

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 médico pericial: Ao exame apresenta diminuição intensa da amplitude funcional do ombro esquerdo e média do 5º pododáctilo 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%.

Sequelas: 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
Total			23,75 %	\$3,206.25

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2016

Carta nº: 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.

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



**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
Piçarra 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"

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):

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) 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: 000000008675-4

Nr. da Autenticação B46B1443229858DE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edmilson José da SilvaRG nº 294.837, data de expedição / / Órgão , CPF nº 152.978.103-53, 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)
Rua: <u>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 / 99949-3100</u>
E-mail

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Teresina, 21 de Dezembro de 2015.Assinatura do Declarante: Edmilson José da SilvaARUANA SEGUROS
05 JAN 2016

Fatura Mensal

MATRÍCULA 2314648-6		Hidrometro Y10NS93642		Referência NOV/2015																																	
Nome/Razão Social/Endereço EDMILSON JOSE DA SILVA RUA MAJOR SEBASTIAO SARAIVA, 2232A PICARREIRA TERESINA 64056530																																					
Situação Água/Esgoto: 3/1 Res: 1 Categorias de Uso: Com, Ind, Pub Inst. % AG: 110 51 07 0209 0142-000																																					
Período de Consumo		Dias Consumo																																			
16/10/2015		17/11/2015 32																																			
Histórico de Consumo <table border="1"> <thead> <tr> <th>Mês/Ano</th> <th>Leitura</th> <th>Consumo</th> <th>Ocorr.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>05/15</td><td>647</td><td>15</td><td>0</td></tr> <tr><td>06/15</td><td>661</td><td>14</td><td>0</td></tr> <tr><td>07/15</td><td>676</td><td>15</td><td>0</td></tr> <tr><td>08/15</td><td>693</td><td>17</td><td>0</td></tr> <tr><td>09/15</td><td>709</td><td>16</td><td>0</td></tr> <tr><td>10/15</td><td>724</td><td>15</td><td>0</td></tr> <tr><td>11/15</td><td>737</td><td>13</td><td>0</td></tr> </tbody> </table>						Mês/Ano	Leitura	Consumo	Ocorr.	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
Mês/Ano	Leitura	Consumo	Ocorr.																																		
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 FATURADO P/ CONSUMO NORMAL																																					
Cod. Responsável 902960156		Código da Tarifa 01																																			
Consumo Médio 15	Consumo Fio Água	Consumo Fio Esgoto																																			
Consumo 12	Consumo Faturado 13																																				
DESCRIÇÃO DA FATURA <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cód.</th> <th>Nome do Serviço</th> <th>Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AGUA</td><td></td><td>36,49</td></tr> <tr><td>MULTA IMPONTUALIDADE 001/001</td><td></td><td>0,77</td></tr> <tr><td>JUROS DE MORA 001/001</td><td></td><td>1,91</td></tr> <tr><td>MANUTENCAO HIDROMETRO</td><td></td><td>0,95</td></tr> </tbody> </table>						Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)	AGUA		36,49	MULTA IMPONTUALIDADE 001/001		0,77	JUROS DE MORA 001/001		1,91	MANUTENCAO HIDROMETRO		0,95																	
Cód.	Nome do Serviço	Valor (R\$)																																			
AGUA		36,49																																			
MULTA IMPONTUALIDADE 001/001		0,77																																			
JUROS DE MORA 001/001		1,91																																			
MANUTENCAO HIDROMETRO		0,95																																			

VENCIMENTO 25/11/2015 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 40,12

AVISO DE DÉBITO: CONTAS: 4 VALOR: R\$207,89
CONFORME LEI FEDERAL 11.445/2007 O SERVIÇO SERÁ SUSPENSO 30 DIAS APÓS VENCIMENTO.

