

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6053768

A/C: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA

Sinistro: 3150014063
Vitima: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA
Data Acidente: 22/11/2013
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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6112646

A/C: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA

Sinistro: 3150014063
Vítima: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA
Data Acidente: 22/11/2013
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.

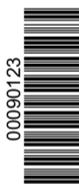
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

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



**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): Carlos Augusto Farias de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Severino Bernardo, 317 A
Bodocongó Campina Grande PB CEP: 58430-445
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3584704
Data local do exame: [21/01/2015] Campina Grande [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)

A vítima sofreu fratura na tuberosidade do femur direito com lesão de ligamento do joelho direito. Encontra-se com marcha claudicante, edema na perna e joelho direito, tem cicatriz cirúrgica na face anterior da perna, edema e um pouco de limitação dos movimentos do tornozelo direito e instabilidade no joelho direito.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

A vítima foi operada, sendo colocado parafusos na fratura e fez 10 sessões de fisioterapia.

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

Sim () Não

Existindo seqüela(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.

A vítima ficou com limitação funcional grave no membro inferior direito.

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 seqüela 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 (Seqüela):

membro inferior direito

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

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

() Total = "100% da IS"

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

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joazeiro B. de Sousa
CRM 5401
Médico

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150014063

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA

Data do acidente: 22/11/2013

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Contusão em joelho esquerdo

Resultados terapêuticos: Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150014063

Cidade: Campina Grande

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA

Data do acidente: 22/11/2013

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: A vítima sofreu fratura na tuberosidade do fêmur direito com lesão de ligamento do joelho direito. Encontra-se com marcha claudicante, edema na perna e joelho direito, tem cicatriz cirúrgica na face anterior da perna, edema e um pouco de limitação dos movimentos do tornozelo direito e instabilidade no joelho direito

Descrição do exame médico pericial: A vítima ficou com limitação funcional grave no membro inferior direito

Resultados terapêuticos: A vítima foi operada, sendo colocado parafusos na fratura e fez 10 sessões de fisioterapia

Sequelas permanentes: DANO GRAVE EM MID

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/01/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: João Merez Bandeira de Sousa

CRM do médico: 5401

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

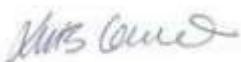
SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





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, Carlos Augusto Xavier de Lima,
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3584704 EXPEDIDO POR Detran PB EM 09/09/13 E
 CPF 003605804-66 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO locuente
 E RENDA MENSAL DE R\$ locuente (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo, 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.

1 Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 0797 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 42500-0

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

ARTIANA

LOCAL Campina Grande - PB DATA 10/12/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Carlos Augusto Xavier de Lima 06 JAN 2015

Ass.

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.



CAIXA
POUPANÇA



603689 0010 19259 6914

CARLOS AUGUSTO F LIMA
0737 013 00042500-0 04/17



VALID 5/2015 06/15

Assinatura autorizada. Inválido sem assinatura. Authorized signature. Not valid unless signed.

Este cartão é pessoal e intransferível
Atendimento Comercial: 0800 726 0505 / (11) 3878 2000 - SP
SAC CAIXA: 0800 726 0101 / Deficiente Auditivo: 0800 726 2492
Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br



AQUI Banco24Horas **Maestro** **Cirrus**

ARIANA

06 JAN 2015

Ass. _____

30/22



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
10ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos
Rua Raimundo Nonato, S/n – Catolé – C. Grande/PB, fone: 3310.9319



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL, VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO

DATA, HORA E LOCAL DO FATO: 22.11.2013, por volta das 19h30min, na Rua Antônio Cavalcante, próximo ao Canal de Bodocongó, Bairro de Bodocongó, Campina Grande /PB.

DATA E HORA EM QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO: 25.11.2014, às 15h20min.

COMUNICANTE/VÍTIMA: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA, Brasileiro, natural de Campina Grande/PB, solteiro, estudante, com ensino fundamental incompleto, de 21 anos de idade, nascido aos 14.08.1993, filho de Maria Rosângela Farias de Lima, portador da cédula de identidade nº 3.584.704 – SSP/PB, residente à Rua Severino Bernardo, 317-A, Bairro de Bodocongó, Campina Grande/PB, fone: não informado.

DAS TESTEMUNHAS: EDNA SUILY FERREIRA DE LIMA, brasileira, solteira, vendedora, com ensino médio completo, com 44 anos de idade, filha de Pedro Ferreira de Lima e Maria Carneiro de Lima, residente à Rua Juvêncio Arruda, nº 240, Bairro Novo Bodocongó, Campina Grande/PB, fone: não tem, e SUÊNIA TEIXEIRA DE MEDEIROS, Brasileira, natural de Campina Grande/PB, divorciada, supervisora de operações, com 37 anos de idade, filha de Francisco Medeiros de Souza e Mirian Lúcia Teixeira de Barros, residente à Rua João Maurício de Medeiros, nº 54, Bairro do Monte Santo, Campina Grande/PB, fone 8640.3833.

