



22/09/2020

Número: **0034312-67.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado              |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|--------------------|
| EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA (AUTOR)                     |                    | FLAVIA ROBERTA DA SILVA PEREIRA (ADVOGADO) |                    |
| TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)              |                    |                                            |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) |                    |                                            |                    |
| Documentos                                             |                    |                                            |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                  | Tipo               |
| 68379<br>619                                           | 22/09/2020 16:55   | <a href="#">ANEXO 1</a>                    | Outros (Documento) |

# 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





— ... estabelecimento do IMI no município da minha residência; ou

( ) Não há estabelecimento do IML no município ou nenhuma das alternativas.

( ) O estabelecimento do IN  
prova do Seguro DPVAT; ou

(☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que residu 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 pericia médica às custas da Seguradora Líder: DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, 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 impugna-la, caso discorde do seu conteúdo.

Edmundo de Oliveira

**Assinatura do declarante**  
**conforme documento de identificação**

Recile 20 Outubro 2014

## Local e data

**A**

27 OUT 2016

Ass

WCHEN

DU KUS

001

\*1004032\*



# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

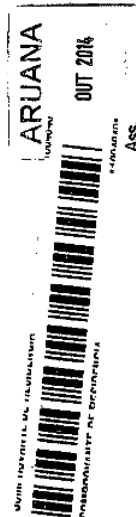
Eu, Edmilson Lima de Oliveira, data de expedição 11/11/2014, Órgão SDS PE, RG nº 37.15535, CPF nº 546.625.084-67 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro

|                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praca) | <u>Rua Sereia</u>                    |
| Número                            | <u>10</u>                            |
| Auto / Complemento                |                                      |
| Bairro                            | <u>Quero Preto</u>                   |
| Cidade                            | <u>Olinda</u>                        |
| Estado                            | <u>Pernambuco</u>                    |
| CEP                               | <u>53370-220</u>                     |
| Telefone de Contato               | <u>(81) 8839-9393 (81) 8852-8404</u> |
| E-mail                            |                                      |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife PE Outubro 2014

Assinatura do Declarante: Edmilson Lima de Oliveira





**Grades 5-6**  
**Vida e Previdência**

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

015292V

01528830210213

ARJANA  
27 OUT 2016  
ASS.







## 24 HORAS - OLINDA

da Classificação de Risco - Protocolo

UPA OLINDA - (S. 2.º)

UPA 24 HORAS - OLINDA

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

SENHA: 0389

CLASSIFICAÇÃO  
20/06/2014 20:55

114 20:59

Nome Paciente: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

Cod. 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:              | URGÊNCIA AMARELO                                                          |
| Dor:                     | AMARELO                                                                   |
| Queixa Principal:        | TRAZIDO PELOS BOMBEIROS COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO COM DOR EM TORÁCICA |
| Observação:              | NEGA ALERGIA                                                              |
| Fluxograma sintoma:      | DOR TORÁCICA                                                              |
| Discriminador(es):       | - DOR MODERADA                                                            |
| Especialidade:           | CLÍNICA 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

72.89  
gratuito



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA

GREGÓRIO BEZERRA

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DA FICHA DE ATENDIMENTO

Eu, Edimilson Lima da Conceição  
(estado civil) —, RG de nº 2715535, residente  
na Rua Sepia, 10, Olinda Perto  
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 Olinda, 20 de 09 de 20 14  
015 dias

ARJANA  
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](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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00937/00938 - carta\_02



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2014

Carta nº: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00887/00888 - carta\_15R



**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 Lima de Oliveira  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sêpia, 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. Fábio Gonçalves  
Cirurgia Cardiovascular  
CRM-PE 14214





22/09/2020

Número: **0034312-67.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado              |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|--------------------|
| EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA (AUTOR)                     |                    | FLAVIA ROBERTA DA SILVA PEREIRA (ADVOGADO) |                    |
| TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)              |                    |                                            |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) |                    |                                            |                    |
| Documentos                                             |                    |                                            |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                  | Tipo               |
| 68379<br>620                                           | 22/09/2020 16:55   | <a href="#">ANEXO 2</a>                    | Outros (Documento) |

# 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, Edmilson Lima de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 31A5535 e inscrito no CPF/MF sob o nº 010.625.084-87, residente e domiciliado na Rua Sérgio, nº 10, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que não sou impedido de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.134/74), 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 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 6.134/74.

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.

Edmilson Lima de Oliveira

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

27 de outubro de 2014

Local e data

|             |        |      |
|-------------|--------|------|
| UF: RN      | NUMERO | A    |
| 27 OUT 2014 |        | ASS. |

001  
\*100-4032\*



# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

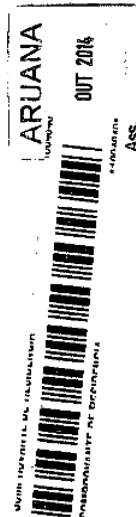
Eu, Edmilson Lima de Oliveira, data de expedição 11/10/2014, órgão SDS PR, RG nº 37.15535, CPF nº 546.625.084-67 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro

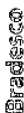
|                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praca) | <u>Rua Sereia</u>                    |
| Número                            | <u>10</u>                            |
| Auto / Complemento                |                                      |
| Bairro                            | <u>Quero Preto</u>                   |
| Cidade                            | <u>Olinda</u>                        |
| Estado                            | <u>Pernambuco</u>                    |
| CEP                               | <u>53370-220</u>                     |
| Telefone de Contato               | <u>(81) 8839-9393 (81) 8852-8404</u> |
| E-mail                            |                                      |

Por ser verdade, firmo-me.

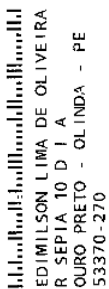
Local e Data: Recife 20 Outubro 2014

Assinatura do Declarante: Edmilson Lima de Oliveira





Vida e Previdência



015292V

001528830270213

ARJANA  
27 OUT 2014  
ASS.





72389  
6.7x304

# Imaginologia

AS - OLINDA

ema re internacao  
a de Urgencia e Emergencia

Data: 20/06/2014  
Hora: 21:02

dimento: 674438  
co: CLINICO - PLANTONISTA

iente: 234166 EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA  
Cimento: 31/12/1970 - Idade: 43a 5m 19d

ivall: RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA  
RG: 30230848

ereco: OS DI DIA D2 D5 SENA 10 - OURO PRETO - Cep.: 53370270

ade: OLINDA PE Fone: 30230848

venio: SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Sexo: Masculino  
Pai:

## RESUMO DE TRATAMENTO

SO: ALTURA: TEMPERATURA: HORA:

EIXA PRINCIPAL: *batimento cardíaco de acordo com o exame de ecocardiograma.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*

*emissão de ondas e o sistema de condução.*



## 24 HORAS - OLINDA

da Classificação de Risco - Protocolo

UPA OLINDA - (S. 2.º)

UPA 24 HORAS - OLINDA

URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

SENHA: 0389

CLASSIFICAÇÃO  
20/06/2014 20:55

114 20:59

Nome Paciente: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

Cod. 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:              | URGÊNCIA AMARELO                                                          |
| Dor:                     | AMARELO                                                                   |
| Queixa Principal:        | TRAZIDO PELOS BOMBEIROS COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO COM DOR EM TORÁCICA |
| Observação:              | NEGA ALERGIA                                                              |
| Fluxograma sintoma:      | DOR TORÁCICA                                                              |
| Discriminador(es):       | - DOR MODERADA                                                            |
| Especialidade:           | CLÍNICA 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

72.89  
gratuito



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA

GREGÓRIO BEZERRA

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DA FICHA DE ATENDIMENTO

Eu, Edimilson Lima da Veiga  
(estado civil) —, RG de nº 2715535, residente  
na Rua Sepia, 10 Olinda Perto  
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 Olinda, 20 de 09 de 20 14  
015 dias

ARJANA  
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<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>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](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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00937/00938 - carta\_02



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2014

Carta nº: 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00887/00888 - carta\_15R



**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





22/09/2020

Número: **0034312-67.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado              |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|--------------------|
| EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA (AUTOR)                     |                    | FLAVIA ROBERTA DA SILVA PEREIRA (ADVOGADO) |                    |
| TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)              |                    |                                            |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) |                    |                                            |                    |
| Documentos                                             |                    |                                            |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                  | Tipo               |
| 68379<br>621                                           | 22/09/2020 16:55   | <a href="#">ANEXO 3</a>                    | Outros (Documento) |

