



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2016

Carta nº: 8856775

A/C: ADRIANO ALVES DE LIMA

Sinistro: 3160199662
Vitima: ADRIANO ALVES DE LIMA
Data Acidente: 12/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

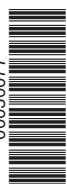
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Investprev Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2016

Carta nº: 8908343

A/C: ADRIANO ALVES DE LIMA

Sinistro: 3160199662 ASL-0144996/16
Vítima: ADRIANO ALVES DE LIMA
Data Acidente: 12/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÃŠÄO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 14 de Abril de 2016

Carta n°: 8977215

A/C: ADRIANO ALVES DE LIMA

Sinistro: 3160199662 ASL-0144996/16
Vitima: ADRIANO ALVES DE LIMA
Data Acidente: 12/12/2015
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: ADRIANO ALVES DE LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000046714-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ADRIANO ALVES DE LIMA** Sinistro: **3160199662** Data: **12/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANTONIO MARTINS, SN - ANGELIM - Sousa - PB - CEP 58801-670**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2799309**

Data local do exame: [**06/04/2016**] **Pombal** [**PB**]

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)
**FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO. AO EXAME MARCHA LIVRE E NORMAL. JOELHO ESQUERDO
PRESENÇA DE CICATRIZ HIPERCROMÍCA COM ÁREA DE RETRAÇÃO EM FACE ANTERO- LATERAL. LIMITAÇÃO LEVE DA
FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO. AUSÊNCIA DE ATROFIA MUSCULAR EM MIE. SEM EDEMA ARTICULAR.**

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.

**REALIZADA LIMPEZA CIRÚRGICA E SUTURA. FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS. NEGA FISIOTERAPIA. ALTA
MÉDICA. NO MOMENTO REFERE DOR E EDEMA A DEAMBULAÇÃO FORÇADA. DESCONFORTO A MOBILIDADE DO JOELHO
ESQUERDO.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do joelho esquerdo

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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Joelho esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 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):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

() Total = "100% da IS"

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





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEL

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, A Adriano Alves da Silva, PORTADOR(A) DO RG Nº 27.993.091 EXPEDIDO POR Outubro/15 EM 16/03/16
 CPF 000.000.000-00 /CNPJ 000.000.000-000-00, PROFISSÃO V.I. - VENDEDOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ - (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA A Adriano Alves da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGENCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 N° da AGENCIA (com dígito, se existir) 0558 N° da CONTA (com dígito, se existir) 96774-2

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

*INVESTIMENTO
11 MAR 2015*

Gouveia M 29 de fevereiro de 2016

LOCAÇÃO DATA

A Adriano Alves da Silva

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.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

AUTO-ATENDIMENTO - ag.sousa

DATA: 07/03/2016

HORA: 18:46:49

TERMINAL: 05581398

CONTROLE: 055813980285

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0558.013.00046714-2

NOME: ADRIANO ALVES DE LIMA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 2,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 0314710132

NÚMERO DE CONTROLE: 067733994

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

INVESTPREV
07 MAR 2016

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvintoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



Secretaria da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
20ª Delegacia Seccional de Polícia
2ª DELEGACIA DISTRITAL DE CAJAZEIRAS

GOVERNO
DA PARAÍBA

BOLETIM DE OCORRENCIA POLICIAL N.º 117/2016

SINISTRO DE TRANSITO

Elisangela N. L.