DO ACUSADO: NÃO HÁ.

DA NARRATIVA DO FATO: Informa o comunicante, que no dia, hora e local já descritos, estava se deslocando para a sua residência, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125 FAN KS, ano/modelo 2010/2010, cor preta, chassi 9C2JC4110AR611356, de placa MOV-6253/PB, licenciada em nome de Eduardo Lopes Rodrigues, quando perdeu o controle de

ARUANA SEGUROS

30 DEZ 2014

José Alberto do Nascimento
Delegado de Polícia



direção e caiu ao solo, após passar em alta velocidade por um quebra-molas não sinalizado, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrido por populares e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, nesta cidade, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme prontuário médico em anexo. Informa ainda que não ficou completamente curado da lesão no joelho e alguns meses depois foi submetido a cirurgia no hospital João XXIII, também nesta cidade. Ao local não compareceram os Policiais Militares da CPTran, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. No momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e o local é pouco iluminado, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebidas alcoólicas. As testemunhas arroladas não presenciaram o acidente, entretanto tomaram conhecimento de acordo com o que foi descrito. Ciente o comunicante do que dispõe o Artigo 299 do CPB, encerramos o presente Boletim de Ocorrência.

DELEGADA: Bel.^a Josefa Alves de Assis
Delegada de Polícia Civil

COMUNICANTE: Carlos Augusto Priore de Lima

TESTEMUNHA: Edna SUEHY F. DE Lima

TESTEMUNHA: Suênia Teixeira de Medeiros

ESCRIVÃO: 1
José Alberto do Nascimento

ARUANA SEGUROS
30 DEZ 2014



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Augusto de Lima

Portador do RG nº 3584704 expedido pelo SSP/PB em 04/09/13

CPF nº 308605804-66 na qualidade de favorecido (a) /beneficiário (a),

venho perante a este instrumento, declarar que não possuo comprovante de residência 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)	Rua: <u>Serejimo Bernardo</u>
Número	<u>317 - A</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Zodocongo</u>
Cidade	<u>Campina Grande</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58430 - 945</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 8640.3833 / 8894.0004 / 9364.1629</u>
E-mail	<u>miuamazequea@hormail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Campina Grande, PB 10/12/2014
LOCAL / DATA

Carlos Augusto de Lima
ASSINATURA DO DECLARANTE

ARIANA

06 JAN 2015

Ass: _____

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE JAGUARIBE
 Rua Feliciano Cirne, s/n - Jaguaribe João Pessoa - PB
 CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
 INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

11902051

N. OSP

34006112

JOSE ARQUILINO BARBOSA

RUA SEVERINO BERNARDO, 317-A

BODOCONGO

58430-445

CAMPINA GRANDE

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
010 43 170 0210	000	1	0	0	0	J
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
804X040005	05/07/2009	A	LIGADO	LIGADO		

Consta(■) em nosso(s) registro(s) pendência(s) de pagamento de 2013 anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(■) o imóvel a suspensão do fornecimento de água. Se o débito já estiver sido pago, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou call center (115) gratuito.

REFERENCIA CONTRA

MAR/2014

VENCIMENTO

23/03/2014

VALOR(R\$)

51,25

EMISSAO:

10/04/2014

Total a Pagar:

R\$ 51,25



MATRÍCULA	N. OSP	EMISSAO	TOTAL A PAGAR
11902051	34006112	10/04/2014	R\$ 51,25

82670000000-1 51250010900-8 11902051034-1 00611200000-2



CAGEPA

MATRÍCULA

11902051

N. OSP

34006112

EMISSAO

10/04/2014

TOTAL A PAGAR

R\$ 51,25

RECEBI A NOTIFICACAO REFERENTE, AO(S) DEBITO(S) ACIMA RELACIONADO(S)

JOSE ARQUILINO BARBOSA DATA: 10/04/2014

RUA SEVERINO BERNARDO, 317-A HORA: 7:44:17

INSCRICAO 010.43.170.0210 ASS:-----

ARUANA

06 JAN 2015

Ass.



Hospital João XXIII (SAS)

Data: 01/04/2014

Paciente : Carlos Augusto Farias de Lima

Convenio: bradesco

Cirurgião: Fabio Gondim Nepomuceno

Auxiliar : Ericson Marques

Segundo : Eldiman soares

Anestesista: Bernardo arruda

Instrumentadora: Waleska

Circulante: Fernandinha

Diagnostico : ruptura lca + condropatia + meniscose + transposi tendao

Cirurgia: Artroscopia do joelho para instabilidade joelho + sinovectomia + instabilidade patelar + condroplastia

Acidentes durante a cirurgia: no laudo previo comprovando lux patelar e lesão do lca com o paciente anestesiado optamos em primeiro realizar a cirurgia do lca e tratar o patelo fêmoral medial conservador.

Descreção cirúrgica:

- 1 Decubito dorsal sob raquianestesia
- 2 Instalação de infusor com fluxometro e equipo utilizado soro fisiológico 10 litros
- 3 assepsia e antissepsia e aposição de campos estéreis
- 4 Abertura dos portais artroscopicos
- 5 Retirada tendões semitendineo e gracilis para reconstruir lca
- 6 utilizado **lamina de shaver** sinovector para sinovectomia e **meniscectomia** e **ponteira** para condroplastia.
- 7 Tuneis ósseos em fêmur e tibia com **fio guia** e **fio broca**
- 8 Subida do enxerto e fixado no fêmur com **endobouton** 2,0 cm e fixado em tibia com **interferência absorvível e agrafe**
- 9 **dreno 3.2** aspirativo em sistema fechado
- 10 sutura com nylon
- 11 curativo

Fabio gondim Nepomuceno

ARIJANA
 5102 MAR 9 Dr. Fabio Gondim Nepomuceno
 CRM-PB: 4428
 Otopedia - 8031 - 10508
 CPF: 872.375.204/15
 CRM 5429

Ass. _____



FICHA DE INTERNAÇÃO

Paciente: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA RG: 3564704
 Nasc.: 14/08/1993 Idade: 20 Ano(s) Sexo: Masculino
 Leito: 220.02 POSTO - 200 U.I.: PARAIBA Data: 1/04/2014
 Operador: HELEN Hora: 15:06:10

Prontuário: 166357
 R.I. Nº: 9503
 FAA Nº: Data/Hora:
 Tipo de Atend.: ELETIVA *Bradiso*

Dados Pessoais
 Telefone: DOC:
 End.: Rua Severino Bernardo Nº:317A
 Bairro: Bodocongó
 Cidade: Campina Grande
 Est. Civil:
 Pai:
 Mãe: MARIA ROSANGELA FARIAS DE LIMA

CNS:
 CEP: 58430-445
 UF: PB
 COR: PARDA

Dados Médicos
 Solicitante: FABIO GONDIM NEPONUCENO
 Diag. Inicial: Z00 A ESCLARECER

CPF: 872.375.204-15 CNS: 201.5610.1410.001E

Alta: *02/04/14* Horas: Assinatura:
 Documento:

Funcionário: CID:
 Diagnóstico principal: CID:
 Código do procedimento: CID:
 Diagnóstico secundário: CID:
 Código do procedimento: CID:
 Outros diagnósticos:
 Código(s) do(s) procedimento(s):

Tipo de Saída:
 Alta: Curado () Melhorado () A Pedido () Inalterado ()
 Evasão () Óbito () Transf. Ext ()
Tipo de Tratamento:
 Clínico () Cirúrgico: () Cirurgia suspensa: () Sim () Não
 Motivo da suspensão:

Se a causa desta internação for resultante de trauma, acidente ou intoxicação, indique causa

Nome do Médico: _____ CID:
 Funcionário do Setor de Internação: _____ CRM: _____
 É obrigatória a apresentação do Cartão SUS do paciente em até 48 horas.

ARIJANA
 06 JAN 2015
 Ass. _____



Centro Hospitalar João XXIII

SISTEMA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DE SAÚDE - SAS

NOTA DE SALA DE CIRURGIA GERAL



Paciente: Carlos Augusto Farias de Lima RI N° 9503
 Registro: 166357 Quarto 277 Leito 03 Sala 3 Idade 20
 Cirurgião: P. Fábio Gondim Anestesiologista: A. Bernardo
 Cirurgia: Intussuscepção + ligamento de Treitz
 Instrumentador: Waleska F. M. F. M. F. Anestesia: Venosa
 Data: 01/04/14 Início: 19:30 Término: 20:00

QTD.	MED. ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	QTD.	POMADAS
	Clonidín amp.		Aguilha Descartável 25x7		Epítezan
	Dimorf amp. 1mg		Aguilha Descartável 40x12		Kolagenase
1	Dimorf amp. 0.9mg	2	Aguilha Descartável 13x4,5		Nebacetim
1	Dormonid amp.	1	Aguilha Peridural n° 17		Xilocaína Geléa
	Esmeron amp.		Aguilha Raqui n° 25		
1	Fentanil amp. 2 ml	1	Aguilha Raqui n° 27		
	Fentanil amp. 10 ml	4	Atadura de Crepom n° 20 (15)		
	Hypnomidate		Atadura Gessada n°		
	Ketalar fr / amp.		Bolsa Colostomia		
1	Mercaina fr. Pesada	9	Borracha Silicone 27x15		
	Narcan amp.		Cateter p/08		
	Nilperidol amp.		Cateter Peridural		
	Nimblum	100	Clorhexedina Alcoólica 0.2%	QTD.	FIOS
	Propofol amp.		Clorhexedina Aquosa	1	Mononylon 2-0 1251
	Sevorane	50	Clorhexidina Degermante 4% unid.		Mononylon
	Tramal amp.	15	Compressa Grande (45x50 - 13)		Catgut cromado
	Tracrium	1	Dreno Biduro 3.2		Polycot
	Rapifen	5	Eletrodo olive		Polycot
		1	Equip. Macrogotas c/injetor		Prolene
		1	Equip. Microgotas c/injetor	4	Prolene (3353H)
		1	Equip. 4 vias	1	Vicril 2-0 10-0
		1	Esparadrapo mt		Vicril
		13	Filtro p/ Respirador 100ml		Cromado
		1	Gases com 10 (13)		Cromado
		1	Geico n° 20		Simplex
		1	Intracath Adulto		Simplex
1	Adrenalina amp.	1	Lâmina de Bisturi n° 11	1	Ethibond 5 MP546
	Água destilada amp.	1	Lâmina de Bisturi n° 15		Ethibond
	Antak amp.	1	Lâmina de Bisturi n° 25	QTD.	SOROS
1	Atropina amp.	1	Luva Procéd. Knit	3	SF 100ml 100ml
1	Buscopan amp.	1	Luva n° 6.5 (estéril)	2	SF Normotérmicos fr. 500ml
1	Cefazolina (Kefazol)	1	Luva n° 7 (estéril)		SF Gelado fr. 500ml
1	Decadron amp.	1	Luva n° 7.5 (estéril)		SF Hipertérmico fr. 500ml
1	Dipirona amp.	1	Luva n° 8 (estéril)	3	Soro Rinfer fr. 500ml
1	Dramin amp.	1	Luva n° 8.5 (estéril)		SG fr. 500ml
1	Efedrina amp.	1	Micropore		SG fr. 100ml
1	Garamicina amp.	1	Oxigênio 1/m	QTD.	ORTESE E PRÓTESE
1	Glicose amp.	1	PVPI Degermate		
1	Hidrocortisona amp.	1	Seringa Descartável 1ml (c/ag)		
1	Hisocel	3	Seringa Descartável 3ml (c/ag)		
1	Kanabion amp.	3	Seringa Descartável 5ml (c/ag)		
1	Keflin fr.	2	Seringa Descartável 10ml (c/ag)		
1	Lasix amp.	1	Seringa Descartável 20ml (c/ag)		
1	Metrodinazol amp.	1	Seringa Descartável 60ml (bico curto)		
1	Nauseadron amp.	1	Seringa Descartável 60ml (bico longo)		
1	Novabupri 0.5% c/vaso	1	Sonda Endotraqueal n°		
1	Novabupri 0.5% s/vaso	1	Sonda Foley °		
1	Omeprazol	1			
1	Plasil amp.	1			
1	Prufenid fr.	1			
1	Prostigmine amp.	1			
1	Quelicin	1			
1	Rocefin fr. (Ceftriaxona)	1			

ARIJANA

0.6 JAN 2015

EQUIPAMENTOS

- () Ozímetro de Pulso
- () Serra
- () Desfibrilador
- () Foco Frontal
- () Foco Auxiliar
- () Electrocautério
- () Oxímetro Sáfiro
- () Cardiomonitor



CLÍNICA DE ANESTESIA
E TRATAMENTO DA DOR
DR. ANTÔNIO ARRUDA

nº 807, Sala 202 - Prata - Telefone: 83.332139

Rua José de Alencar

Dr. Bernardo Arruda
CRM 5792

Dr. Marcos Arruda
CRM 1146

Nome: Wagner Augusto Soares de Lima
Idade: 70 Sexo: M Cor: branco Peso: 75
Altura: - Clínica: CP Prata ASA: I

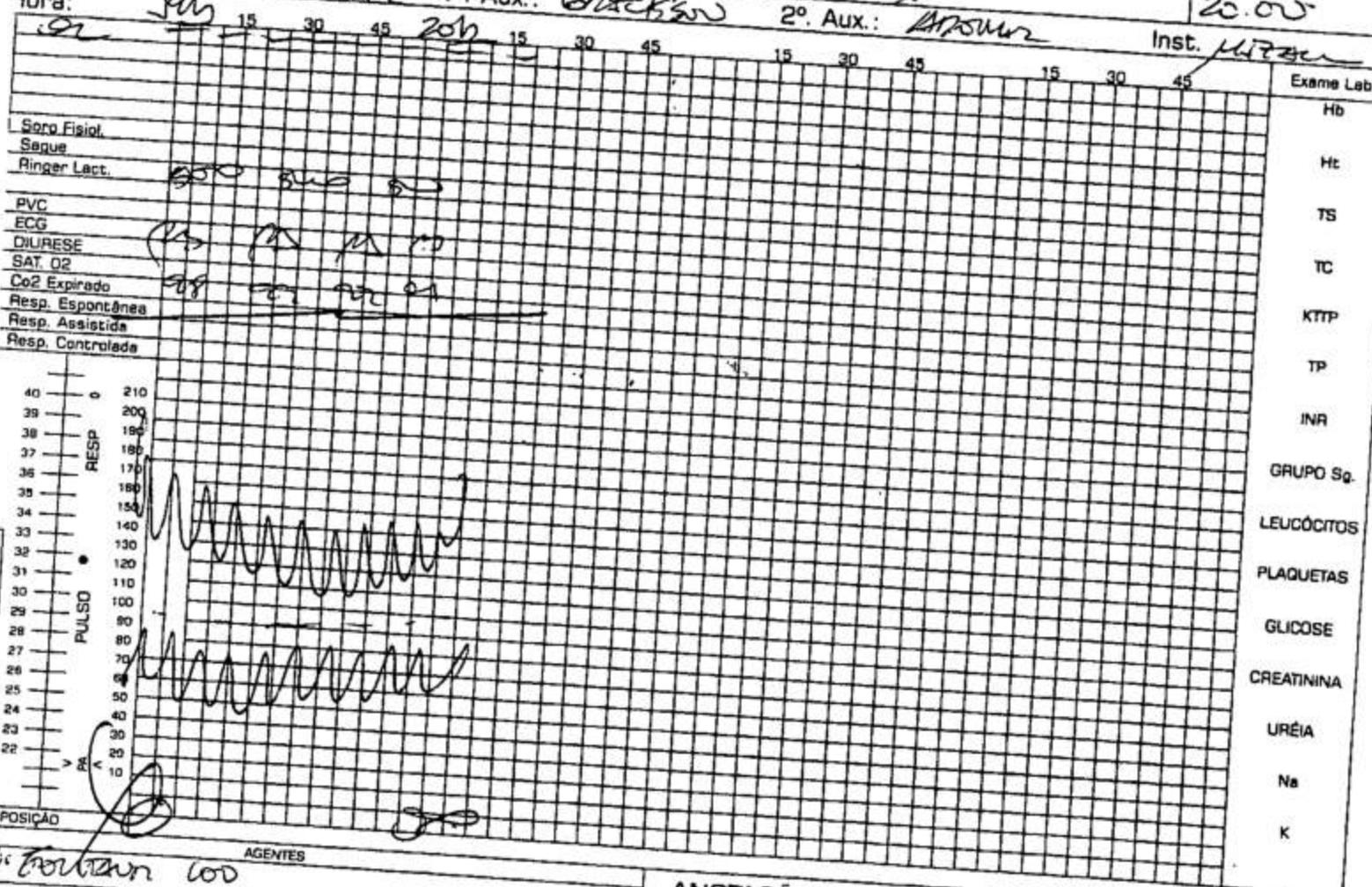
HOSPITAL: OP/Prata DATA: 06/01/15 CONVÊNIO: BRUNO
DIAG. PRÉ-OPERATÓRIO: Wagner

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

JESM ox. nos pulmões, branco
Auscult. normal, branco

EXAMES: branco

Pré-Anestésico	Resultado	Cirurgia Proposta	Início
<u>branco</u>	<u>branco</u>	<u>3013126 + 3013300 + 3013302 + 30133103</u>	<u>19:00</u>
Diag. Pós-Operatório		Cirurgia Realizada	Término
<u>branco</u>		<u>AS laparosc.</u>	<u>20:00</u>
Cirurgião: <u>Fábio Gomes</u>	1º. Aux.: <u>Wagner</u>	2º. Aux.: <u>Arruda</u>	
Inst. <u>Prata</u>			



- AGENTES
- 1º. Wagner
 - 2º. Arruda
 - 3º. Arruda
 - 4º. Arruda
- TÉCNICAS ANESTÉSICAS

ANOTAÇÕES:
 1º. Wagner
 2º. Arruda
 3º. Arruda
 4º. Arruda

ARUANA
 06 JAN 2015



Centro Hospitalar João XXIII
SISTEMA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DE SAÚDE



R.º Fábio Jardim

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA
11/04/14

PACIENTE
Carla Augusto Farias de Lima

PRESCRIÇÃO MÉDICA
65 op

LEITO
217

PRONTUÁRIO
166357

CONVÊNIO
Bradesco

HORÁRIO

EVOLUÇÃO MÉDICA	
(1) Dieta Lúris A 21:00	
(2) RL 1000ml SF 0.9% 1000ml	
(3) Espiridona 16 + 40	
(4) Carixina 40kg	
(5) Tramadol 50mg + 40mg	
(6) Paracetamol 200mg	
(7) Tramadol 40mg + 20mg	
(8) Tramadol 100mg + 60mg	
SF 0.9%	
Oxalato de cálcio + 40mg	
Gabapentina 200mg	
Uso de Gaze	
Sinais	

fula adu

fla Amp de

fla JCA

ARIANA

05 JUN 2015

Dr. Fábio Gândia Nepomuceno
CRM-PB 5429
Av. Walfrado Macedo Brandão, 1011 - (83) 3235-4348
Cirurgia do Joelho - CRM-PB 5429
Jardim Cidade Universitária
Av. Walfrado Macedo Brandão, 1011 - (83) 3235-4348
CEP: 58052-200 João Pessoa-PB

Dr. Fábio Gândia Nepomuceno
Cirurgia do Joelho - CRM-PB 5429
Av. Walfrado Macedo Brandão, 1011 - (83) 3235-4348
Jardim Cidade Universitária
CEP: 58052-200 João Pessoa-PB

[Handwritten Signature]

CRM



Campimagem

Diagnóstico por Imagem
Imagens para Vida

PACIENTE: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA
IDADE: 20A
MÉDICO SOLICIT: DR. ELDIMAN SOARES ARAÚJO
EXAME: TC ARTICULAÇÃO (JOELHO DIREITO)

Nº DO EXAME: 234313
DATA DO EXAME: 17/02/2014

RESSONÂNCIA
MAGNÉTICA 1.5 T
(Alto Campo)
TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA
MULTISLICE
ULTRASSONOGRAFIA
3D E 4D
DOPPLER COLORIDO
MAMOGRAFIA
DIGITAL
ESTEREOTAXIA
MAMÁRIA
RADIOLOGIA
DIGITAL
RADIOLOGIA
INTERVENCIONISTA
ANGIOGRAFIA
DIGITAL
DENSITOMETRIA
ÓSSEA
PUNÇÃO-BIÓPSIA
ECOCARDIOGRAFIA
ELETRONEUROMIOGRAFIA
LABORATÓRIO DE
ANÁLISES CLÍNICAS

CLÍNICA: Paciente de 20 anos de idade, apresentando quadro de instabilidade patelar.

TÉCNICA: Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada multislice, com obtenção de cortes axiais de 3.0mm de espessura, espaçados de 5.0mm, interessando a região dos joelho direito.

RELATÓRIO:

- Estruturas ósseas identificadas apresentam-se com morfologia e espessura cortical preservada, sem evidências de lesões osteolíticas, osteoblásticas ou traço de fratura atual.
- Os espaços e superfícies articulares focais tem amplitude normal.
- Distância TAGT (tuberosidade anterior da tíbia à goteira tróclea na fôvea patelar do fêmur), medindo cerca 23.3mm (normal até 15.0mm), representando lateralização na tuberosidade anterior da tíbia.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- SINAIS DE LATERALIZAÇÃO DA TUBEROSIDADE ANTERIOR DA TÍBIA DIREITA.

en/r

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

ARIANA

06 JAN 2015

Ass. _____

Dr. Belchior de M. Lucena

Dr. Carolina Sydow Comy

Dr. Graçano José de C. Lima

Dr. Kádima A. Dutra Helen

Dr. Laudino Amor Laureiro

Dr. Loury Alexandra Cunha

Dr. Luanne de C. S. Mendes



Campimagem

Diagnóstico por Imagem
Imagens para Vida

PACIENTE: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA
IDADE: 20A
MÉDICO SOLICIT: DR. ELDIMAN SOARES ARAÚJO
EXAME: RX JOELHO DIREITO

Nº DO EXAME: 234313
DATA DO EXAME: 17/02/2014

RESSONÂNCIA
MAGNÉTICA 1.5 T
(Alto Campo)
TOMOGRAFIA
COMPUTADORIZADA
MULTISLICE
ULTRASSONOGRRAFIA
3D E 4D
DOPPLER COLORIDO
MAMOGRAFIA
DIGITAL
ESTEREOTAXIA
MAMÁRIA
RADIOLOGIA
DIGITAL
RADIOLOGIA
INTERVENCIONISTA
ANGIOGRAFIA
DIGITAL
DENSITOMETRIA
ÓSSEA
PUNÇÃO-BIÓPSIA
ECOCARDIOGRAFIA
ELETRONEUROMIOGRAFIA
LABORATÓRIO DE
ANÁLISES CLÍNICAS

RELATÓRIO:

- Estruturas ósseas visualizadas íntegras.
- Espaços e superfícies articulares preservados.
- Partes moles sem alterações.
- Ausência de sinais evidentes de fratura ou luxação.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO DENTRO DOS PADRÕES DA NORMALIDADE.

OBS.: EXAME RADIOGRÁFICO DIGITAL DE ALTA RESOLUÇÃO.

e/

Nota: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

ARIANA

06 JAN 2015

Ass. _____



Centro Hospitalar João XXIII

Sistema de Assistência Social e de Saúde



NOME DO PACIENTE: CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA

DATA DO EXAME: 02/04/2014

CONVÊNIO: BRADESCO

RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Ossos de morfologia e textura conservadas.

Espaços articulares preservados.

Lateralização patelar.

Presença de âncora metálica cirúrgica na topografia da inserção do tendão patelar.

Dr. Ítalo Miranda Pereira
Médico Radiologista
CRM - PB 5806

ARIANA

06 JAN 2015

Ass. _____



HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO I

RUA PEDRO I, 605 - SÃO JOSÉ - CEP. 58400-414
PABX: (83) 3315-7700 FAX: (83) 3315-7734.
CAMPINA GRANDE - PB

CONVÊNIO COM SUS

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado Cearles Augusto
Arriana de Brito portador da Carteira Profissional
Nº Série..... necessita de 30 (trinta)
.....) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data,
por motivo de doença.

CID: S. 85

Campina Grande - PB, 16 de 12 de 15

[Assinatura]
Assinatura do Médico - CRM Nº

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 88 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14/03/1967, e será expedido para justificativa de 1 à 15 dias de afastamento do trabalho.

ARIANA

06 JAN 2015

Ass. _____



CTO ATESTADO MEDICO:

Clínica de Trauma e Ortopedia

Atesto para os devidos fins que o paciente **CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA**, foi atendido nesta e necessita de 60 (sessenta) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

Dr. Amaro Jorge Pinto
CRM - 5258
Cirurgia de Trauma

Dr. Erivaldo Araruna
CRM - 1366
Cirurgia do Quadril

Dr. Fábio Gondim
CRM - 5429
Cirurgia do Joelho

Dr. Schubert Costa
CRM - 5523
Cirurgia da Coluna

Dr. Luciano Guedes Borges
CRM - 3451
Cirurgia do Quadril

Dr. Eldiman Soares de Araújo
CRM - 6960
Cirurgia do Quadril

Dr. Waerson José Sousa
CRM - 5277
Ortopedia Pediátrica

CID: M 23.5

Dr.º Fábio Gondim

Fábio Gondim Nepomuceno
CRM - 5429
Rua Chateaubriand, 206 - São José - PB, CEP: 58400-398
Fones: (83) 3341-2566 / 3341-2566

Campina Grande, 17 de Janeiro de 2014.

ARIANA

06 JAN 2015

Rua Chateaubriand, 206 - São José - PABX: (83) 3341.2566
CEP: 58107-625 - Campina Grande - PB
(Em frente ao HU - antigo Ipase)

217



Centro Hospitalar João XXIII

SISTEMA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DE SAÚDE

SA

ATESTADO

ATESTADO para os devidos fins de DIREITO que o(a) Sr.(a) Carlos Augusto Farias

esteve internado(a) neste Nosocômio, durante o período de 1 / 1 / 1

a 1 / 1 / 1, tendo sido submetido(a) tratamento CRMP 23.5

CID M 23.5, necessitando porém de 60 dias de afastamento de suas atividades habituais para repouso e recuperação.

Carlos Augusto Farias

Dr.º Fábio Gondim Nepomuceno
CRM - 5429
Rua Chateaubriand, 206 - São José - PB, CEP: 58400-398
Fones: (83) 3341-2566 / 3341-2566

A Vida é a nossa maior especialidade.
Rua Nilo Peçanha, 83 - Prata - Fone (83) 2102-3325 - Fax (83) 3321-8758
Cep 58400-515 - Campina Grande/PB
Insc. Municipal 043.704-0 / CNPJ 07.679950/0001-19

Atesto para os devidos fins que o paciente **CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA** foi atendido nesta clinica necessita 30 (trinta) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

CID: M 23.5


Drº Eldiman Soares de Araujo
CRM: 1366

Campina Grande, 17 de Janeiro de 2014.

ARIANA

06 JAN 2015

Ass.

Dr. Amaro Jorge Pinto
CRM - 5258
Cirurgia de Trauma

Dr. Erivaldo Araruna
CRM - 1366
Cirurgia do Quadril

Dr. Fábio Gondim
CRM - 5429
Cirurgia do Joelho

Dr. Schubert Costa
CRM - 5523
Cirurgia da Coluna

Dr. Luciano Guedes Borges
CRM - 3451
Cirurgia do Quadril

Dr. Eldiman Soares de Araujo
CRM - 6960
Cirurgia do Quadril

Dr. Waerson José Sousa
CRM - 5277
Ortopedia Pediátrica

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o paciente **Carlos Augusto Farias de Lima** foi atendido nesta clinica e necessita de 60(sessenta) dias de afastamento do trabalho a partir desta data.

CID: M23.5


DR. FÁBIO GONDIM NEPOMUCENO
CRM - 5429
Cirurgia do Quadril
gondimnepomuceno@uol.com.br

Drº Fabio Gondim Nepomuceno
(CRM: 5429)

Campina Grande, 17 de Fevereiro de 2014.

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Carlos Augusto Fernandes foi atendido(a) hoje, às 10:00 horas, necessitando de 10 dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S. 25

Campina Grande, 04 / 12 / 2015

Dr. Palmira Ariana Medeiros de Almeida CRM - PB 79.61 CREMEC - 12.015

ARIANA

06 JAN 2015

Ass. do Médico - CRM N°

Ariadna Aducci

28883-1

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Carlos Augusto Fernandes foi atendido(a) hoje, às 10:00 horas, necessitando de 10 dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S. 20

Campina Grande, 27 / 11 / 2015

Dr. Palmira Ariana Medeiros de Almeida CRM - PB 79.61 CREMEC - 12.015

Ass. do Médico - CRM N°



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Ficha de Acolhimento

Nome: Carlos Augusto Lemos de Lima
 End.: R. Severino Bernardes 374 Bairro: Bodocongo
 Data de Nascimento: 14/02/93 Documento de Identificação:
 Queixa: cloro Molo Data do Atend.: 22/11/13 Hora: 20:20 Documento:

Classificação de Risco

Nível de consciência: Bom () Regular () Baixo Aspecto: Calmo () Fácies de dor () Gemente
 Frequência respiratória: Frequência cardíaca:
 Pressão arterial: Temperatura axilar:
 Dosagem de HGT: Mucosas: Normocorada () Pálida
 Deambulação: () Livre Cadeira de rodas () Maca

MOD. 110

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
- () Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
- Azul - atendimento ambulatorial

Waldia Pires de Jesus Santos
 Enfermeira
 COREN 176.390

Assinatura e carimbo do profissional

ARIANA

06 JAN 2015

Ass.

PACIENTE: CARLOS AUGUSTO F. DE LIMA
DATA DO EXAME: 22.11.2013
RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITQ

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

MP
Dra. Milena Veiga
CRM/PE 18270

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101



ARIANA

06 JAN 2015

Ass. _____



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição

108.605.804-66

Nome

CARLOS AUGUSTO FARIAS DE LIMA

Nascimento

14/08/1993



REAL SERVICAR

Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
SET/2010



ARIANA

06 JAN 2015

Ass. _____

DUT

1004032



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN PB Nº 01.14611031/71
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Cód. RENAVAM: 2014000864480
00202638132 / 007000000000

EDUARDO LOPES RODRIGUES

036214/B408 / RENOV6253/PB

NOVO / 9G2JCG410AR611356

HAS/MOTOCICLETA/MOTINHOS / GASOLINA

HONDA/CG125/STANS / 1000

2/B/A24/C / PARFUM / PRETA

1 / PVA/PAGO EM / 05/05/2014

V / FALTA PVA / 0

A / 0

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

05/05/2014

05/05/2014

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSA DOS VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 01.14611031/71 - 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

036214/B408 / RENOV6253/PB

NOVO / 9G2JCG410AR611356

HONDA/CG125/STANS / 1000

2/B/A24/C / PARFUM / PRETA

1 / PVA/PAGO EM / 05/05/2014

V / FALTA PVA / 0

A / 0

SEGURO

PREMIO ANUAL

05/05/2014

05/05/2014

05/05/2014

05/05/2014

05/05/2014

05/05/2014

RUANA

JAN 2015



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Carlos Augusto Farias de Lima, portador da carteira de identidade nº 3594709 e inscrito no CPF/MF sob o nº 108605804-66, residente e domiciliado na Rua: Sereno Barroso, 317-A Bodoquena, Cidade Campina Grande, Estado PB, 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.

* Carlos Augusto Farias de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Campina Grande, PB.

10/12/14

Local e data

ARIANA

06 JAN 2015

Ass. _____