| CONTRAN                                                                                                   |                                 | DENATRAN                                     |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------|
| <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b><br><b>MINISTÉRIO DAS CIDADIAS</b>                                   |                                 |                                              |                                 |
| <b>DETRAN - PE</b><br><b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b><br><b>Nº 013127698762</b> |                                 | <b>EXERCÍCIO</b><br><b>2017</b>              |                                 |
| <b>VA</b><br><b>1</b><br><b>352705361</b>                                                                 | <b>COD. RENAVAM</b><br><b>1</b> | <b>BATRAC</b><br><b>1</b>                    | <b>EXERCÍCIO</b><br><b>2017</b> |
| <b>EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA</b><br><b>OLIVEIRA-PE</b>                                                    |                                 |                                              |                                 |
| <b>546.625.084-91</b><br><b>PLACANT/UF</b><br><b>PE/2889</b>                                              |                                 | <b>CHASSI</b><br><b>9C23CA1208751878</b>     |                                 |
| <b>PAS / MOTOCICLETA</b><br><b>MARKA/MODELO</b><br><b>BMW/125 125 500 125</b>                             |                                 | <b>COMBUSTÍVEL</b><br><b>GASOLINA</b>        |                                 |
| <b>2P/123CL</b><br><b>CAP/ROT/CL</b><br><b>PARTE</b>                                                      |                                 | <b>CATEGORIA</b><br><b>PARTE</b>             |                                 |
| <b>1</b><br><b>IPVA 2017 QUITADO</b>                                                                      |                                 | <b>2</b><br><b>VEIC/ICOTAS</b>               |                                 |
| <b>1</b><br><b>PARA IPVA</b>                                                                              |                                 | <b>3</b><br><b>VEIC/ICOTAS</b>               |                                 |
| <b>PREÇO TAV/IMO (R\$)</b><br><b>100 (R\$)</b>                                                            |                                 | <b>PREÇO TOTAL (R\$)</b><br><b>100 (R\$)</b> |                                 |
| <b>SIGILO FISCAL</b><br><b>1</b>                                                                          |                                 | <b>DATA DE PAGAMENTO</b><br><b>02/02/17</b>  |                                 |
| <b>OBSERVAÇÕES</b>                                                                                        |                                 |                                              |                                 |
| <b>SEM RESERVA</b>                                                                                        |                                 |                                              |                                 |
| <b>OLIVEIRA</b><br><b>Encargado Anterior: Dora Ribeiro</b><br><b>Encargado Atual: Dora Ribeiro</b>        |                                 |                                              |                                 |



DUT



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

---

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

**Número do Sinistro:** 3180556252

**Nome do(a) Examinado(a):** EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Sépia, 10 - Olinda/PE - CEP 53370-270

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 3715535 - sds pe - 06/07/2011

**Data e Local do Acidente :** 19/09/2017 - rodovia pe 15, em frente ao terminal de olinda

**Data e Local do Exame :** 19/12/2018 AVENIDA PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, 692 - OLINDA/PE - CEP 53030-010

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

FRATURA EXPOSTA DE QUINTO METACARPO ESQUERDO.

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

REALIZOU REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM DOIS FIOS K DE FRATURA EXPOSTA DE QUINTO METACARPO ESQUERDO. ALTA DIA 20 DE SETEMBRO DE 2017.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

HÁ LIMITAÇÃO NO MOVIMENTO DE FLEXÃO DE QUIRODACTILOS ESQUERDO EM 10%.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

HÁ LIMITAÇÃO NO MOVIMENTO DE FLEXÃO DE QUIRODACTILOS ESQUERDO EM 10%.DEMAIS MOVIMENTO PRESENTES SEM LIMITAÇÕES.

**VII. Segundo 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 (\*).**

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta  
avaliação médica deve ser repetida  
em \_\_\_\_\_ dias

( ) “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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

mão esquerda

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**

PACIENTE DEXTRO. Realiza todos os movimentos da mão esquerda, há limitação em 10% de flexão dos quirodactilos esquerdos.



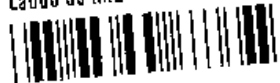


---

GUSTAVO CARVALHO ROSAS CRM : 13685 / UF :PE



Laudo do IML - Lesões corporais



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TRAUMATOLOGICA Nº 25052 / 2018

REQUISITADO POR: CENTRAL DE PLANTÕES DA CAPITAL

Ofício nº. 1422 / 2018 Data 5 / 7 / 2018

ENCAMINHAR PARA: DIRETORIA INTEGRADA METROPOLITANA - DIM

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 14:35 do dia 5 de Julho de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA** filho(a) de **EDSON SOARES DE OLIVEIRA** e de **RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA**, de cor Parda, sexo Masculino, cabelo Liso, estado civil Solteiro (a), apresentando idade de 47 Anos, peso Normal, do estatura Baixa, natural de OLINDA - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 3715535, profissão VIGILANTE, endereço RUA SEPIA, nº 10, complemento: quadra d-1a, bairro OURO PRETO, telefone/s, (31)98436-5761, OLINDA - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

#### HISTÓRICO:

Periciando comparece para realização de exame traumatológico no IMLAPC (Sede). Vem acompanhado do OF. nº 1422/2018, referente ao BO 18E1174004080, da 7ª Equipe da Central de Plantões da Capital - Recife/PE, datado de 20 de abril de 2018, assinado pelo Delegado de Polícia Dr. Paulo Roberto de Medeiros. Periciando refere ter sido vítima de acidente de trânsito, sendo condutor de motocicleta, com queda em estrada, por volta de 14:00 do dia 19/09/2017, na PE 15, em frente ao terminal da integração. Refere ter sido socorrido pelo Corpo de Bombeiros, e levado à UPA de Olinda, encaminhado a seguir ao Hospital Miguel Arraes, onde foi realizada cirurgia em mão esquerda, por fratura exposta. Periciando traz Resumo da Classificação de Risco da UPA 24h - Olinda, do dia 19/09/2017, às 15:10, por trauma em MSE, é Ficha de Atendimento (Atendimento: 1194174, Paciente: 453008), Diagnóstico: Fratura exposta Mão E; senha 5259623 para o HMA (Hospital Miguel Arraes) sem assinatura, porém tem declaração posterior com retificação, no qual consta atendimento pelo médico Edgar Lobo, CRM 4673. Também traz Resumo de Alta Hospitalar/Escarcimento do Hospital Miguel Arraes, no qual consta: "Data de Admissão: 19/09/17; Data da Alta: 20/09/17 com diagnóstico de fratura exposta de 5º Metacarpo esquerdo", assinado pela Dra. Mariana Cavalcanti, CRM/PE 24973. Traz ainda duas radiografias identificadas com o nome do periciando, datadas de 25/10/2017, com presença de três filamentos de aço, fixadores do metacarpo fraturado.

#### DESCRIÇÃO

##### Exame Físico:

Periciando apresenta pequena cicatriz de boa resolução, hiperocrômica, em face medial de mão esquerda, de aproximadamente 6 milímetros de diâmetro. Sem outras sequelas.

#### DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Periciando teve boa recuperação das lesões apresentadas.

#### QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim.

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

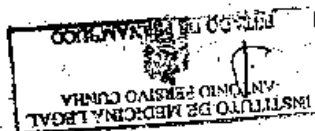
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Em recuperação de cirurgia ortopédica da mão esquerda.

Página 1 de 2





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha  
Setor do Protondo  
De acordo com a Lei nº 1.744 de 1974, no valor de original por autenticidade  
do GILITISAN LIT. 4 DE  
914  
Data: 18/01/18  
Folha: 18/01/18  
Assistente em Gestão Pública  
Fabio Farias Alvim  
Matrícula nº 263.378-7

Pertinente responsável

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(a). PETER PEREIRA STAMFORD - CRM 15495.

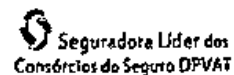
4) De lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função; enfermidade incurável; incapacidade permanente para o trabalho; aborto? (especificar)

Não.

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427526/18

Vítima: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

CPF: 546.625.084-87

Seguradora: ARJANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/09/2017

Titular do CPF: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

Outros



EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA : 546.625.084-87

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chanceala ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018  
Nome: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA  
CPF: 546.625.084-87

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018  
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa  
CPF: 164.083.787-65

EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

Nathalia Beatriz Braga Costa



# SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Edmilson Junior de Oliveira

DATA DO ACIDENTE 19/09/2018 ☒ NÃO NO CPF 546625084-87

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022.1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS E COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
  - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
  - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial (reconhecendo a união estável) (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- Declaração de Casamento, com data atual (cópia simples)**
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheira(e), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
  - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Declaração de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Declaração de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Período da documentação (Nome) Edmilson Junior de Oliveira  
 Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador: 546625084-87  
 E-mail: edmilsonjunior@oliveira.com.br  
 Data: 19/11/2018 Assinatura: Edmilson Junior de Oliveira

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Ponto de Atendimento (Nome do Representante Legal) Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior  
 Atendente: Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior Matrícula: 13 NOV 2018  
 Data: 19/11/2018 Assinatura: Antônio Yves Cordeiro de Mello Junior



18/07/20

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: quintas de segunda-feira a sábado, Ap

199-406055783-6

18/Jul/2018

HORA DT 18:33:52

Nome

IML

Descr

SERVI

Observ

Código

RG

Quant

DAE20

LOT. 15.15682-6

LOCALIDADE: RECIFE

AG. VINCULADA: 1583

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

CEFAZ/PE TAXA RUSP

VALOR DO PAGAMENTO: 24,46

858000000003 24460124020-5

53835201807-0 18049310000-2

199-406055783-6

VIA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DOCUMENTO DE ARRECAÇÃO ESTADUAL

858000000003 24460124020-5 53835201807-0 18049310000-2

DAE20WEB

DAE 20

000-3 24460124020-5 53835201807-0 18049310000-2

|                                                                            |                            |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Documento de Identificação do Contribuinte                                 |                            |
| Tipo 04                                                                    | Nº 35786789746817          |
| RAL, EM ORIGINAIS, CÓPIA AUTENTICADA OU CERTIDÃO SOLICITADA PELA PARTE ... |                            |
| ESA SOCIAL                                                                 | Valor do Tributo em Real   |
|                                                                            | R\$24,46                   |
|                                                                            | Valor da Multa em Real     |
|                                                                            | Valor dos Juros em Real    |
|                                                                            | Taxa de Expediente em Real |
|                                                                            | Total a Pagar em Real      |
|                                                                            | R\$24,46                   |
| Autenticação Mecânica                                                      | Via Contribuinte           |