DATA E HORA QUE A CENTRAL DE BO's TOMOU CONHECIMENTO DO FATO: 01/03/2016 ÀS 10:15 HORAS

Fernandes PB
Mat 155.719-0

LOCAL E DATA DA OCORRENCIA: CAJAZEIRAS - PB

NOME: ADRIANO ALVES DE LIMA

NATURALIDADE: SOUSA - PB

CPF: 043.443.414-06

RG: 2.799.309 SSP/PB

FILIAÇÃO: MANOEL ALVES DE LIMA E GERALDA AMAVEL DE LIMA,

ENDEREÇO: RUA ANTONIO MARTINS, SNº - ANGELIM - SOUSA- PB

HISTÓRICO: QUE NO DIA 12 DE DEZEMBRO DE 2015, POR VOLTA DAS 19H00, O DEclarante CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESI, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2010/2010, PLACA NQA 5497/PB, CHASSI 9C2KC1550AR133184, LICENCIADO EM NOME DO DECLARANTE, QUANDO AO PASSAR PELA RODOVIA DA PRODUÇÃO EM SÃO GONÇALO, EM SOUSA-PB, PASSOU POR UM BURACO E PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTO; QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL EGIONAL DE SOUSA; QUE SOFREU LESÕES PELO CORPO. Nada mais havendo, ciente o comunicante das implicações legais contidas no artigo 229 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achadas conforme, expõe a presente certidão conforme o teor de seu registro.

Autenticidade: DELEGADO PLANTONISTA

COMUNICANTE: Adriano Alves de Lima

ELISANGELA NASCIMENTO DANTAS
ESCRIVÃ POLICIAL
MAT. 155.719-0

Elisangela N. Dantas
Escrivã de Peçaia
Mat. 155.719-0



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Adriano Alves de Lima, portador da carteira de identidade nº 27.993.009 e inscrito no CPF/MF sob o nº 043.443.424-06, residente e domiciliado na Rua: Antônio Martins 511, Cidade Doutor Ulysses, Estado Piauí, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

x Adriano Alves de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

Doutor Ulysses, 20/02/2016





482 192

Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192

Sousa, 11 de janeiro de 2016

Ao Sr.(a)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 11 de Janeiro de 2016 passa a informar o que seque:

Nº da ocorrência: 0029

Vitima: Adriano Alves de lima

Sexo: masculino

Data: 12/12/15

Local da Ocorrência: ***

Médico Intervencionista: Drº Augusto Braga

Viatura: USB 01

Condutor: Reginaldo

Téc. Enfermagem Aninha

Enfermeiro: Bruna

Natureza da Ocorrência: USB 01 acionada para atendimento vitima queda de moto consciente ,hálito etílico sentado apresentando escoriações pelo o corpo sem sinais de fratura imobilizada e encaminhada ao HRS relatou, sob- regulação medica para avaliação.



Renata Soares Virgílio
Renata Soares Virgílio
Coordenadora Administrativa

Renata Soares Virgílio
Diretora Administrativa

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: 08/04/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO ALVES DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000046714-2

Nr. da Autenticação 2B26D35F576C72F5



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Adriano Alves de Lima

RG nº 27.993.09, data de expedição 16/08/13 Órgão Petrarq PB

CPF nº 043.443.414-06, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Antônio Martins</u>
Número	<u>51N</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Angelim</u>
Cidade	<u>Bonito</u>
Estado	<u>Pará</u>
CEP	<u>988.00.000</u>
Telefone de Contato	<u>83.8181.8197/9344-6560/9919-4207</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Angelim/PB 29/02/2016



Assinatura do Declarante: Adriano Alves de Lima



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Adriano Alves de Lima

RG nº 27.993.09, data de expedição 16/08/13 Órgão Petrarq PB

CPF nº 043.443.414-06, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Antônio Martins</u>
Número	<u>51N</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Angelim</u>
Cidade	<u>Bonito</u>
Estado	<u>Pará</u>
CEP	<u>988.00.000</u>
Telefone de Contato	<u>83.8181.8197/9344-6560/9919-4207</u>
E-mail	

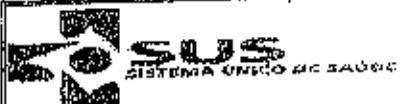
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Angelim/PB 29/02/2016



ANIVERSREV
11 MAR 2016

Assinatura do Declarante: Adriano Alves de Lima



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476 CNPJ/CPF: 08.778.267/0027-08

NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

ENDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA B. GATO PRETO N° 433 CEP: 58.802.180.