CONTROLE DE QUALIDADE DE ÁGUA CONFORME PORT 2011/2011-MG							
Parâmetros	Turbidez	Cor	Cloro	pH	Ferro	Coliformes	Escherichia Coli
Valor Máximo Permitido	5,0	15	0,5	6,5 a 8,5	0,3	Ausente	Ausente
Nº Máximo de Amostras Exigidas	322	89	275	89	322		
Nº Amostras Realizadas	375	135	375	135	375		
Nº Amostra que Atende Legislação	374	135	374	135	374		
Valor Médio							
Condição	PRESERVE A QUALIDADE DA ÁGUA. LAVE OS RECIPIENTES SEMESTRALMENTE.						
Mensagens							

AGESPISA Águas e Esgotos do Piauí S/A Atendimento ao Consumidor 0800 66 8888		Inscrição 110 51 07 0209 0142-000	AG= 18
Res. 1	Categorias de Uso Com, Ind, Pub	Matrícula 2314648-6	Referência 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

JK

DOCUMENTO 1 *T1%*



- | | |
|---|---|
| ☐ Recusado | ☐ Int. Escrita pelo Porteiro/Sindico |
| ☐ Desconhecido | ☐ Falado |
| ☐ Não Existe Nº Indicado | ☐ Ausente |
| ☐ Endereço Inadequado | ☐ Não Procurado |
| ☐ Mudou-se | ☐ CEP |
| ☐ | ☐ Outros |

Assinatura do
Entregador:

Reintegrado ao
Serviço Postal em:

PARA USO DO CORREIO

Remetente: Caixa Postal 79594 - CEP 05181-971 São Paulo SP

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

RCHLO
RIACHUELO

MIDWAY
FINANCEIRA



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



15



DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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

² 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 Roze Soares Marques, portador(a) do RG nº 4.119.262, expedido por SSP - PE, em 23/09/14, CPF/CNPJ nº 840.173.173-91,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Edmilson José da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Imobiliz da vítima Edmilson José da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Revisor de Renda Mensal: R\$ Revisor de

Documentos comprobatórios: Rg e CPF

x Nelle Roze 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/PE, 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: motocicleta
 Modelo: HONDA / CG 125 PAN
 Ano: 2008
 Placa: NHT 5859
 Chassi: 9C2JC3070BR2U8317
 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)

NAILA BUCAR 2ª Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis,
 Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas
 Rua David Caldas, 167/N. Teresina-PI - fone: (86) 3221-7090 e-mail: nylabucar@nailabucar.com.br

Bel Lysia Bucar Lopes de Sousa - Titular

RECONHEÇO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: FRANCILENIS
 SOARES DE SOUZA. DOU FE. EM TEST. 022 DA VERDADE
 TERESINA-PI, 18/12/2015.

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



2



Emissão: 13/10/2015 14:14:05

Página...: 1/1

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



**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.



Roberto Dantas
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: Anderson Leal da SilvaPRONTUÁRIO: 1065651-03DIAGNOSTICO: fratura f. MITCONVÊNIO: MediplanTRATAMENTO: Imobilização com 2014 bolacha

PROCEDÊNCIA:

RAIOS X:

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

O TALA METÁLICA A EDr. José Augusto da
ORTOPEDIA ESPECIAL
CRM-123456
107

ORTOPEDISTA: - C.R.M.

SALA DE GESSO

MATERIAIS	UNID	QUANT.	MATERIAIS	UNID	QUANT.	SOLUÇÕES	UNID	QUANT.
LUVAS Nº _____	PAR		SALTO ORTOPÉDICO			ÉTER	ML	
LUVAS Nº _____	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 <u>15</u> CM	UNID	<u>03</u>				ÁGUA OXIGENADA	ML	
ATAD. ALGODÃO ORTOPÉDICO _____ CM	UNID							
ALGODÃO HIDRÓFILO	GRAMA							
ATAD. CREPON <u>9</u> CM	UNID	<u>07</u>						
ATAD. CREPON _____ CM	UNID							
ATAD. GESSADA _____ CM	UNID							
ATAD. GESSADA <u>15</u> CM	UNID	<u>03</u>						
ATAD. GESSADA _____ CM	CM							
MALHA TUBULAR <u>10</u>	CM	<u>100</u>						
GAZE 7,5 X 7,5	ENVELOPE							
ESPARADRAPO	CM	<u>80</u>						

ARJANA SEGUROS
05 JAN 2010

ASSINATURA (TÉC. GESSO)

6

REQUISIÇÃO DE PARECER

PRONT. 1065651

CONVÊNIO

APTO/LEITO

NOME

Edmilson José da Silva

DA CLÍNICA

Médica

A CLÍNICA

Ortopedia

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

Paciente vítima de acidente motorístico, com fratura em pé esquerdo. solicita avaliação do ortopedista.

16/10/2015

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

paciente com queixa de dor no pé esquerdo desde o acidente motorístico ocorrido em 16/10/2015. Foi realizado exame físico e radiográfico, constatando-se fratura de 1º metacarpo do pé esquerdo. Recomenda-se tratamento cirúrgico com redução e fixação com placa e parafusos.

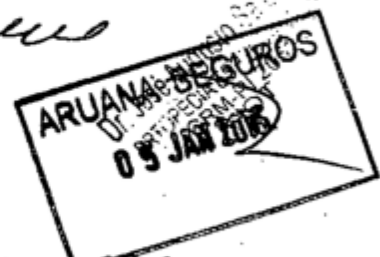
Após - Realizar cirurgia com anestesia geral e antibioticoprofilaxia.

Recomenda-se internação em UTI para monitorização e analgesia.

Ortopedia

Assinatura do Médico Especialista

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



DOCUMENTO 6

T6%



ARUANA SEGUROS
09 JAN 2015

PAGOAMENTO
 01.05.06
 CONTRIBUINTE
 12-718-103
 JUIZ DE PAZ
 JUIZ DE PAZ
 JUIZ DE PAZ

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
 COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS
 CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE
 DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE
 C.D.I. Nº 12-718-103
 VALIDADE: 12/05/2006
 JUIZ DE PAZ
 JUIZ DE PAZ
 JUIZ DE PAZ

ARUANA SEGUROS
 05 JAN 2006



DOCUMENTO 3 *T3%*



ARUANA SEGUROS
05 JAN 2015

57

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

11500128785186 Nº 9880514608
DETRAN - MA
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD RENAVAM - BAIRRO - EXERCÍCIO
1 128785186 2015

FRANCOIS DE SOUZA

621 467 263-34 NHT5859

PLACA ANT. - CHASSI
NHT5859 902JC30708R2-BG17

FAS/MPTOC - COMBUST. EL. GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN 2008 2008

CAP. POT. cil. - CATEGORIA - DUR. REL. DOMINANTE
00002F/0124 C PARTIC. C/ZA

I	27/03/15	1-0-0-0-0-0
P		
V		
A	01	0,00

PREMIO TAR. - CUSTO DO SEGURO
286,00 143,38

SEGURO OBRIGATORIO

DOCUMENTO DE FORTÉ OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

IMON-MA

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

MA Nº 9880514608 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO

2015

PLACA

NHT5859

CPF CNPJ

621.467.263-34

11500128785186

BILHETE DE SEGURO DPVAT

MA Nº 9880514608

EXERCÍCIO

2015

DATA EMISSÃO

13/03/2015

VIA - CPF CNPJ - PLACA
1 621 467 263-34 NHT5859

RENAVAM - MARCA MODELO
128785186 HONDA/CG 125 FAN

ANOS - DATA - CHASSI
2008 09 902JC30708R2-BG17

PRÊMIO TARIFARIO

PREMIO TAR. - CUSTO DO SEGURO
286,00 143,38

CUSTO DO SEGURO - CUSTO DO SEGURO
4,15 1,11 292,01

COTA UNICA - PARCELADO
12/02/15

Seguradora Lider dos Consorcios
de Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

DOCUMENTO 7 "T7%"



ARUANA SEGUROS
09 JAN 2015

50

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 Saraiva 22324
CEP: 64.056530
Telefone: (11) 861 9921 1202 2234 2315

OUTORGADO:

Nome: Nelle Roze Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: _____
CPF: 840 173 173 91
Profissão: Recusou-se
Endereço: Av. Miguel Rosa 2545
CEP: 64-001 295
Telefone: (11) (86) 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

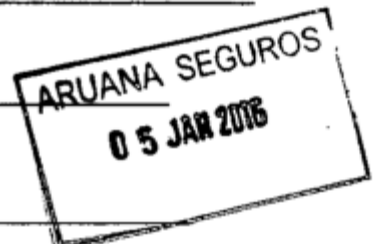
Local e data

Edmilson José da Silva

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

NAILLA BUCAR - 2º Tabelionato de Notas e Registro de Imóveis,
Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas
Rua David Caldas, 147 (M. Teresina-PI) - fone: (86) 3221-7090 - email: lyliabucar@gmail.com.br
Bel' Lyliá Bucar Lopes de Sousa - Titular
RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: EDMILSON JOSE DA
SILVA. DOU FE. EM TEST. SOL DA VERDADE
TERESINA-PI, 18/12/2015.
MARTA ELVIRA CARDOSO SOUSA - Escrevente
Edu.: 3,18 TJ: 0,32 Selo: 0,10 Total: 3,60 (8)





Seguradora Líder - DPVAT

DOCUMENTO 1 "T1%"



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, Edmilson José da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 291.837

EXPEDIDO POR _____

EM ____/____/____ E

CPF 052978103-53 / CNPJ _____

PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____

(*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edmilson 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), 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 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044-2 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 8.675-4

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº 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. Edmilson José da Silva

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ARUANA SEGUROS

11 de JAN 2016

Corrente

11/12/2015 BANCO DO BRASIL 12.35,26
004413854 0000

SALDO DE CONTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: EDMILSON JOSE DA SILVA
AGENCIA: 0044-2 8.675-3
=====

SALDO	784,550

LIMITE	800,00
DISPONIVEL	15,450
JUROS	3,65
TV QUILCO CIRCULAR	18,770

ARUANA SEGUROS
05 JAN 2016



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 Resp. pelo Registro: Almiralce Ribeiro Lebre Carlos

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA CAPITÃO VANDERLEI, Nº:

Complemento

Data/Hora

12/10/2015 - 16:40

Bairro

PIÇARREIRA

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EDMILSON JOSÉ DA SILVA (57 ANOS)

Endereço: RUA MAJOR SEBASTIÃO SARAIVA, Nº 2232

Bairro: PIÇARREIRA

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9921-1202

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante



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.

Almiralce Ribeiro Lebre Carlos - Mat. 0097616
AGENTE DE POLÍCIA

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 Silvaportador da carteira de identidade nº 293 837 e inscrito no CPF/MFsob o nº 152.948.103-53 residente e domiciliado na Rua Mayor
Sebastião Saraiva - Picaneira nº 2232 ACidade 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☒ (X) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com prazos superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

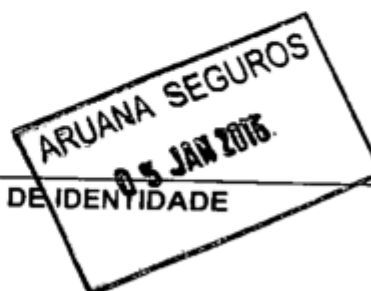
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de **invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre**, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do 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 91º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa previa 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 21.12.2015Edmilson José da Silva

ASSINATURA: COMO NO DOCUMENTO DE IDENTIDADE



PRONTOMED ADULTO

Rua Paissandu, 1842 - Centro - Teresina-PI Fone: (86) 3131-1234

Emissão: 12/10/2015 17:45:48
Engepius - SISAC - Sistema de Gestão Hospitalar

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 consultorio com ferimento em pé esquerdo e dor em ombro esquerdo. nega outras queixas. nega hipertensão e diabetes. paciente em bom estado geral, eupneico, acianotico, anicterico, afebril, hidratado, normocorado, orientado e consciente.

Exames Solicitados

Diagnóstico

acidente

Conduta

limpeza e sutura



Prescrição

Dipirona - 1 ampola, EV + AD, agora
Tilatil 20mg - 1 amp+ AD IV

Horário

13:45
Juliano
14:30
Juliano

Enfermagem/Observação

Uden - dipirona - 1 amp
+ ord EV.
Uden tilatil 20mg - 1
amp + ord EV

Ass Médico

Keylla Bacelar
CRM 1000000000

Ass. Enf

Consumo de Material

Material	Quant	Material	Quant	Material	Quant	Material	Quant
Luvas		Seringa ml		Lanc. p/ Glicemia		Esparadrapo	
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

Ass. Paciente ou Responsável

Destino do Paciente

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



3