DAE 20

|                                                                                                                                                          |  |                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| Nome / Denominação / Razão Social                                                                                                                        |  | Documento de Identificação do Contribuinte |  |
| IML                                                                                                                                                      |  | Tipo 04 - Nº 35786789746817                |  |
| Descrição do Serviço                                                                                                                                     |  |                                            |  |
| SERVIÇOS PRESTADOS PELA DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA / LAUDO PERICIAS EM GERAL, EM ORIGINAIS, CÓPIA AUTENTICADA OU CERTIDÃO SOLICITADA PELA PARTE ... |  |                                            |  |
| Observações                                                                                                                                              |  | Valor do Tributo em Real                   |  |
| Código: 2018071604931                                                                                                                                    |  | R\$24,46                                   |  |
| RG: 35786789746817                                                                                                                                       |  | Valor da Multa em Real                     |  |
| Quantidade: 1                                                                                                                                            |  | Valor dos Juros em Real                    |  |
| DAE20 WEB                                                                                                                                                |  | Taxa de Expediente em Real                 |  |
|                                                                                                                                                          |  | Total a Pagar em Real                      |  |
|                                                                                                                                                          |  | R\$24,46                                   |  |
|                                                                                                                                                          |  | Autenticação Mecânica                      |  |
|                                                                                                                                                          |  | Via Órgão                                  |  |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180556252 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/09/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 12/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 5º METACARPO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** #SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS              | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de uma das mãos | 70 %                                         | Em grau residual - 10 %                              | 7%        | R\$ 945,00            |
| Total                                    |                                              |                                                      | 7 %       | R\$ 945,00            |

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Karla Souza



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427526/18

**Vítima:** EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

**CPF:** 546.625.084-87

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 19/09/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

**EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA : 546.625.084-87**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018  
Nome: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA  
CPF: 546.625.084-87

EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018  
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa  
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180556252

Vítima: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180556252**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13666903

Pag. 00681/00682 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180556252

Vítima: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01997/01998 - carta\_02 - INVALIDEZ

00040999



Carta nº 13704857



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, Edimilson Lima de Oliveira  
PORTADOR(A) DO RG Nº 3715535 EXPEDIDO POR SDS.PE EM 06/07/2011  
CPF 5410025084-87 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Autônomo  
E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edimilson Lima de Oliveira 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.

Autorização de pagamento



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0917 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00046747-0

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.

06/02/19 de Novembro de 2018

LOCAL E DATA

Edimilson Lima de Oliveira

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





AUTO-ATENDIMENTO - AG MARCOS FREIRE  
DATA: 19/11/2018 HORA: 09:56:28  
TERMINAL: 09171016 CONTROLE: 091710160125

AGÊNCIA: 0917 - MARCOS FREIRE  
CONTA: 013.00046747-0  
CLIENTE: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA  
ULTIMOS 30 DIAS

SALDOS POR DATA LIMITE  
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2017  
DATA VALOR  
07/11 6,47

MOVIMENTAÇÃO  
DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR  
SALDO ANTERIOR 6,47

Novembro

|       |        |            |       |
|-------|--------|------------|-------|
| 07/11 | 000000 | REM BASICA | 0,00C |
| 07/11 | 000000 | CRED JUROS | 0,02C |

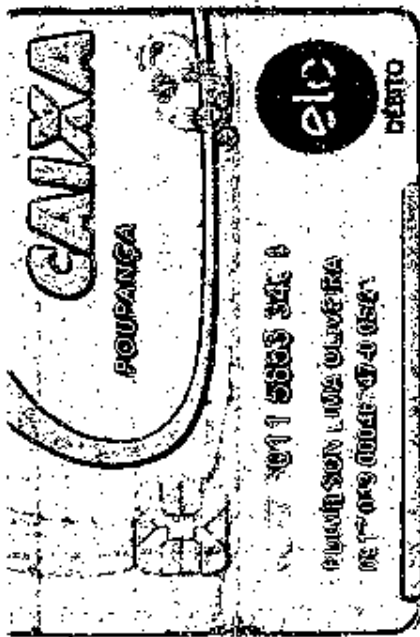
RESUMO EM 16/11  
SALDO 6,47C

RESUMO DO DIA  
SALDO DISPONIVEL 6,47C  
SALDO BLOQUEADO 0,00  
SALDO TOTAL 6,47C

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-725 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://CAIXA.GOV.BR/VOCE)







Boletim de ocorrência



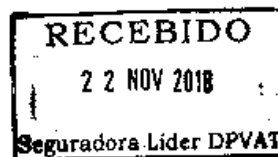
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
CENTRAL DE PLANTOES DA CAPITAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E1174004080**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/04/2018** às **11:21****ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **19/9/2017** às **14:20**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 1, EM VIA PÚBLICA, FRENTE AO TERMINAL INTEGRADO DA PE-15, S/N, AV. PAN NORDESTINA - OURO PRETO, OLINDA - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

## Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

IDENTIDADE DESCONHECIDA (AUTOR AGENTE)  
EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA (VITIMA)  
VALERIA PATRICIA DOMINGUES DE MACEDO (VITIMA)



## Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): IDENTIDADE DESCONHECIDA  
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

## Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RAQUEL LOURENÇO DE LIMA Pai: EDSON SOARES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 31/12/1970 Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3715535/SDS/PE (RG), 54662508487 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: MONTADOR Telefones Celulares: - 9843657861**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 10, RUA SEPIA, QUADRA D01 Nº 10, OURO PRETO, OLINDA. - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**IDENTIDADE DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**VALERIA PATRICIA DOMINGUES DE MACEDO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 99848082468 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: - 9843657861**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE OURO PRETO (BAIRRO), 10, RUA SEPIA, QUADRA D01 Nº 10, OURO PRETO, OLINDA. - CEP: 55000-000 - Bairro: OURO PRETO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

## Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

20/04/2018 11:09



**VEÍCULO 01 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **IDENTIDADE DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **IDENTIDADE DESCONHECIDA**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **CAMINHÃO CAÇAMBA**

**VEÍCULO 02 (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA**, que estava em posse

do(a) Sr(a): **EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEV2889** (PERNAMBUCO/OLINDA) Renavam: **352705361** Chassi: **9C2JC4120BR751878**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **CB125 FAN**

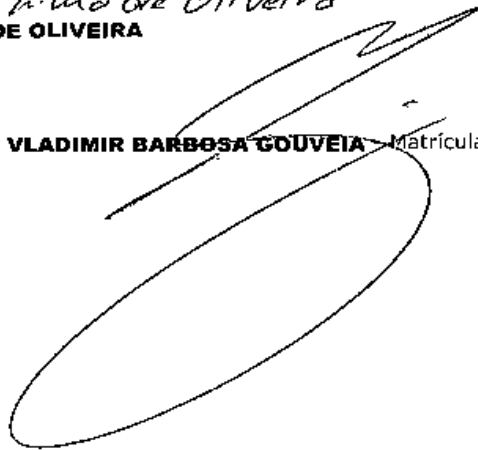
### Complemento / Observação

**SEGUNDO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº J - 1740/17 DA SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE DO BATALHÃO DE POLÍCIA RODoviÁRIA, O SR. EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA E SUA ESPOSA - VALERIA PATRÍCIA DOMINGUES DE MACEDO, FORAM VÍTIMAS DE UMA ACIDENTE OCORRIDO NA PE 15, PRECISAMENTE EM VIA PÚBLICA, FRENTE AO TERMINAL INTEGRADO DA PE-15, S/N, AV. PAN NORDESTINA - OURO PRETO, OLINDA. SEGUNDO O REFERIDO BOLETIM, O VEÍCULO 01, O QUAL SEGUNDO A VÍTIMA É UM CAMINHÃO CAÇAMBA, APÓS ABALROAR O VEÍCULO 02 (MOTOCICLETA HONDA 125 FAN VERMELHA, PLACA PEV2889) EM QUE TRAFEGAVAM AS VÍTIMAS, EVADIU-SE DO LOCAL. SEGUNDO O SR. EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA, TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA PELA PE 15, SENTIDO PAULISTA, QUANDO FOI TRANCADO POR UM CAMINHÃO CAÇAMBA QUE CAUSOU SUA QUEDA E A QUEDA DE SUA ESPOSA DA REFERIDA MOTOCICLETA. APÓS O ACIDENTE O CAMINHÃO EVADIU-SE DO LOCAL DO FATO, SENDO AS VÍTIMAS REMOVIDAS PELO RESGATE DOS BOMBEIROS (AR 634), COMANDADA PELO SGT GEORGE (MAT. 798.136-8), PARA A UPA DA PE 15 E POSTERIORMENTE TRANSFERIDOS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES. QUANDO A MOTOCICLETA, A MESMA TEVE AS SEGUINTE AVARIAS: QUEBRA DA RABETA, RETROVISOR ESQUERDO, PÁRA-LAMAS DIANTEIRO, EMPENAMENTO DO GUDÃO E APOIADORES. O SR. EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA APRESENTA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DA UPA DA 15 E DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES QUE ATESTAM TRAUMATISMO ORTOPÉDICO COM FRATURA EXPOSTA DO 5º METACARPO ESQUERDO MAIS ESCORIAÇÕES; ENQUANTO SUA ESPOSA A SRA. VALERIA PATRÍCIA APRESENTA ESCORIAÇÕES NA FACE. O SR. EDMILSON LIMA SERÁ ENCAMINHADO AO IML PARA EXAME.**

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Edmilson Lima de Oliveira*  
**EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA**  
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **VLADIMIR BARBOSA GOUVEIA** Matrícula: **221335-4**



20/04/2018 11:09

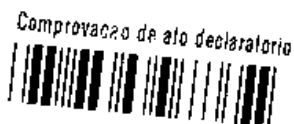




**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

*WTO*

**CERTIDÃO**



**Certidão nº 2018APH001630 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). EDILMISON LIMA DE OLIVEIRA, 47 anos, BRASILEIRO (a), SOLTEIRO(a), RG nº 3715535 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 546.625.084-87, residente à RUA SEPIA, nº 10, QD D 1A, OURO PRETO, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 19/09/2017, por volta das 14:16 hs, no endereço: RODOVIA PE 15, S/N, TABAJARA OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo CAMINHAO M.BENZ/ATRON 2324 VERMELHA PGV5381-PE ; MOTOCICLETA FAN VERMELHA PEV2889-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) EDILMISON LIMA DE OLIVEIRA, inscrito sob o CPF nº 546.625.084-87 e Registro Geral nº 3715535, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798136-8 GEORGE BARBOSA. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº XX. Ficou aos cuidados do médico EDGAR LOBO, registro 4673. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 19/11/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001630

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



# 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: 26/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

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

CLIENTE: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000046747-0

---

---

Nr. da Autenticação 7445F0A9677DE6A9



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DAS CIDADES  
SECRETARIA DA FAZENDA  
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

**Bolero de Pagamento de Licenciamento 2018**  
**Veículos Usados**

**Carta**

961232248 - DNPE/PE  
DETRAN-PE

**CORREIOS**

Data Postagem  
25/01/2018



**EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA**

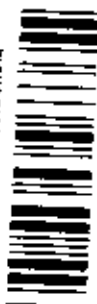
RUA SEPIA 10

QD D1A

OURO PRETO

53370-270 OLINDA PE

Comprovante de residência



PEV2889

HONDA/CG 125 FAN ES

*Declarado*



Documentação médica - hospitalar



**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA



Atendimento: 1194175

Senha de Classificação:

0301

Data e Hora: 19/09/2017 16:17

Paciente: 411253 VALERIA PATRICIA DOMINGOS DE MACÊL Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 06/09/1974 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: INES VIEIRA DE MACEDO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: SEPIA

- A

10

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370270

Usuário Atendimento: DANIELEMS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 88722024

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

### RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

*Queda no M.O.C. /  
Dor no C.O.C., M.S.E. e M.I.C.*

Exame Físico

*Car. G. 15.  
C.C. com A. F. e T. G.S.  
De a M.S.E. e M.I.C.*

Hipótese Diagnóstico

*Ru. G. M.*

Conduta Terapêutica

*A. M.O.C. 10*

Prescrição Médica

*C. R. 200 mg - 12h*

*19/09/17 - 17:35*

*6logaw 15*

*2000 07 00As*

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para:

*SFO. 9% - 200ml*

Senha

*Tramadol 50mg 02x*

*Reavaliar*

Carimbo/Médico

*ev. 16*

CREMEPE



1194175

ATENDIDO



19-20 Pa peralt a dor em LMS

CO-1) Glicamirabona e Ant tto e

4) Morfina 10mg + 10mg AD - 10mg 5mg 100

3) Para não conseguir deambular e

baixo anstato - ou seja, muito farto e

atropinado

Ant do CM ( 11 det. nesses pcos de

glicinas em coxip, fona, Anadomy





UPA 24h  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA

CRM 1234567  
IMIP  
HOSPITALAR

Atendimento: 1194199

Senha da Classificação:

0310

Data e Hora: 19/09/2017 15:55

Paciente: 411253 VALERIA PATRICIA DOMINGOS DE MACEI Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 06/09/1974 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: INES VIEIRA DE MACEDO

Nome do Pai:

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Endereço: SEPIA

- A

10

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370270

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

Fone: 88722024

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

### RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico



1194199



## UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/09/2017 15:10

|                     |                                     |
|---------------------|-------------------------------------|
| Nome Paciente:      | VALERIA PATRICIA DOMINGOS DE MACEDO |
| Cód. Paciente:      | 411253                              |
| Data de Nascimento: | 06/09/1974                          |
| Sexo:               | Feminino                            |
| Idade:              | 43                                  |
| Senha:              | 0301                                |
| Convênio:           | -                                   |
| Atendimento:        | -                                   |
| SAME:               | -                                   |

Período: 19/09/2017 15:15 - 19/09/2017 15:16

JULIANA TAVARES LINS - COREN: 312392 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

|                     |                                                                                         |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Prioridade:         | URGÊNCIA - AMARELO                                                                      |
| Cor:                | AMARELO                                                                                 |
| Queixa Principal:   | TRAZIDO PELO BM VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM ESCORIAÇÃO NA FACE, NG VÔMITOS, NG DESMAIO  |
| Observação:         | ALERGIA -<br>HAS+<br>DM-<br>USIATT                                                      |
| Fluxograma sintoma: | T.C.E                                                                                   |
| Discriminador(es):  | - SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEAS, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE. |
| Especialidade:      | CLINICA GERAL                                                                           |

Acolhido(a) por: JULIANA TAVARES LINS - COREN: 312392 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/09/2017 15:16

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



## UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/09/2017 15:53

Nome Paciente: VALERIA PATRICIA DOMINGOS DE MACEDO  
Cód. Paciente: 411253  
Data de Nascimento: 06/09/1974  
Sexo: Feminino  
Idade: 43  
Senha: 0310  
Convênio: -  
Atendimento:  
SAME:

Período: 19/09/2017 15:54 - 19/09/2017 15:55

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDA PELOS BOMBEIROS  
AVALIADA PELO CLÍNICO QUE SOLICITA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Observação:

ALERGIA -  
HAS-  
DM-

Fluxograma sintoma:

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es):

- PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/09/2017 15:55

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA  
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



Olinda, 27 de Novembro de 2017.

### DECLARAÇÃO

Declaramos que na ficha do atendimento nº1194174, onde se lê o nome do paciente EDMILSON LIMA, **leia-se EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA**. Informamos que houve uma falha na hora do cadastramento do paciente, mas que seus dados foram retificados mediante a apresentação do CHN: 04524929162.

O paciente foi atendido pelo médico Edgar Lobo CRM: 4673.

Atenciosamente,

UPA - OLINDA  
Milena Moura  
Coordenadora Geral

FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES  
IMIP HOSPITALAR

RODOVIA PE 15, S/N  
CIDADE TABAJARA, OLINDA/PE  
FONE: 3184-4303



## UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/09/2017 15:10

|              |                     |               |
|--------------|---------------------|---------------|
|              | Nome Paciente:      | EDMILSON LIMA |
|              | Cód. Paciente:      |               |
|              | Data de Nascimento: |               |
|              | Sexo:               | Masculino     |
|              | Idade:              | 46            |
|              | Senha:              | 0300          |
|              | Convênio:           |               |
| Atendimento: |                     |               |
| SAME:        |                     |               |

Período: 19/09/2017 15:12 - 19/09/2017 15:13

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

|                     |                                                          |
|---------------------|----------------------------------------------------------|
| Prioridade:         | URGENTE - AMARELO                                        |
| Cor:                | AMARELO                                                  |
| Queixa Principal:   | TRAZIDO PELOS BOMBEIROS<br>TRAUMA EM MSE                 |
| Observação:         | NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA<br>HAS-<br>DM-                |
| Exatograma sintoma: | SITUAÇÕES ESPECIAIS                                      |
| Discriminador(es):  | - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS |
| Especialidade:      | ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA                                  |

Acolhido(a) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/09/2017 15:13

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1194174

Data e Hora: 19/09/2017 15:16

Senha da Classificação:

**0300**

Paciente: 453008 EDMILSON LIMA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 31/12/1970 Idade: 46 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: SERPIA

10

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370321

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 97453190

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

*Dores na mão E.*

Exame Físico

*do 2º punho no mto E.*

*Está normal*

Hipótese Diagnóstica

*Fratura exposta mto E.*

Conduta Terapêutica

*pt estuda mto E.*

Prescrição Médica

*Antibios.*

*1 tableta 1000mg 1x ao dia  
por 7 dias*

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para:

*SEKAA 1259623*

Senha:

Carimbo/Médico

**IMOBILIZAÇÃO**



1194174





MIGUEL ARRAS



## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Edmilson Lima REG: 103469  
IDADE: 46 ANOS SEXO: MASC DATA DA ADMISSÃO: 19/09/17 DATA DA ALTA: 20/09/17  
DIAGNÓSTICO: Fratura exposta de 5º metacarpo esquerdo

### TRATAMENTO REALIZADO:

19/09/17 - Redução e fixação com 02 fios K

### ORIENTAÇÃO:

- 1- Tomar medicações como prescritas (Cefalexina por 14 dias)
- 2- Manter gesso até retorno ambulatorial
- 3- Retorno ambulatorial com 7 dias
- 4- mover ombro e cotovelo

### PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO ☒ SIM ☐ NÃO ( )  
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL:   /  /  

Mariana Cavalcanti  
Ortopedia e Traumatologia  
Médica Residente  
CRM/PE 24973

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

**ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS**





# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                 |                        |          |         |
|---------------------------------|------------------------|----------|---------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | HOSPITAL MIGUEL ARRAES | 2 - CNES | 6431569 |
| 3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  | HOSPITAL MIGUEL ARRAES | 4 - CNES | 6431569 |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                     |                  |                 |                          |                      |
|-------------------------------------|------------------|-----------------|--------------------------|----------------------|
| ATENDIMENTO: 39885                  | REGISTRO: 107469 | SAME: 95181     | 5 - Nº Prontuário        | 107469               |
| PACIENTE: EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA |                  |                 | 10 - RacaCor             | 04 - Amarela         |
| NASCIMENTO: 20/12/1970              | IDADE: 48        | SEXO: MASCULINO | 10.1 - Etnia             | 0000 - Não Se Aplica |
| MÃE: RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA        | 35/12/1978       |                 | 12 - Telefone de Contato | 8198882202           |
| PAI: EDSON SOARES DE OLIVEIRA       |                  |                 | 14 - Telefone de Contato |                      |
| ENDEREÇO: RUA SEPIA                 | Nº: 10           |                 |                          |                      |
| BARRIO: OURO PRETO                  |                  |                 |                          |                      |
| CIDADE: OLINDA                      |                  |                 |                          |                      |

|                                 |                            |         |          |
|---------------------------------|----------------------------|---------|----------|
| 15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) | RUA SEPIA, 10 - OURO PRETO |         |          |
| 16 - Município                  | 17 - IBGE                  | 18 - UF | 19 - CEP |
| OLINDA                          | 260960                     | PE      | 53370270 |

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                            |                                                                                           |  |  |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos | PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 6 HORAS, APRESENTANDO DOR + FERIMENTO EM MÃO ESQUERDA |  |  |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

|                                            |                      |  |  |
|--------------------------------------------|----------------------|--|--|
| 21 - Condições que justificam a internação | TRATAMENTO CIRÚRGICO |  |  |
|--------------------------------------------|----------------------|--|--|

|                                                   |                            |  |  |
|---------------------------------------------------|----------------------------|--|--|
| 22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas | EXAME FÍSICO E RADIOLOGICO |  |  |
|---------------------------------------------------|----------------------------|--|--|

|                                   |                       |                        |                               |
|-----------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------------|
| 23 - Diagnóstico Inicial / Código | 24 - CID 10 Principal | 25 - CID 10 Secundário | 26 - CID 10 Causas Associadas |
| FRATURA EXPOSTA DO 5MC ESC        | S623                  | W199                   | 04.08.02.0377                 |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                    |                              |                                                     |                                                                       |
|----------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 27 - Descrição do Procedimento Solicitado          | 28 - Código do Procedimento  |                                                     |                                                                       |
| DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS | 0415048035                   |                                                     |                                                                       |
| 29 - Especialidade                                 | 30 - Caracter de Atendimento | 31 - Documento                                      | 32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente |
| CIRURGICA                                          | 2                            | (X) CNS ( ) CPF                                     | 980016001207304                                                       |
| Nome do Profissional Solicitante/Assistente        | 34 - Data da Solicitação     | 35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho) |                                                                       |
| FABIO NEUMANN KAUFFMAN                             | 19/09/2017                   | 14368                                               |                                                                       |

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

|                                 |                                                                                            |                     |            |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------|
| 36 - ( ) Acidente de Trânsito   | 39 - CNPJ Seguradora                                                                       | 40 - Nº Bilhete     | 41 - Série |
| 37 - ( ) Acid. Trabalho Típico  | 42 - CNPJ / Empresa                                                                        | 43 - CNAE / Empresa | 44 - CBOR  |
| 38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto |                                                                                            |                     |            |
| 45 - Vínculo com a Previdência  | ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado |                     |            |

## AUTORIZAÇÃO

|                                       |                                                            |                                                       |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador | 47 - Cód. Órgão Emissor                                    | 52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH) |
|                                       | E260000001                                                 | 261710091649-6                                        |
| 48 - Documento                        | 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador |                                                       |
| ( ) CNS ( ) CPF                       |                                                            |                                                       |
| 50 - Data da Autorização              | 51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)        |                                                       |
|                                       |                                                            |                                                       |

Código do Laudo: 388079



## FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **396085**

Usuário: JULIANAPP

### DADOS DO PACIENTE

|                     |                        |                           |                         |                                |
|---------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| Paciente:           | ATENDIMENTO: 396085    | REGISTRO: 107469          | <b>SAME: 95181</b>      | Prontuário: 107469             |
| Idade:              | PACIENTE               | EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA |                         | Data de Nascimento: 31/12/1970 |
| Profissão:          | NASCIMENTO:            | 31/12/1970                | IDADE: 48               | SEXO: MASCULINO                |
| R.G.:               | MÃE:                   | RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA   |                         | CEP: 53370270                  |
| Endereço:           | PAL:                   | EDSON SOARES DE OLIVEIRA  |                         | - OLINDA - PE                  |
|                     | ENDEREÇO:              | RUA SEPIA                 |                         |                                |
|                     | BAIRRO:                | OURO PRETO                |                         |                                |
| Origem:             | CIDADE:                | OLINDA                    |                         |                                |
| Convênio:           |                        | INTERNAÇÃO                |                         |                                |
| Unidade Internação: | VERDE 2 ORTOPEDIA      | Acomodação:               | ENFERMARIA DE OBSERVACA | Leito: VERDE2-33               |
| Médico Internação:  | FABIO NEUMANN KAUFFMAN |                           |                         |                                |

### DADOS DO RESPONSÁVEL

|           |                 |         |  |               |  |
|-----------|-----------------|---------|--|---------------|--|
| Nome:     | 22/09/12        | R.G.:   |  | C.P.F.:       |  |
| Endereço: | CLAUDEVAN SOUSA | Numero: |  | Estado civil: |  |
| Telefone: |                 | Cidade: |  |               |  |

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

|                                       |                                                                                                                     |                                   |                                        |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|
| Data da Alta:                         | 20 / 09 / 17                                                                                                        | Hora da Alta:                     | 10 : 00                                |
| Motivo:                               | <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado                                                                       | <input type="checkbox"/> A Pedido | <input type="checkbox"/> Transferência |
|                                       | <input type="checkbox"/> Óbito                                                                                      | <input type="checkbox"/> Evasão   |                                        |
| Condições de Alta:                    | boas condições clínicas                                                                                             |                                   |                                        |
| Diagnóstico Principal.....:           | Fratura exposta de 5º metacarpo (E)                                                                                 |                                   |                                        |
| Diagnóstico Secundário01.:            |                                                                                                                     |                                   |                                        |
| Diagnóstico Secundário02.:            |                                                                                                                     |                                   |                                        |
| Procedimento.....:                    | Redução + fixação com fio K                                                                                         |                                   |                                        |
|                                       | <p>Mariana Cava<br/>Ortopedia e Traumatologia<br/>Médica Residente<br/>CRM-PE 24973</p> <p><b>Médico e CRM:</b></p> |                                   |                                        |
| Responsável pela retirada do paciente | Assinatura e RG                                                                                                     |                                   |                                        |

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*Edmilson*  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES  
MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial  
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1 / 1  
Emitido por: JULIANAPP  
Em: 19/09/2017 22:07

**DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO**

Atendimento..... : 396079      Prontuário: 107469      SAME: 95181  
Paciente: ATENDIMENTO: 396079      REGISTRO: 107469      **SAME: 95181**  
Endere: PACIENTE: EDILSON LIMA DE OLIVEIRA  
Baíro... NASCIMENTO: 31/12/1976      CIDADE: 48      SEXO: MASCULINO  
Cidade... MÃE: RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA  
Convên... PAI: EDSON SOARES DE OLIVEIRA      Nº: 10  
CID Prim... ENDEREÇO: RUA SEPIA  
CID's Sec... CIDADE: OLINDA  
Resulta... ENCAMINHADO AO SETOR DE ESPECIALIDADE  
Data Saída..... : 19/09/2017

Hora Atend: 20:15      Data Atend: 19/09/2017  
Idade: 46 a

UF... PE      CEP: 53370270  
Plano... PLANO UNICO

Hora Saída : 22:14

Prestador da Evolução Médica: **FABIO NEUMANN KAUFFMAN**

FABIO NEUMANN KAUFFMAN / 14368  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/09/2017 20:10

|                                                                                   |                    |                           |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|-----------------|
|  | Nome Paciente      | EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA | SAME: 95181     |
|                                                                                   | Cód. Paciente      | 31121979                  |                 |
|                                                                                   | Data de Nascimento | 31/12/1979                | IDADE: 46       |
|                                                                                   | Sexo               | MASCULINO                 | SEXO: MASCULINO |
|                                                                                   | Idade              | 46                        |                 |
|                                                                                   | Senha              | 5259623                   | nº: 10          |
|                                                                                   | Convênio           | OLINDA                    |                 |
|                                                                                   | Atendimento        | 336174                    |                 |

Período: 19/09/2017 20:43 - 19/09/2017 20:45

KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

|                      |                                                                                                                                       |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prioridade:          | AMARELO                                                                                                                               |
| Cor:                 | AMARELO                                                                                                                               |
| Queixa Principal:    | DOR, FERIMENTO EM MSE APÓS QUEDA DE MOTO HÁ 6 HORAS<br>NEGA PERDA DE CONSCIENCIA E VÔMITOS<br>NEGA HAS, DM E ALERGIAS                 |
| Observação:          | ENCAMINHADA DA UPA OLINDA COM SENHA 5259623                                                                                           |
| Fluxograma sintoma:  | TRAUMA                                                                                                                                |
| Eliminador(es):      | - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE<br>- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO                                                 |
| Especialidade:       | ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA                                                                                                               |
| Sinais Vitais Lidos: | - FREQUENCIA CARDIACA: 79.00 BPM<br>- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG<br>- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG<br>- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 % |

REVISADO  
NEPI-4MA

Acolhido(a) por: KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/09/2017 20:45

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Ateendimento: 396079

Data e Hora: 19/09/2017 20:15

Senha da Classificação:

**0033**

Paciente: ATENDIMENTO: 396079 RECURSO: 107489  
PACIENTE: EDRELSON LIMA DE OLIVEIRA **SAME: 95181** Sexo: MASCULINO  
Nome Social: NOME: EDRELSON LIMA DE OLIVEIRA  
Data do Nascimento: 21/12/1970 IDADE: 46 SEXO: MASCULINO  
Nome da Mãe: MARIA LUIZA DE OLIVEIRA  
Estado Civil: CASADO RUA: RUA SEPÁ Nome do Médico: CRISTOPHER CRISTOPEDIA CRM: 12346  
Endereço: CIDADE: OLINDA Bairro: OURO PRETO  
Cidade/UF: OLINDA PE Uf: PE

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: 21:30

Queixa Principal

① DOR + FEMURTO CORPO BA MAS e CORVINO  
② APÓS CENA DO MOTO NA 06 HORAS

Exame Físico

BOA CONDIÇÃO, ORIENTADO  
MSE: DOR + FEMURTO BA MAS e CORVINO ①

Hipótese Diagnóstico

FRATURAS EXPOSTAS S<sup>o</sup> MTC ①

Prescrição Médica

① FERRUMINADO

Luiz Tadeu Neto  
CRM PE 11785

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação





**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



### Protocolo de Encaminhamento

H.M.A.

| TIPO DE OCORRÊNCIA                                                                                                |                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )                           | SENHA 5258623                                                       |
| Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )                                |                                                                     |
| IDENTIFICAÇÃO                                                                                                     |                                                                     |
| Nome do Paciente: <u>RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA</u> Idade: <u>46</u>                                                 |                                                                     |
| Sexo: M ( ) F ( ) Fone: _____                                                                                     |                                                                     |
| Endereço Residencial: _____ Bairro: _____                                                                         |                                                                     |
| Cidade: <u>Olinda</u>                                                                                             |                                                                     |
| CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)                                                                                |                                                                     |
| Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )                                |                                                                     |
| Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )                                                                          |                                                                     |
| Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S ( ) N ( ) |                                                                     |
| Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S ( ) N ( )                                         |                                                                     |
| Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )                                                                    |                                                                     |
| Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: _____                                            |                                                                     |
| Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )                                                                     |                                                                     |
| Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )                                                                  |                                                                     |
| Queda: ( ) Altura Aproximada _____ Metros ( ) Queda da Própria Altura                                             |                                                                     |
| Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo _____ ( ) Arma Branca/Tipo: _____                                            |                                                                     |
| Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: _____                                                       |                                                                     |
| Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento      |                                                                     |
| História Clínica Atual: <u>Acidente de trânsito (motorista)</u>                                                   |                                                                     |
| Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura exposta mão E.</u>                                                               |                                                                     |
| AVALIAÇÃO CLÍNICA                                                                                                 |                                                                     |
| Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x                                        |                                                                     |
| Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S ( ) N ( ) Tiragem Intercostais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )    |                                                                     |
| Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAF: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/Estridor: S ( ) N ( ) |                                                                     |
| Distúrbio Fala/Choro: S ( ) N ( )                                                                                 |                                                                     |
| Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesões de face: S ( ) N ( ) Retração Xifóide: S ( ) N ( )                       |                                                                     |
| Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )               |                                                                     |
| Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )                                                           |                                                                     |
| Colocação da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )                                                        |                                                                     |
| Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )                                              |                                                                     |
| FR: RN 35-50<br>< 1 ano 30-50<br>Crianças 20-30<br>Adulto 12-30                                                   | FC: RN 120-160<br>< 1 ano 90-140<br>Criança 80-110<br>Adulto 60-100 |



**EXAME NEUROLÓGICO**

Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estimulo Doloroso ( ) Irresponsivo ( )

Escala de Coma de Glasgow (ECG):

**ABERTURA OCULAR**

Abertura Ocular Espontânea 4  
Abertura Ocular a voz 3  
Abertura Ocular a dor 2  
Sem abertura ocular 1

**RESPOSTA VERBAL**

Orientado 5  
Confuso 4  
Resposta Inapropriada 3  
Sons Incompreensíveis 2  
Sem resposta verbal 1

**RESPOSTA MOTORA**

Obedece ao comando 6  
Localiza Estimulo Doloroso 5  
Retirada ao Estimulo Doloroso 4  
Descorticação 3  
Descerebração 2  
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: \_\_\_\_\_

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( )

Dificuldade na fala ( )

Avaliação Pupilar: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midriase ( ) Miose ( )

Classificação TCE pela ECG  
ECG 3-8: TCE Grave  
ECG 9-13: TCE Moderado  
ECG 14-15: TCE Leve

**NATUREZA DA LESÃO**

Presença de sangramento externo: S( ) N( )

Lesões Intra-Torácicas: S( ) N( ) Fratura Pélvis: S( ) N( )

Lesões Intra-abdominais: S( ) N( ) Fratura em Osso Longo: Fechada( ) Aberta( )

**USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Usou álcool: S( ) N( ) Informante: Víctima ( ) Outros ( )

Hálito Alcoólico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolência/Agitação ( ) Alteração no Humor ( )

Usou outras drogas: S( ) N( ) Informante: Víctima( ) Outros( )

Lolô( ) Maconha( ) Cola( ) Cocaína( ) Crack( ) Lança-perfume( ) Anfetaminas( ) Extase( )

**CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO**

Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )

Imobilização Tala Gessada: S( ) N( )

Antibioticoterapia: S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Oxigenioterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S( ) N( )

Entubação Orotraqueal: S( ) N( )

Ventilação Mecânica: Modalidade \_\_\_\_\_

FiO2: \_\_\_\_\_

Reanimação Cardiopulmonar: S( ) N( )

RX: S( ) N( ) Analgesia: S( ) N( )

Infusão de Fluidos: S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Volume de Fluidos Infundido: \_\_\_\_\_

Outras Condutas: \_\_\_\_\_

Intercorrências: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA****CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado: \_\_\_\_\_

Médico Regulador: \_\_\_\_\_

Transferência com acompanhamento Médico: S( ) N( )

Local e data

Médico Assistente



HOSPITAL MIGUEL ARRAES  
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001  
Data.: 19/09/2017  
Hora.: 23:23

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 45228 Sala : 0002 SALA.02  
Paciente : 10746  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 709  
Dt. Início : 19/09/17  
Cid Pré-Operatório :  
Cid Pós-Operatório :  
ATENDIMENTO: 400807 REGISTRO: 107469 **SAME:95181** Atendimento : 396085  
PACIENTE: EDILSON LIMA DE OLIVEIRA Carteira :  
NASCIMENTO: 31/12/1970 IDADE: 46 SEXO: MASCULINO Idade : 46 Anos 19 Dias 23 Horas  
MÃE: RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA  
PAI: EDSON SOARES DE OLIVEIRA n.º : 16  
ENDEREÇO: RUA SEPIA  
BAIRRO: OURO PRETO  
CIDADE: OLINDA  
Procedimento: 0408020210 REDUÇÃO INCRUENTIA DE FRATURA DOS METACARPIANOS (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 74 BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

**Equipe Médica**

RURGIO 14368 FABIO NEUMANN KAUFFMAN

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE QUINTO METACARPO ESQUERDO  
CIRURGIA: REDUÇÃO + FIXAÇÃO  
CIRURGIÃO: DR FABIO KAUFFMAN  
1º AUXÍLIO: DR FRANCISCO  
ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO E

**DESCRIÇÃO CIRURGICA**

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF0,9%
5. REDUÇÃO DA FRATURA
6. FIXAÇÃO CO 02 FIOS DE K
7. LIMPEZA COM SF 0,9%;
8. SUTURA COM NYLON 3.0
9. CURATIVO;

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

FATURADO  
22/09/17  
CLAUDEVAN SOUSA  
FATURISTA

DR(A) : FABIO NEUMANN KAUFFMAN  
CRM : 14368

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



## PERNAMBUCO



**MIGUEL ARRABES**



Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

ATENDIMENTO: 400807      REGISTRO:107468      **SAME:95181**

PACIENTE.....: EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA

NASCIMENTO: 31/12/1970 IDADE: 46 SEXO: MASCULINO

MÃE..... RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA

PAID BY EDISON SO

ENDEREÇO..... RUA SEPIA

**BARRO.....DURO F**

**NOME:**  
**CLÍNICA:**

nº 19

REG: 107207

**LEITO:**

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DATA/HORA | #NOTA DE ADMISSÃO#                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 19/09/17  | VITIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ +/- 6 HORAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 22H       | APRESENTANDO FERIMENTO EM MÃO E COTOVELO ESQUERDO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|           | AP: NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|           | EF: EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|           | MSE: FERIMENTO CONTUSO EM MÃO ESQ E COTOVELO                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|           | NV OK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|           | HD: FRATURA EXPOSTA DO 5MTC ESQ                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|           | CD: AO BLOCO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 20/09/17  | #SOT#                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 7h        | #MO: 1º DPO de redução + fixação com fios K por fratura exposta do 5º metacarpo esquerdo<br>Em uso: cefazolina (DA=19/09)<br>Paciente segue estável, sem queixas no momento.<br>Ao exame: EGB, consciente, orientado, hidratado, eufórico, Afbri/, corado.<br>FO: oculta por tala.<br>#CO: alta hospitalar com retorno ambulatorial ex. |

**Lutz Teixeira Neto**  
Oncoplastilmmatologia  
CRM-PE 21795

#507#

20/09/17

76

# MO: 1º DPO de redução + fixação completos E por postura exposta de 5º no tórax esquerdo

Em uso: cefazolina (DA=19/09)

Paciente segue estável, sem queixas no momento.

Ao exame: EGB, consciente, orientado, hidratado, e pálido,

A Mobil, Colorado.

FO: oculta por tala.

#01: alta hospitalar com retorno ambulatorial para orientação de Dr. Sumitru Brito Mariana Cavalcante e Trauma

**Mariana Cavalcanti**  
Ortopedia e Traumatologia  
Médica Residente  
CRM-PE 24973





PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO



MIGUEL ARRAES



MUNICÍPIO DE OLINDA

ATENDIMENTO: 400807 REGISTRO: 107459 **SAME: 95101 / ESCLARECIMENTO**  
PACIENTE: EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA  
NASCIMENTO: 31/12/1970 IDADE: 48 SEXO: MASCULINO  
MÃE: RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA  
PAI: EDSON SOARES DE OLIVEIRA  
ENDEREÇO: RUA SEPIA nº: 10  
BAIRRO: OURO PRETO  
CIDADE: OLINDA

REG: 107459

IDADE: 48 anos SEXO: MASC DATA DA ADMISSÃO: 19/09/12 DATA DA ALTA: 20/09/12  
DIAGNÓSTICO: fratura exposta de 5ª metacarpo esquerda

TRATAMENTO REALIZADO:

19/09/12 - Redução e fixação com 02 fios K

ORIENTAÇÃO:

- 1- Tomar medicações como prescritas (10 dias)
- 2- Manter todo o membro amobilizado
- 3- Retornar ao trabalho em 7 dias
- 4- Manter membro e cotovelo

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Mariana Cavalcanti  
Ortopedia e Traumatologia  
Médica Residente  
CRM-PE 24973

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

**ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS**



|                      |                                                                            |             |                           |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|
| Atendimento:         | 395085                                                                     |             |                           |
| Dt Atendimento:      | 19/09/2017 - 22:16                                                         | Dt Alta:    | 20/09/2017 - 10:00        |
| Paciente:            | 107469                                                                     | REGISTRO:   | 107469 SAME:95181         |
| Serviço:             | 37                                                                         | PACIENTE:   | EDMILSON LIMA DE OLIVEIRA |
|                      |                                                                            | NASCIMENTO: | 31/12/1970 IDADE: 46      |
|                      |                                                                            | MÃE:        | RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA   |
| Leito:               | 709                                                                        | ENDEREÇO:   | RUA SEPIA Nº 10           |
| Motivo Alta:         | 1                                                                          | BAIRRO:     | CURO PRETO                |
|                      |                                                                            | CIDADE:     | OLINDA                    |
| CID:                 |                                                                            |             |                           |
| Procedimento de Alta | 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA |             |                           |
| Observação de Alta   |                                                                            |             |                           |

MONICA BARBOSA DOS SANTOS LIMA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



[illegible][illegible]

| Doses    | 1 <sup>a</sup> | 2 <sup>a</sup> | 3 <sup>a</sup> | Ref. | Ref. | Ref. |
|----------|----------------|----------------|----------------|------|------|------|
| BCG      |                |                |                |      |      |      |
| DDPT     |                |                |                |      |      |      |
| OPV      |                |                |                |      |      |      |
| VAV      |                |                |                |      |      |      |
| VAS      |                |                |                |      |      |      |
| PPD      |                |                |                |      |      |      |
| Tx. Dif. |                |                |                |      |      |      |
| Tx. Tef. |                |                |                |      |      |      |
| Tx. TD.  |                |                |                |      |      |      |
| VAR      |                |                |                |      |      |      |

Observações: \_\_\_\_\_

[illegible]

Cidade..... OLINDA

## Data

| A | B | C | D | E |
|---|---|---|---|---|
|---|---|---|---|---|

**Obs. O Doente só será atendido no dia marcado para consulta mediante a apresentação deste cartão**





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.715.535 DATA DE EMISSÃO 06/07/2011

NOME << EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA >>

RELACÃO << EDSON SOARES DE OLIVEIRA >>  
<< RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA >>

NATURALIDADE OLINDA - PE DATA DE NASCIMENTO 31/12/1970

TIPO DE VÍDEO << CN.62077 L.91 F.281V CART.OLINDA-PE 30.09.1987 >>

CNPJ 546.625.084-87 PIS/PASEP 1236211354-1

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 20/09/83 F-44 41.098 - 4431



Documentos de identificação

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
546.625.084-87

Nome  
EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

Nascimento  
31/12/1970

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/09/2020 16:55:00  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092216550018700000067065110>  
 Número do documento: 20092216550018700000067065110



Número: **0034312-67.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes                                                 |                    | Procurador/Terceiro vinculado              |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|--------------------|
| EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA (AUTOR)                     |                    | FLAVIA ROBERTA DA SILVA PEREIRA (ADVOGADO) |                    |
| TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)              |                    |                                            |                    |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU) |                    |                                            |                    |
| Documentos                                             |                    |                                            |                    |
| Id.                                                    | Data da Assinatura | Documento                                  | Tipo               |
| 68379<br>623                                           | 22/09/2020 16:55   | <a href="#">ANEXO 4</a>                    | Outros (Documento) |



Estado de Pernambuco  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA METROPOLITANA

1ª DELEGACIA DE POLÍCIA METROPOLITANA

\* SEÇÃO DO CARTÓRIO \*

Olinda, 19 de junho de 1.992

Ofício nº 194249-SC

27 JUN 2011

SECRETARIA CRIMINAL DA COMARCA DE OLINDA  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Olinda, 14 JUN 2011

Sr. DIRETOR:



Emolumentos  
T.S.N.R.  
Total

R\$ 2,38  
R\$ 0,48  
R\$ 2,86

França Galvão  
Técnico Judiciário  
Mat. 177.588-5

Com o presente, solicito de V.S. os honorários  
típicos no sentido de designar peritos desse Instituto a fim de  
procederem a perícia traumatológica na pessoa de EDMILSON LIMA  
DE OLIVEIRA, nascido aos 31/02/1970, filho de Edson Soares de  
Oliveira e Raquel Lima de Oliveira, natural de Olinda-PE, resi-  
dente na rua Valentino Rafael, 237, Bultrins, Olinda-PE, estu-  
dante, portador da cédula de identidade nº 3.715.535 SSP/PE,  
o qual encontra-se no Hospital da Restauração, no 5º andar sul,  
setor de enfermagem, sala 504, leito 10.

Assim que concluída deverá a perícia ser reme-  
tida a esta Delegacia, valendo ressaltar que o periciando de-  
ra entrada naquele nosocômio no dia 16/06/1992, às 16:40 hs,  
vítima de atropelamento.

Ao ensejo, apresento a V.S. votos de estima e  
consideração.

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

Recebo

RECEBIDO

de 19/06/92

PROTOCOLO

Bel. JOSE DO AMARAL VASCONCELOS

\* DELEGADO DE POLÍCIA \*

Ilma. Sr.

Dr. Diretor do Instituto de Medicina Legal. - IML  
RECIFE-PE.



ATENDIMENTO Nº

079-472

NOME

Edimilson Lima de Oliveira

Foi atendido às

17:52

horas

do dia

16, 06, 92

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

Trauma Abdominal  
fechado + Lesão esplênica c/ son-  
dagem livre p/ cavidade  
Abdominal + Fratura fechada  
de Tíbia Direita

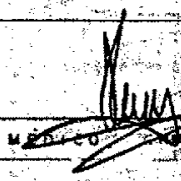
TRATAMENTO REALIZADO

Laparotomia Explora-  
dora + Esplenectomia + Imobili-  
zação de membro inferior Direito  
DATA DA ALTA: 19/06/92

OBS

Voltar ao Ambulatório de Trau-  
matologia

CÓPIA DE

 Cesário Batista  
Médico - N.º 10.230 - Médicos  
CPF 788.293.874-20

Ato Declaratório

RECEBIDO

21 JUL 2011

DELMAC



FIXO

TELEMAR NORTE LESTE S/A  
 CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0019146-4  
 RUA DO BRUM, 485 - RECIFE - PE CEP: 50030-260  
 MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

PAG.: 1/4

|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                            |                                      |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|
| <br>EMERSON LIMA DE OLIVEIRA<br>RUA TUPINIQUINS, 376<br>SANTO AMARO<br>50100-240 | CTC RECIFE/PE PL1                                                                                                          | DATA DE EMISSAO<br>01/06/2011        | TELEFONE<br>3221-6638 0 5 |
|                                                                                                                                                                   | COMPROVANTE DE RESIDENCIA<br>1004040<br> | CNPJ / CPF                           | PAGAR R\$                 |
| ENCIAL: 000013069 - 10<br>PE-10-0511-0T22-0007158-1-22                                                                                                            |                                                                                                                            | TIPO DE TENDIMENTO<br>RESIDENCIAL    | 138,18                    |
| PX DELEGACIA DA MULHER/PX R TUPINAMBA                                                                                                                             |                                                                                                                            | COD. DEB. AUTOMATICO<br>091200090794 | VENCIMENTO<br>16/06/2011  |
|                                                                                                                                                                   |                                                                                                                            | CODIGO DDD<br>81                     |                           |

| PLANO LOCAL: | HISTORICO DO CONSUMO DE MINUTOS: | 05/11: 639:06 | 04/11: 207:24 | 03/11: 269:06 |
|--------------|----------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| FALE         |                                  | 02/11: 262:24 | 01/11: 357:00 | 12/10: 277:12 |

| PAG./LINHA | DATA | DESCRICAO | TEL.ORIGEM | TEL.CHAMADO | HORARIO | DURACAO | TARIFA | VALOR |
|------------|------|-----------|------------|-------------|---------|---------|--------|-------|
|------------|------|-----------|------------|-------------|---------|---------|--------|-------|

CODIGO PROXIMO AO VALOR DO ITEM IDENTIFICA SERVICO REFATURADO, DESCONTO E/OU PARTICIPACAO EM PLANO PROMOCIONAL, CONFORME ABAIXO:  
 VD - VALOR COM DESCONTO

PRESTADORA: TELEMAR NORTE LESTE S/A

NFT N: 00000132425/SERIE /SUB-SERIE

TELEFONE 04946 3221-6638 0 5

## SERVICOS MENSALIS

0001/01 26/05/2011 PA96/145 FALE 230 RESIDENCIAL 01 A 30/05/11  
 0001/02 26/05/2011 PACOTE FALE DIGITAL 01 A 30/05/11

1051EMT227690522062011MM\$138,180024R117:41  
 59,43% VD 49,90  
 6,00  
 55,90

## LIGACOES LOCAIS

0001/03 26/05/2011 CONSUMO MINUTOS

639:06 FRANQUIA

252:36 MINUTOS ALEM DA FRANQUIA

386:30

SUBTOTAL 64,55

## LIGACOES LOCAIS PARA CELULAR

0001/04 23/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/05 26/04/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/06 26/04/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/07 06/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/08 10/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/09 04/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/10 05/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/11 05/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/12 06/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/13 06/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/14 06/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/15 10/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/16 10/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/17 12/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/18 12/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/19 16/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/20 17/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/21 19/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/22 22/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/23 23/05/2011 PE - COD AREA 81  
 0001/24 23/05/2011 PE - COD AREA 81

81 9263-6518 19:36:47 00:00:48 NORMAL 0,72  
 81 9699-5889 10:02:28 00:01:54 NORMAL 1,72  
 81 9699-5889 15:01:48 00:00:42 NORMAL 0,63  
 81 9378-0124 19:12:17 00:00:30 NORMAL 0,45  
 81 9997-1006 12:23:51 00:00:30 NORMAL 0,45  
 81 8867-4597 17:28:50 00:01:06 NORMAL 0,99  
 81 8865-4774 13:35:23 00:01:00 NORMAL 0,90  
 81 8865-4774 21:31:36 00:00:30 REDUZIDA 0,31  
 81 8854-1162 06:42:24 00:00:30 REDUZIDA 0,31  
 81 8644-1262 06:43:15 00:00:30 REDUZIDA 0,31  
 81 8644-1162 06:48:21 00:00:54 REDUZIDA 0,56  
 81 8865-4774 11:51:48 00:01:30 NORMAL 1,36  
 81 8865-4774 11:54:43 00:00:30 NORMAL 0,45  
 81 8769-0295 14:59:32 00:00:54 NORMAL 0,81  
 81 8865-4774 16:01:50 00:01:36 NORMAL 1,44  
 81 8865-4774 10:50:17 00:01:12 NORMAL 1,08  
 81 8800-9220 09:32:34 00:00:36 NORMAL 0,54  
 81 8865-4774 10:09:43 00:00:54 NORMAL 0,81  
 81 8865-4774 12:40:29 00:00:42 REDUZIDA 0,44  
 81 8718-1537 13:21:19 00:00:54 NORMAL 0,81  
 81 8840-8328 19:36:19 00:00:30 NORMAL 0,45  
 15,54

## Pagando até o vencimento você evita:

- Cobrança de multa de 2% + juros de 1% ao mês.
- Suspensão da prestação de serviços (parcial 30 dias e total 60 dias).
- Com + de 90 dias de atraso, Inclusão nos cadastros dos Serviços de Proteção ao Crédito (Serasa, SPC e similares) e cancelamento da linha com perda do número.

Leve aparelhos celulares, baterias e acessórios usados a uma loja Oi para reciclagem.  
 Consulte os pontos de coleta: oi.com.br/coletadebaterias

## RESUMO DA FATURA

SERVICOS OI FIXO 135,98  
 SERVICOS MENSALIS E EVENTUAIS E LIG. FIXO-FIXO 120,45  
 LIGACOES PARA CELULAR 15,54  
 SERVICOS OUTRAS PRESTADORAS 0,00  
 SERVICOS DE TERCEIROS 0,00  
 OUTROS VALORES 2,19

## VALOR A PAGAR

R\$ 138,18

## VENCIMENTO

16/06/2011



MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL  
267929182

PRUBIDO PLASTIFICAR  
267929182

NOME  
EMERSON LIMA DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
3698512 SDB PE

CPF  
762.771.764-25

DATA NASCIMENTO  
02/07/1972

FILIAÇÃO  
EDSON SOARES DE OLIVEIRA  
RAQUEL LIMA DE OLIVEIRA

PERMISSAO  
ACD PLATINAS  
AD

REGISTRO  
00491869908

VALIDADE  
18/08/2015

HABILITACAO  
09/05/1995

OBSERVAÇÕES  
sem observações

LOCAL  
RECIFE - PE

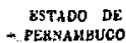
DATA EMISSAO  
19/08/2010

ASSINATURA DO EMISSOR  
01804961498  
98037114693

DETTRAN - PE / PERNAMBUCO

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO  
1004037





SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
W.P.S. DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
01-07-92 INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Reg.

N.º

**CÓPIA AUTÊNTICA**

REQUISITADO POR DP. 194/92 - SC 1ª D.P.M

Edmilson Lima de Oliveira

verificaram o que, a seguir, descrevem, pelo que respondem aos quesitos oficiais.

## HISTÓRICO

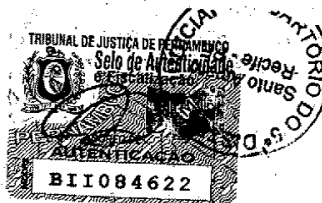
Consta ter sido vítima de atropelamento no dia 16-6-92.x.x.x.x.\*.x.

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado.

27 JUN 2011

**Emolumentos**  
**T.S.N.R**

RS 2,38  
RS 0,48  
RS 2,83



DESCRIÇÃO (VISUM ET REPERTUM)

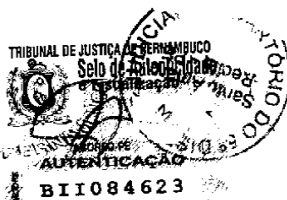
[illegible]

**-CONTINUA NO VERSO**

# VIDE VERSO



— DESCRIÇÃO (CONTINUAÇÃO) —

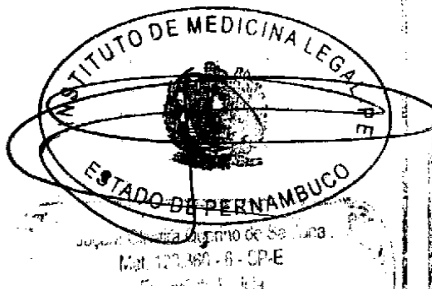


.X.X.X.X.X.X.X.X.

Declaro que a presente cópia é fiel reprodução do original autêntico, apresentando

27 JUN 2011

**GOVERNO DO ESTADO DE PE**  
Secretaria de Defesa Social  
Instituto de Medicina Legal Persivo Cunha  
Seção de Protocolo  
De acordo com a Legislação em vigor, foi extraída esta cópia autenticada do original por solicitação de Edmundo Benício de Oliveira  
dele ofício Nº 383/20  
Data de 08/ Junho / 2011  
Assinado por Katiele Persivo  
Funcionário Matrícula



.X.X.X.X.X.X.X.X.

Claudio César de Medeiros  
Médico Legista  
Mat. 107.423-7

— QUESITOS OFICIAIS —

- 1- Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado? Sim.
- 2- Qual o instrumento que o ocasionou? Instrumento contundente.
- 3- Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida; aceleração de parto; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? Perigo de vida e incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias.
- 4- Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função; enfermidade incurável; incapacidade permanente para o trabalho; aborto? Não.

Fernando Tarciso Miranda Cordeiro Pedro de França Gomes  
Jo Porto Jo Porto  
Testemunha Testemunha  
Edmundo Benício de Oliveira  
Chefe da Seção de Preparação de Laudos

# 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: | 19/08/2011 |
|------------------------|------------|

|                      |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

|              |          |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 3.712,50 |
|--------------|----------|

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

CLIENTE: EDIMILSON LIMA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00917

CONTA: 000000012541-2

---

---

Nr. da Autenticação F45BB59262597385