MUNICÍPIO: SOUSA

ESTADO: PARAÍBA/PB

PACIENTE: Adriano Alves de Souza

SUS: IDADE: 33 SEXO: M RACA: 3

DATA NASC: 08/10/51 PROFISSÃO: Motorista

ENDEREÇO: R. Adelino Andrade 145

BAIRRO: Jardim Município: Sousa

ESTADO: PB CEP: 58.802-170 DOCUMENTO:

DATA DO ATENDIMENTO: 27/02/175 COD. MUNICIPIO: 05.16.20

CONTATO: 83995135041 Mãe Gerofida, Av. Presidente da Costa

Acompanhante:

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

Vitória de paciente de meia idade, C.O.T.G.,
apresentava lesão de colo de 15cm em joelho esq.
doloroso. Tensão arterial sistólica 130mmHg.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECUSOS

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG
- 02- PRIMEIRA CONSULTA; (ELETIVA)
- 03- CONSULTA SUBSEQUENTE; (ELETIVA)
- 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
- 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
- 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
- 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
- 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
- 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- 01- PRESCRIT SERVAÇÃO IDÊNCIA INTERN
 02- APLICADA OUTRO HOSPITAL BITO OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO/CBO

IDADE

Ass. do(s) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

Ass. do REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

Ass. do REVISOR

Cirurgia Geral

IRB-23 3249 / RN 2125

Ass. do PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL: ENUNCIADO DE PEGAR O RETORNO

Cirurgia Geral

IRB-23 3249 / RN 2125

Ass. do REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

Ass. do REVISOR



MANOEL ALVES DE LIMA

DOCUMENTO: CAR. NÚMERO: 2739809. SGP. PR.

CT: 043.443.414-06 DATA EMISSÃO: 18/05/1947

NOME: MANOEL ALVES DE LIMA
NOME: GERALDA ANAELA DE LIMA

DATA DE NASCIMENTO: 26/11/2007

VALIDADE EM TODOS OS ESTADOS DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

818316290

PRINTER PLASTIFILAR

DON: SOUSA, PR. DATA: 16/08/2013

66827666X12
28026864467

Rodrigo Gonçalves

818316290



MANOEL ALVES DE LIMA

DOCUMENTO: CAR. NÚMERO: 2739809. SGP. PR.

CT: 043.443.414-06 DATA EMISSÃO: 18/05/1947

NOME: MANOEL ALVES DE LIMA
NOME: GERALDA ANAELA DE LIMA

DATA DE NASCIMENTO: 26/11/2007

VALIDADE EM TODOS OS ESTADOS DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

818316290

PRINTER PLASTIFILAR

DON ROUÍA, PR DATA EMISSÃO: 16/08/2013

66627666X12
28026864467

Rodrigo Gonçalves

818316290



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E DE ENTRADA DE VEÍCULO
Nº 012029954405

VIA:	CÓD. RENAVAM:	PLACA:	EXERCÍCIO:
1	0022617570-7	NOA5491/PB	2015
NOME: ADRIANO ALVES DE LIMA			
CPF / CNPJ:	04344341406	PLACA ANT / UF:	NOA5491/PB
NOVO	PR	CHASSI:	9C2KC1550AR133184
ESPECIE: PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC		GASOLINA	
MARCA / MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESTI		ANO FAR:	2010
CAP / POT / CIL: 2 B/149 / CT		ANO MOD:	2010
CATEGORIA: ALUGUEL		COR PREDOMINANTE: VERMELHA	
COTA ÚNICA: 00/00/0000		VENC. COTAS:	
FAIXA IPVA: *VA		PARCELAGEMTO / COTAS:	
*****		0	
*****		3*	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) : 109 (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$) : 109 (R\$)	
*****		DATA DE PAGAMENTO: 30/07/2015	
OBSERVAÇÕES: REST. BEN. TRIBUTARIO			
SEGUSA - PB		DATA: 31/07/2015	
36633		11436	

DENATRAN

CONTRAN

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURADO DPVAT.

