

015292V 01528830270213



015292V

ARUANA

27 OUT 2014

ASS.

UPA 24 HORAS - OLINDA

Protocolo - Classificação de Risco

10/06/2014 20:59

UPA 24 HORAS; OLINDA
URGENCIA EMERGÊNCIA

SENHA: 0389

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 - ALEXANDRA DA SILVA FERREIRA - COREN: 138761 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: URGÊNCIA ATENÇÃO Cor: AMARELO
Deseixa Principal: TRAZIDO PELOS BOMBEIROS COM HISAT DE QUEDA DE MOTO COM DOR EM TORACICA

Observação: 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: ALEXANDRA 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, Eduardo Sávio da Cunha,
(estado civil) —, RG de nº 3715535, residente
na Rua Sávia, 10 Olinda Pernambuco.
Fone: 8852-8401

Data de nascimento 31/12/70

Solicito uma cópiada ficha de atendimento do dia 20 de
06 de 14, na especialidade de
Oncol.

Nesta unidade de pronto atendimento.

Eduardo Sávio da Cunha
Paciente

OBS: Solicito para dictar respectivo
de compromisso imediato
Entrega Olinda, 20 de 09 de 2014
15 horas

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
causando 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 inicio 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 n°: 5685988

A/C: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

Sinistro: 2014922384
Vitima: 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%

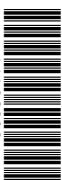
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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 Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Edimilson 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?
- 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?
- 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)?

- 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):

Região Corporal (Sequela):

Lesão torácica.

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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

