

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



**ARUANA
SEGUROS S.A.**

31 JUL 2019

Sinistro DPVAT



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 011.681.874-35

Nome da Pessoa Física: ADRIANO FRANCISCO REGIS

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **16:02:11** do dia **18/06/2013** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **7815.D1B0.A618.17B5**
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da
Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

ARUANA
SEGUROS S.A.
31 JUL 2013
Sinistro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO *1004039*

Nº DO SINISTRO 2013 47 1455

EU, ADRIANO FRANCISCO REGIS, PORTADOR (A) DA CNH Nº 04808866915 EXPEDIDO POR DETRAN/PB EM
(DATA) 09/10/2012 E CPF 011.681.874-35 CNPJ _____ PROFISSÃO: TÉCNICO EM
ELETRÔNICA , SALARIO MENSAL DE R\$ (RECUSOU-SE) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO REFERENTE
A INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA: ADRIANO FRANCISCO REGIS, AUTORIZO A
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A
FORMA ABAIXO INDICADA:

1. CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO _____ N° AGÊNCIA _____ C/C _____

2. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 N° AGÊNCIA _____ C/P _____

3. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 N° AGÊNCIA _____ C/P _____

4. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 N° AGÊNCIA _____ C/P _____

5. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 N° AGÊNCIA 00 36 C/P 000 94632 - 5

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

LOCAL: JOÃO PESSOA DATA 18/06/2013

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO (A): Adriano Francisco Regis

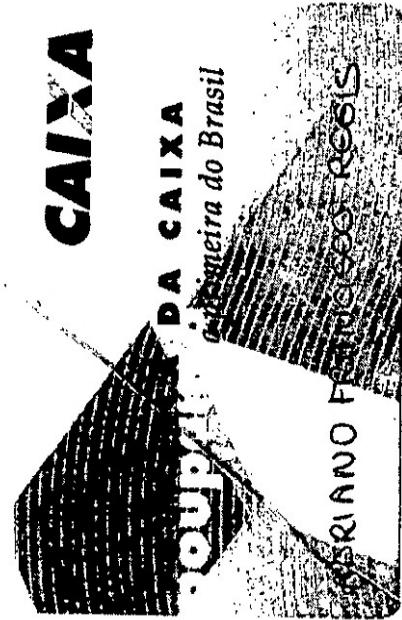
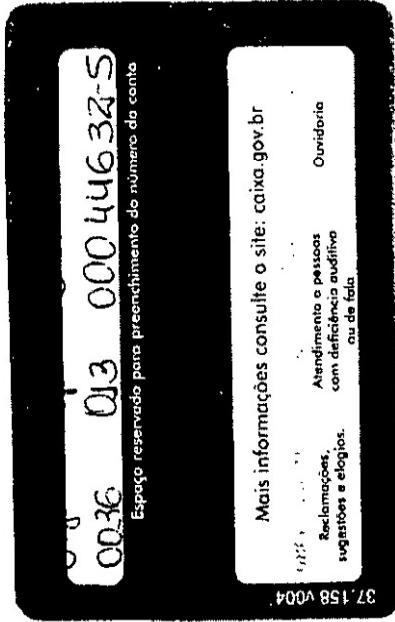
ATENÇÃO:

- O Seguro Dpvat garante: Indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legitimos 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 6.194/74 e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares(valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tornando por **APRENDI MELHORES** definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados -SUSEP).

- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse www.dpvatesguro.com.br ou ligue 0800-021204, de segunda a sábado, de 08 às 20 hs.

- A Circular Susep nº380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que **1 quilo total** 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.

Sinistro DPVAT



ARUANA
SEGUROS S.A.
31 JUL 2013
Sinistro DPVVA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA
1004026



BARCODE

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAIS DA PARAÍBA
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro - CEP. 58.010-170 - Fone. (83) 3218-5034



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 2053

Aos dezenove dias mês de julho do ano de dois mil e treze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, áí por volta das 14:15h, compareceu o (a) Senhor (a): **ADRIANO FRANCISCO REGIS**, brasileiro, natural de Itabaiana/PB, solteiro, com 21 anos de idade, Técnico em Eletrônica, Ensino Médio, filho de Alcides Francisco Regis e de Gessy Regis Francisco, RG. 2.566.480-SSP/PB, residente na Rua Capitão Primo Cavalcante de Paiva, nº 97, casa 04, Jardim Veneza, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 07/06/11, por volta das 22:00h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/NXR 150 BROS ES, cor preta, ano 2007, de placa MNQ-7445/PB, chassi nº 9C2KD03307R044481, de sua propriedade, pela Avenida Cruz das Armas, no sentido Cruz das Armas/Jaguaribe, ao chegar nas proximidades da feira de otizeiro, após ter sua passagem obstruída por outra motocicleta, o notificante veio a atingir esta caindo ao solo, tendo este sofrido politraumatismo, sendo socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 19 de julho de 2013.

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.682-8

Escrivão

Adriano Francisco Regis
Notificante

ARUANA
SEGUROS S.A.

31 JUL 2013

Sinistro DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



1034029

ADRIANO FRANCISCO REGIS , brasileiro (a), Estado Civil: Solteiro Profissão: Técnico em Eletrônica, Portador do RGº 2566480 SSP/PB, CPF nº 011.681.874-35 , residente e domiciliado (a) ao Logradouro: RUA Capitao Primo Cavalcante de Paiva, 97 Casa 04, Jardim Veneza, Cidade: João Pessoa, Estado: Paraíba, CEP: 58.084-150 Telefones: (83)8811-7288/8883-9847, 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.

Abrilano Francisco Rosin

Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

João Pessoa, 18 de Junho de 2013.

ARUANA
SEGUROS S.A.
31 JUL 2013
Sinistro DPVAT

000477

Rua Feliciano Cime, s/n - Jequatuba João Pessoa - PB. CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

06868127-5

0001.32.097.0003

ENDERROU CAP PRIMO C DE PAIVA, 4

Bairro JARDIM VENDEZA

RESPONSAVEL: ARRUDA, KELLY - ENTRADA: PESSOA

LIGADO

SITUAÇÃO ESTATO: LIGADO

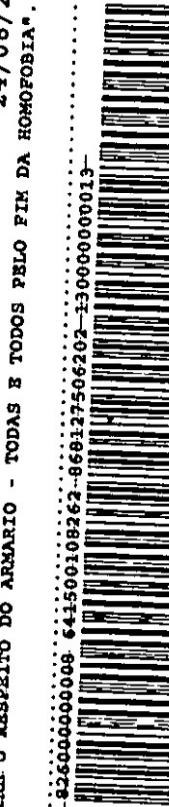
QUANTIDADE DE ECONOMIAS

RESIDENCIAL, COMERCIAL, INDUSTRIAL, PÚBLICO

| LITURA ATUAL | 877 | MES | VIAO - IS | VALOR MÍDIO | PERÍODO | VALOR MÍDIO | PERÍODO |
|-------------------------|-----------|-----|-----------|-------------|---------|-------------|---------|
| LITURA ANTERIOR | 863 | | | | | | |
| CONSUMO DO MES (m³) | 14 | | | | | | |
| DATA DA LITURA | 12/06 | | | | | | |
| DIAS DE CONSUMO | 30 | | | | | | |
| CONDICAO DA LITURA | PROJETADA | | | | | | |
| CONDICAO DO PATRIMÔNIO | MÉDIA | | | | | | |
| ANORMALIDADE DA LITURA | | | | | | | |
| ANORMALIDADE DE CONSUMO | | | | | | | |
| DATA DA PRÓXIMA LITURA | | | | | | | |
| DEZ/13 - 14 | -42 | | | | | | |
| JAN 14 | 14 | -42 | | | | | |
| FEV 14 | FL-00 | | | | | | |
| MAR 14 | FL-00 | | | | | | |
| ABR 14 | FL-00 | | | | | | |
| MAR 14 | FL-00 | | | | | | |
| MAR/14 14 | | | | | | | |

TOTAL A PAGAR: ***** 64,15

0001/2013 - "TIRE O RESPEITO DO ARMAÇO - TODAS E TODOS PELO FIM DA HOMOPÔDIA".



JUN/2013-

P-408

GIRLENB DB S COSTA
0001.32.097.0003
0001.32.097.0003

06868127-5
06868127-5

24/06/2013

24/06/2013

24/06/2013

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA



1004040

ARUANA
SEGUROS S.A.

31 JUL 2013

Sinistro DPVTA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Aduílio Francisco Requião,

CNH nº 04808866915, data de expedição 09/10/2012, Órgão Detran - PB
CPF nº 041.681.844-35, venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que residir
no endereço descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

| | |
|-----------------------------------|---|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua: Cap. Firmino Caualante de Paiva</u> |
| Número | <u>04</u> |
| Apto / Complemento | |
| Bairro | <u>Jardim Veneza</u> |
| Cidade | <u>João Pessoa</u> |
| Estado | <u>Paraíba</u> |
| CEP | <u>58084-150</u> |
| Telefone de Contato | <u>(83) 8811.3288 / (83) 8883.9847</u> |
| E-mail | |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 04/07/2013

Assinatura do Declarante: Aduílio Francisco Requião

ARUANA
SEGUROS S.A
31 JUL 2013
Sinistro DPVAT



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Av AV ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA PB;
CNPJ: 08.778.268/0037-71 CNES: 259326-2

BOLETIM DE EMERGENCIA NUMERO 000000521915

[IDENTIFICACAO DO PACIENTE]

Nome ADRIANO FRANCISCO REGIS

Nascimento Idade Estado Civil

16/02/1982 29 Anos SOLTEIRO (A)

RESponsavel

ADRIANO FRANCISCO REGIS AMB SAMU

CPF Municipio de Residencia

35030-000 JOAO PESSOA

Rua do Complemento

Rua das Armas

CEP 58030-000

Cidade Atendimento

JOAO PESSOA

Estado Atendimento

Paraíba

UF Atendimento

JOAO PESSOA

Local de Procedencia

JOAO PESSOA

Local de Atendimento

JOAO PESSOA

Sexo

MASC

Regist.

20110701

Pai

ALCIDES FRANCISCO REGIS

Grau de Escolaridade

MEDIO INCOMPLETO

Logradouro

RUA FRANCISCO MARQUES

Bairro

DAS INDUSTRIAS

Documento Apresentado

RG: 2566480

BA.RR.

Local de Procedencia

JOAO PESSOA

Local de Atendimento

JOAO PESSOA

Religiao

NAO INFORMADA

Regist.

20110701

Pai

ALCIDES FRANCISCO REGIS

Grau de Escolaridade

MEDIO INCOMPLETO

Logradouro

RUA FRANCISCO MARQUES

Bairro

DAS INDUSTRIAS

Documento Apresentado

RG: 2566480

BA.RR.

Local de Procedencia

JOAO PESSOA

Local de Atendimento

JOAO PESSOA

Local de Procedencia

JOAO PESSOA

Local de Atendimento

JOAO PESSOA

Local de Procedencia

JOAO PESSOA

Local de Atendimento

JOAO PESSOA

Local de Procedencia

JOAO PESSOA

Local de Atendimento

JOAO PESSOA

Local de Procedencia

JOAO PESSOA

Local de Atendimento

JOAO PESSOA

Local de Atendimento

JOAO PESSOA

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

| | |
|--------------------|-------------------------|
| NOME DO PACIENTE | Adriano Francisco Regis |
| DATA DE NASCIMENTO | 16/02/1982 |
| NOME DA MÃE | Gessy Regis Francisco |

DADOS EXTRAÍDOS

| | |
|------------------------|------------------|
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 521915 |
| DATA DO ATENDIMENTO | 07/06/11 |
| HORA DO ATENDIMENTO | 23:00 |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO | Acidente de moto |
| DIAGNÓSTICO (S) | Politraumatismo |
| CID 10 | T06.8 |

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando edema 3/3 tornozelo esquerdo, epistaxe, dor em face, escoriações em dorso da mão D negativo, consciência, glasgow 15, pupilas isoo/foto, sem déficits focais. Avaliado pé esquerdo BME. Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX perna esquerda, face.

Sem anormalidades

RESULTADOS DOS EXAMES:

TRATAMENTO:

1º atendimento - tala tipo bota em pé esquerdo

ALTA HOSPITALAR: 07/06/11
DATA DA EMISSÃO: 20/04/13

Dr. Juaharane ADRIANA CRM 38090 PROFISSIONAL EMPRESAS, ESC. 31 JUL 2013

ATENÇÃO:

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Sinistro DPVAT



DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins de direito que, o SAMU 192 Metropolitano de João Pessoa prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente, **ADRIANO FRANCISCO REGIS**, idade 29 anos, vítima de **Acidente automobilístico (colisão moto x moto)** no dia 07/06/2011, Av. Cruz das Armas, Bairro: Cruz das Armas - João Pessoa - aproximadamente às 22:00 Hs, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

João Pessoa, 28 de Junho de 2013.


Regional João Pessoa
Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico - Mat. 67.155-6 - SAMU 192-JP

JEFFERSON DA ROCHA AUGUSTO
Coordenação do SAME - SAMU 192
Regional de João Pessoa

ARUANA
SEGUROS S.A.
31 JUL 2013
Sinistro DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA

Secretaria de Estado da Saúde

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

Nome do paciente:

Alicia Sereine Regis

B.E. 5219

Data:

29/07/16

IDADE:

29

Ano:

SEXO:

F

Sexo:

COR DA PELA:

P

Cor:

CIRCULAÇÃO:

C

Circulação:

COR DA PELA:

N

Normal

TEMPERATURA DA PELE:

P

Pletórica

PULSO:

A

Normal

PULSOS:

A

Aumentado

PULSOS:

F

Fino

AUSCULTA CARDIÁCA:

A

Ausente

RITMO:

R

Regular

BULHAS:

N

Normotônéticas

SOPRO:

S

Presente

BE OU BA:

S

Ausente

FC:

bpm

PA:

ECG:

x

Normal

ABDOMEM: Distendido

D

Distendido

ASAS:

A

Ausente



Prefeitura Municipal de João Pessoa

Secretaria Municipal de Saúde

SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USBS: ORC

TRAUMA

| | | | | |
|-----------------------|-------------------------------|---------------------|--------|----------------|
| Local de Ocorrência: | Ocorrência: | Paciente / Usuário: | Idade: | Sexo: ♂ / Men. |
| Local de Consulta: | Adriano Francisco Góes | 67 | | |
| Local de Localização: | Av. Presidente Getúlio Vargas | | | |
| Local de Resgate: | Rua Presidente Getúlio Vargas | | | |
| Local de Destino: | UFSCAR | | | |
| Local de Reenvio: | UFSCAR | | | |
| Local de Consulta: | UFSCAR | | | |
| Local de Localização: | Rua Presidente Getúlio Vargas | | | |
| Local de Resgate: | Rua Presidente Getúlio Vargas | | | |
| Local de Destino: | UFSCAR | | | |
| Local de Reenvio: | UFSCAR | | | |

RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO. - TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

RESUMATICA / CAUSA

Queda: S.m. C.QUEADA > 5m Queda propria / altura Queda de moto: SEM CAPACETE NO INCIDENTE CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO

COLISÃO FRONTAL COLISÃO LATERAL COLISÃO TRASEIRA ATROPELAMENTO CARRO MOTO BICICLETA CARRO X MOTO

ACCIDENTE: MOTO CARRO X ÔNIBUS CAPOTAMENTO SEM CINTO DE SEGURANÇA OUTRO: _____

Número de Vítimas no Local: OU DENTRO DO VEÍCULO: AIR BAG NAO ALCIONADO DIR ESO

GRAVEAMENTO GRAU: QUERIMADURA GRAU: CHOQUE ELÉTRICO DESABAMENTO FAB FAF

OUTROS:

INCIDENTE DE ESPORTE AGRESSÃO FÍSICA INTOXICAÇÃO EXÓGENA: PICADA DE: ESCORPIÃO ABELHA COBRA ARANHA

INFECTENARMENTO POR: _____

RESUMATICA / CAUSA

Queda: DECUBITO LATERAL DORSAL VENTRAL SENTADO DENTRO DE VEÍCULO

OUTRA DE VEÍCULO DEAMBULANDO EM CIMA DE: _____ OUTRO: _____

Nível da Consciência: CONSCIENTE ORIENTADO ALGO DESORIENTADO HALITO ETÍLICO

Uso de Drogas: SONOLENTO INCONSCIENTE AGITADO COMA OUTRO: _____

Lesões: COR DOR LOCAL: _____

Lesões Apresentadas:

LESÃO MUSCULAR / LOCAL: *Abdômen* CORTE / LOCAL: _____

PERFURAÇÃO / LOCAL: _____ CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL: _____

LESÃO MUSCULAR / LOCAL: _____ LUXAÇÃO / LOCAL: _____

LESÃO HOMÔMOLICA / LOCAL: _____ FRATURA COMPLETA / LOCAL: _____

LESÃO DE FRATURA / LOCAL: *Abdômen* FRATURA EXPOSTA / LOCAL: _____

CORTA MUSCULAR / LOCAL: _____ ESTRANAMENTO MUSCULAR / LOCAL: _____

LESÃO MUSCULAR / LOCAL: _____ CÂMBRA / LOCAL: _____

LESÃO MUSCULAR / LOCAL: _____ EDEMA / LOCAL: _____

LESÃO MUSCULAR / LOCAL: _____ EQUIMOSE / LOCAL: _____

OUTROS: _____

RESUMATICA / CAUSA

OBSTRUÇÃO / OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: FR INICIAL: bpm FINAL: bpm / PULSO RADIAL: PRESENTE Ausente

bpm FC Final: bpm ESCALA DE COMA DE GLASGOW: 8 PAS (mm Hg): >90 <50

RESPIRADOR: REGULAR IRREGULAR - PERFUSÃO: MIN: < 2 SEGUNDOS - MMH: < 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO: %

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

COLAR CERVICAL: ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA / TIRANTES / PRANCHAS RÍGIDA / KED / TALAS DE EXTREMIDADES

A. / B. / C. / D. / E. / F. / G. / H. / I. / J. / K. / L. / M. / N. / O. / SRL / ml SF 0,9% ml / MEDICACAC.

21/ABR/2013: MASCARA COM RESERV. CATETER NASAL: IMOBILIZAÇÃO: MSE MSD FME WDI MACA VÁCUO /

21/ABR/2013: C. / D. / E. / F. / G. / H. / I. / J. / K. / L. / M. / N. / O. / SRL / IMOBILIZAÇÃO: COMPRESSIVO SIMPLES IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL: OLHO E / LÉBRE / VELASPAN / LOCAL: _____

21/ABR/2013: VENTILACAO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVA / OUTROS: _____

21/ABR/2013: INTUBAÇÃO DA ZAQUE (NOME E NÃO ASSINATURA)

RESUMATICA / CAUSA

SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM: *Gilberto* COREN: *3337* TÉCNICO DE ENFERMAGEM: *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

RESUMATICA / CAUSA

TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

RESUMATICA / CAUSA

TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

RESUMATICA / CAUSA

TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

RESUMATICA / CAUSA

TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

RESUMATICA / CAUSA

TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

RESUMATICA / CAUSA

TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

RESUMATICA / CAUSA

TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

RESUMATICA / CAUSA

TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

21/ABR/2013: TESTEMUNHA: *Gilberto* SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO): *Gilberto* COREN: *3337*

Sinistro DPVAT

31 JUL 2013

000
Belas que atendi o Sr. Nelson Francisco Regis, vítima de acidente de moto, no dia 07/06/11, no bairro da Ponta Grossa - PR, saiu do eletromobilista para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Kumpf, onde foi submetido a lítotremelismo. Foi realizado um enxaguado bala em pr. O. Nossa vítima apresenta dor em inversão de tornozelo e edema no membro medial do tornozelo. G. O. de 1 elemento d'ntário.

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

*10040



Assinatura
Fisioterapeuta
Tel: 41 3274-3555

Contato: 83.8670.1254

Rua Joaquim de Castro Barreto, 257 - Bairro dos Estados - João Pessoa - PB - 580280-040

31/07/13

| |
|------------------------|
| ARUANA SEGUROS S.A. |
| 13 JAN 2014 |
| Sinistro DPVAT |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014030601

Vítima: ADRIANO
FRANCISCO
REGIS

Seguradora: ARUANA
SEGUROS S/A

Cidade: João Pessoa

Data do acidente: 07/06/2011

Prestadora: AMORIM E MATTOS SERVIÇOS
MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Natureza: Invalidez

Emissor do parecer: Jose Teofilo
Saraiva

CRM do médico: 325042

PARECER

Data da análise: 22/01/2014

Valorização do IML:

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos:

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 9.450,00

Médico avaliador: TEOFILo

UF do CRM do médico:

DANOS

| Dano | % Dimensão | Graduação |
|----------------------|-------------------|-----------------------------|
| Danos não definidos. | | Valor avaliado: 0,00 |