PB Nº 012029954405 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguredotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO:	2015	DATA EMISSÃO:	31/07/2015
VIA:	04344341406	PLACA:	NOA5491/PB
RENAVAM:	0022617570	MARCA / MODELO:	HONDA/CG 150 FAN ESTI
ANO FAR:	2010	ANO MOD:	2010
CATEGORIA:	ALUGUEL	CUSTO MENSAL (R\$):	9C2KC1550AR133184
PRÉMIO TARIFÁRIO		CUSTO MENSAL (R\$)	
*****	*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$): 109 (R\$)		SEGURADO: P A G O	
*****		DATA DE PAGAMENTO: 30/07/2015	
PAGAMENTO:		DATA DE DEBITO:	
COTA ÚNICA		PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.006/0001-04
www.seguradoralider.com.br

11436-1523266-20150731

AN-2015



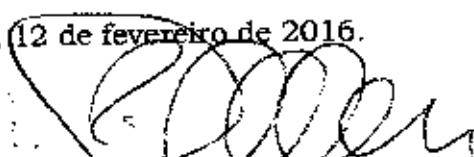
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE SOUSA
Rua Tiradentes, nº 06, Centro – CEP 58.800-658 / Fone (83) 3522-6638

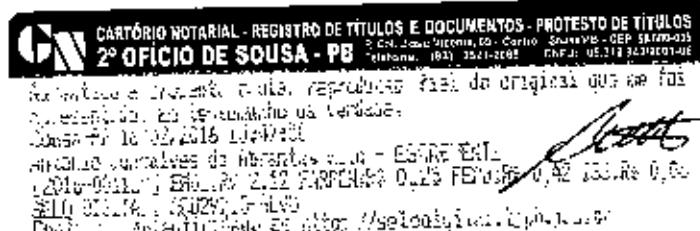
CERTIDÃO

*Eu, FRANCISCO ABRANTES MOREIRA, Delegado de
Polícia Civil, lotado e em exercício na 2ª Delegacia Distrital
de Policia Civil de Sousa - PB, no uso das atribuições
legais, etc.*

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, nesta cidade de Sousa/PB, não existe NUMOL – Núcleo de Medicina e Odontologia Legal, sendo que as vítimas de lesões corporais e óbitos são encaminhadas ao NUMOL em Patos/PB, que é o mais próximo, que fica localizado a cerca de 128 km de distância. O referido é verdade. Dou fé.

Sousa, (12 de fevereiro de 2016).


Bel. FRANCISCO ABRANTES MOREIRA
Delegado de Policia Civil
Mat.: 156.883-3
Mat.: 156.883-3



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160199662 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO ALVES DE LIMA **Data do acidente:** 12/12/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: NTRAUMA NO JOELHO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: FERIMENTO PROFUNDO

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: JOELHO 25%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160199662 **Cidade:** Cajazeiras **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO ALVES DE LIMA **Data do acidente:** 12/12/2015 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM JOELHO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME MARCHA LIVRE E NORMAL. JOELHO ESQUERDO PRESENÇA DE CICATRIZ HIPERCRÔMICA COM ÁREA DE RETRAÇÃO EM FACE ÂNTERO- LATERAL. LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO. AUSÊNCIA DE ATROFIA MUSCULAR EM MIE. SEM EDEMA ARTICULAR.

Resultados terapêuticos: REALIZADA LIMPEZA CIRÚRGICA E SUTURA. FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS. NEGA FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA. NO MOMENTO REFERE DOR E EDEMA A DEAMBULAÇÃO FORÇADA. DESCONFORTO A MOBILIDADE DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/04/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: