

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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



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.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Abril de 2016

Carta nº: 8977215

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.: 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 HIPERCROMICA 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.

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 susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do 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

() "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):
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):

% 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.


Rosana Bezerra Duarte de Paiva - CRM: 4183 - PB



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Adriano Alves de Lima
 PORTADOR(A) DO RG Nº 27.99.309 EXPEDIDO POR Itapiranga EM 16/08/2016
 CPF 000.000.000-00 / CNPJ 00.000.000/0000-00, PROFISSÃO ENFERMEIRO
 E RENDA MENSAL DE R\$ - (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA a vítima, 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 Lotéricas 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 _____ 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) 0558 Nº 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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

INVESTIDOR
13 MAR 2016

Itapiranga 29 de fevereiro de 2016
 LOCAL E DATA

Adriano Alves de Lima
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

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.



Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria 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



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

Escritório de Polícia
Mat. 155.719-0

LOCAL E DATA DA OCORRENCIA: CAJAZEIRAS - PB

NOME: ADRIANO ALVES DE LIMA

NATALIDADE: SOUSA - PB

CPF: 043.443.414-06

RG: 2.798.303 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 FANESI, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2010/2010, PLACA NQA 5497/PB, CHASSI 9CZKC1550AR133184, 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 REGIONAL 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.

Autoridade: DELEGADO PLANTONISTA

COMUNICANTE: Adriano Alves de Lima



ELISANGELA NASCIMENTO DANTAS
ESCRIVÃ POLICIAL
MAT. 155.719-0

[Handwritten Signature]
Elisangela N. Dantas
Escrivã de Polícia
Mat. 155.719-0

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



0004

Nº

Eu, Adriano Alex de Lima, portador da carteira de
identidade nº 2799309 e inscrito no CPF/MF sob o nº 043.443.424-06,
residente e domiciliado na Rua: Antonio Martins 511,
Cidade Jouma Estado Paraná, 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.

Adriano Alex de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Jouma/PR 29/02/2016

Local e data





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 segue:

Nº da ocorrência: 0029

Vítima: Adriano Alves de Lima

Sexo: masculino

Data: 12/12/15

Local da Ocorrência: ***

Médico Intervencionista: Drº Augusto Braga

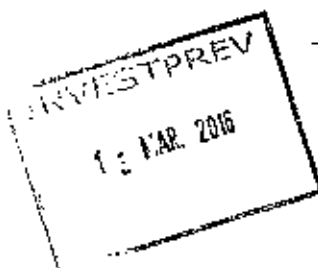
Viatura: USB 01

Condutor: Reginaldo

Téc. Enfermagem Aninha

Enfermeiro: Bruna

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



Renata Soares Virgínio
Renata Soares Virgínio
Coordenadora Administrativa

Renata Soares Virgínio
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



"0015"

"0015"

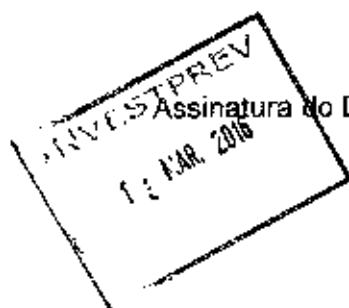
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Adriano Alves de LimaRG nº 27 99309, data de expedição 16/08/13, Órgão Detran/PB

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Antonio Martins</u>
Número	<u>510</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Angelim</u>
Cidade	<u>Souza</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>988 00 000</u>
Telefone de Contato	<u>83.8181.8197/9344.6560/9919.4307</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Angelim/PB 29/02/2016Assinatura do Declarante: Adriano Alves de Lima



"0015"

"0015"

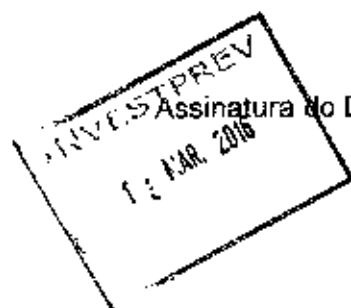
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Adriano Alves de LimaRG nº 27 99309, data de expedição 16/08/13, Órgão Detran/PB

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Antonio Martins</u>
Número	<u>510</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Angelim</u>
Cidade	<u>Soutra</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>988 00 000</u>
Telefone de Contato	<u>83.8181.8197/9344.6560/9919.4307</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Angelim/PB 29/02/2016Assinatura do Declarante: Adriano Alves de Lima

CRISTIANA ARAUJO ALVES LIMA
RUA ANTONIO MARTINS, S/N - ANIELIM
SOUSA / PB CEP 58900-000 (45 177)

Class/Subcl: RESIDENCIAL / BARRA RENDIA ANCIENAS CO
Roteiro 15 - 177 - 280 - 2140 Referência: Nov/2015
17 medidor 0000173761 Empresa: 04110215

ENERGISA PARAIBA - DE PS UO URADE SUE (CASA)
B-200, Km 25 - Cmla Redenim - Lda - P. 200 - PB CEP: 5.171-500
CNPJ: 09.056.152/0-91-50 - Insc. Est. 16.0.5.6234

Nº de Fiscal/Cidade: 04110215/110-082
Código para D.M.A. Acadêmica: 0001-201408

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

ID: 11677 0062 e-tribe: b058 3eBe 4B1c 141d

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1420345-9**

Nov / 2015

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE 10% concedida pela Lei nº 10.438, de 25 de set. de 2002

Apresentação

25/11/2015

Data prevista da
próxima leitura

24/12/2015

CPF/ CNPJ/ RANT
4834659431

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Consumo	Dias
Data	Leitura	Constante	
27/10/15	4543	1	79
25/11/15	4734	01	

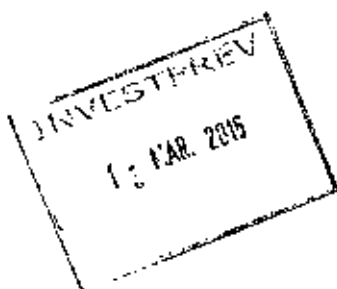
Faturas em atraso

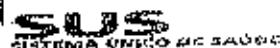
FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 20/11/2015 PAGAS
OBRIGADOR

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh-BR	30	0,1466	4,38
Consumo - 37 a 160 kWh-BR	51	0,1794	9,12
Adic. B Remessa			2,16
Substac			6,58
IMPOSTOS E ENCARGOS			
ICMS (Base de Cálculo R\$ 69,17) (Alíquota 25,00%)			17,34
PIS			0,53
COFINS			2,46
JUROS DE MORA 10/2015			3,07
MULTA 10/2015			0,72

Histórico de Consumo





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):
CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476 CNPJ/CNPJ: 08.778.267/0027-08
NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA S: GATO PRETO N° 433 CPE: 58.802.180.
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAIBA/PB

PACIENTE: Adriano Alves de Lima
 SUS: _____ IDADE: 33 SEXO: M RAÇA: S
 DATA NASC: 08.05.1982 PROFISSÃO: motorista
 ENDEREÇO: R. Antônio Martins 745
 BAIRRO: Angela MUNICIPIO: Sorocaba
 ESTADO: SP CEP: 13020-175 DOCUMENTO: _____
 DATA DO ATENDIMENTO: 24.02.175 COD. MUNICIPIO: 25.6.2
 CONTATO: 8399-1573504 Mãe: Gerolde Aparecida de Lima

Acompañante:

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:
 Ref. história de acidente de motocicleta, COTG
 representando parte de cerca de 15 dias em joelhos es-
 querdos. Hábitos: Paracetamol para dor aguda e
 diclofenaco.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

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

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:
NATUREZA DA CONSULTA
CONSULTA BÁSICA (PAB): _____
CONSULTA ESPECIALIZADA: _____

PROCEDIMIENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG
02- PRIMEIRA CONSULTA; (ELETIVA)
03- CONSULTA SUBSEQUENTE; (ELETIVA)
04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGENCIA 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

Recepcionista:

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)


ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL: _____

ASS. DO DEVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR




70211 127

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA INSTITUT D'ESTUDIS I INVESTIGACIÓ 818316290	AURIMO ALVES DE LIMA		
			
	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓ		
	CV 043.443.414-06 18/05/1982		
818316290	NOMI		
	MARCIO ALVES DE LIMA		
	GERALDA AMARAL DE LIMA		
	PERMISO ACC CURSA		
818316290	EXPIRACIÓ		
	26/11/2007		
	SIGNATURE		
	[Signature]		
818316290	DATA		
	15/08/2013		
	66827466X12		
	78024864407		



70211 127

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA INSTITUT D'INVESTIGACIÓ I ANÀLISI 818316290	AURIMO ALVES DE LIMA		
			
	DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓ		
	CV 043.443.414-06 18/05/1982		
818316290	NOMI		
	MARCOS ALVES DE LIMA		
	GERALDA AMARAL DE LIMA		
	PERMISO ACC CURSA		
818316290	EXPIRACIÓ		
	26/11/2007		
	SIGNATURE		
	[Signature]		
818316290	DATA		
	15/08/2013		
	66827466X12		
	78024864407		



00007

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012029954405
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0022617570-7 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2015

NOME
ADRIANO ALVES DE LIMA

CPF / CNPJ 04344341406 PLACA NOA5497/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1550AR133184

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN EST ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CAP. / POT. / CIL 2 P/149 /CT CATEGORIA ALUGUEL COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. / COTAS 1*

FAIXA LÍQUIDA PARCELAMENTO / COTAS 0 2*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 30/07/2015

REST. BEN. TRIBUTÁRIO

SOUSA - PB 31/07/2015

36633 11436

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO 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.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 31/07/2015

VIA 1 CPF / CNPJ 04344341406 PLACA NOA5497/PB

RENAVAM 0022617570 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN EST

ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010 CHASSI 9C2KC1550AR133184

PRÊMIO TARIFÁRIO

***** (R\$) ***** (R\$) COTA ÚNICA (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 30/07/2015

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.006/0001-04
www.seguradoralider.com.br
11436-1523266-20150731



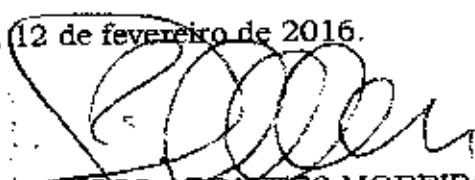
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
2ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE SOUSA
Rua Tiradentes, nº 06, Centro – CEP 58.800-658 / Fone (83) 3522-6638

CERTIDÃO

*Eu, FRANCISCO ABRANTES MOREIRA, Delegado de
Polícia Civil, lotado e em exercício na 2ª Delegacia Distrital
de Polícia 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 Polícia Civil
MAT. 156.883-3
Mat.: 156.883-3

CN CARTÓRIO NOTARIAL - REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS - PROTESTO DE TÍTULOS
2º OFÍCIO DE SOUSA - PB
Rua José Wilson, Ed. Carlo - SOUSA - PB 58.000-000
Fone: (83) 3541-2085 CNPJ: 06.318.343/0001-02
Autenticado e transcrito a esta reprodução fiel do original que me foi
apresentado, em atendimento ao requerido.
Sousa PB 12/02/2016 10:49:01
Arquivo digitalizado de liberação em - ESCRITÓRIO
12/02/2016 10:49:01 ESCRITÓRIO 2.42 PARCELA 0.42 FÉV 2016 0.42 156.883-3
SELLO DIGITAL 156.883-3-156
Contato: Autenticado em http://sellobrigada.pb.gov.br

INVESTPREV
12 FEB 2016

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:

