

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO ANDERSON DE LIMA MATOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01038-3

CONTA: 000010020039-7

Nr. da Autenticação D72E87D1170852EB

**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 ANDERSON DE LIMA MATOS** Sinistro: **3170280978** Data: **26/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA OLINTO GURGUEL, 172, CASA - LEANDRO BEZERRA - Caraúbas - RN - CEP 59780-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /RN**] **002773018**

Data local do exame: [**12/12/2017**] **Mossoró** [**RN**]

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)
Fratura da 2ª vértebra cervical. Traumatismo cranioencefálico com hemorragia subaracnoidea e fratura do osso esfenóide. Ao exame físico, vítima apresenta limitação da rotação lateral direita e esquerda da coluna cervical, sem déficit em membros superiores.

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.
Vítima submetida a tratamento conservador para ambas as lesões. Recebeu alta.

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 da coluna cervical

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção 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):

Coluna cervical

% 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.


Dr. Luis F. C. Nascimento
Médico e Radiologista
(CRM-RN 4863)

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12189174

A/C: ADRIANO ANDERSON DE LIMA MATOS

Nº Sinistro: 3170280978
Vítima: ADRIANO ANDERSON DE LIMA MATOS
Data do Acidente: 26/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUCAS SANSTHAGO DE LIMA

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 ANDERSON DE LIMA MATOS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000001038-3**

Conta: **000010020039-7**

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 do segmento cervical da coluna vertebral 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PEL _____



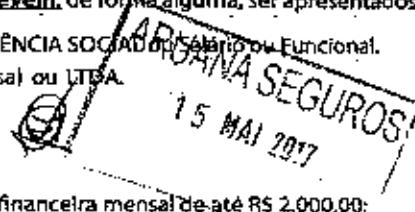
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Anderson Anderson de Lima Neto
PORTADOR(A) DO RG Nº 002.773.018 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 07/07/17 E
CPF 014557294-13 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Q.P.A. Meno
E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Anderson Anderson de Lima Neto AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1038-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00-039-5

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.

Caracaras 20 de Abril de 2017
LOCAL E DATA

Anderson Anderson de Lima Neto
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
25/04/2017 AUTO-ATENDIMENTO 14.30.37
836072066 517

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

AGENCIA: 0036-1 CONTA: 81.901-8
CLIENTE: ALCILENE LEAL DA SILVA

FAVORECIDO

AGENCIA: 1038-3 CONTA: 20.039-5 VAR: 51
CLIENTE: ADRIANO ANDERSON DE LIMA

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Creditos a partir de 04/05/2012 estao
disciplinados pela Lei 12.703.

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

ARUANA SEGUROS
15 MAI 2017



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPCIN
DELEGACIA DE POLÍCIA JUDICIÁRIA DE CARAÚBAS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 162/2017

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:		ACIDENTE DE TRANSITO	
Local:		ALTO DA LIBERDADE EM CARAUBAS	
Data fato:		26/02/2017	Hora do Fato: 22:00 H
Comunicante	Nome:	ADRIANO ANDERSON DE LIMA MATOS	
	Naturalidade:	FORTALEZA/CE	Nascido (a) em 15.12.1992 Doc R.G. 2773018 SSP/RN
	Filho (a) de	MISAEEL SCARLELA MATOS E MARIA APARECIDA DE LIMA	
	Estado civil:	SOLTEIRO	Telefone: 84 99658 8224
	Endereço:	RUA OLINTO GURGEL 172, SEBASTIÃO MALTEZ, CARAUBAS	
VITIMA	Nome:	O PROPRIO	
	Naturalidade:	XXXXXXXXXX	Nascido em XXXXXXXX Doc. XXXXXXXX
	Filho (a) de:	XX	
	Estado civil:	XXXXXXXXXX	Telefone: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	Endereço:	XX	
NOTICADO	Nome:	XX	
	Naturalidade:	XXXXXXXXXXXXXX	Nascido em XXXXXXXX Doc. XXXXXXXXXXXXX
	Filho (a) de:	XX	
	Estado civil:	XXXXXXXXXX	Telefone: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
	Endereço:	XX	
HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:			
Relata o (a) comunicante QUE no dia e local citados acima sofreu um acidente automobilístico; QUE seguia em sua motocicleta para casa de uma amiga; QUE ao desviar de um buraco na pista perdeu o controle da moto, vindo o sofrer uma queda; QUE devido a queda teve ferimentos na cabeça, joelho, costa e coluna; QUE foi socorrido em um veículo cor branca levado até o Hospital de Caraúbas, devido a não ter médico foi levado para o Hospital Tarcisio Maia em Mossoró; QUE sua motocicleta é a HONDA CG 125, FAN, PLACA MZC 2066, COR PRETA, ANO 2007/2008 RENAVAL 942287428, CHASSI 9C2JC3078R079536, licenciada em nome de ANA CELIA DE OLIVEIRA SANTOS; QUE teve despesas com exames, medicamentos e transporte, e nada mais disse. As informações prestadas neste B.O. São de inteira responsabilidade do (a) comunicante. O (A) comunicante se responsabiliza civil e criminalmente por suas declarações			
TESTEMUNHA:			
Providências adotadas:			
Registrado o presente B.O, entregue a 1ª via a (o) comunicante			
Data e hora da comunicação:		Caraúbas/RN, 21.03.2017 às 11:10 horas	

COMUNICANTE

Gerlan Eduardo da Silva Lopes
Agente de Polícia
Mat.: 207.157



Procuração

Procuração



Outorgante :

Adriano Anderson de Lima Mota, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Jose Alente, residente e domiciliado a Rua Nº 172 Bairro Leandro Bezerra Município de Caraubas Estado de (a) RN CEP 59780-000 portador (a) do RG nº 002.473.018 SSP/ RN a CPF nº 017.557.294-13.

Outorgado :

LUCAS SANSTHIAGO DE LIMA, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO, profissão RECUSA, residente a domiciliado a RUA: ARLINDO TARGINO Nº 33 Bairro: LEANDRO BEZERRA, Município de CARAUBAS, Estado de (o) RIO GRANDE DO NORTE CEP 59780-000 portador (a) do RG nº 002.475.747 SSP/ RN e CPF nº 014.512.964-01.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) ortogado seu bastante procurador.(a),para o fim especial de requerer junto á qualquer seguradora integrante do consórcio de seguro DPVAT,o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de transito o (a) Sr.(a) Adriano Anderson de Lima Mota ocorrido em 26/02/2017. Conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

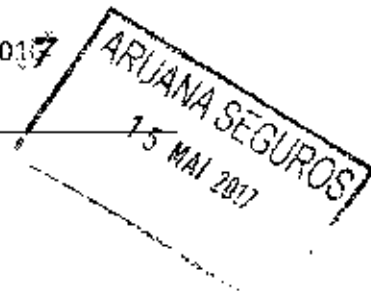
Podendo dito (a) procurador (a),representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar autorização de pagamento/Credito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papeis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessárips para o mais amplo e fiel cumprimento de presente mandato .



Caraubas, 21 de Março de 2017
Adriano Anderson de Lima Mota

Outorgante

CPF Nº 017.557.294-13



OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade

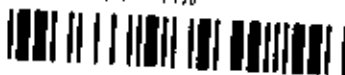
verdadeira .

RECONHEÇO, por AUTENTICIDADE a firma de: Adriano Anderson de Lima Mota

Em data de 21 MAR 2017 no endereço Caraubas, RN

☒ Manoel Gilmar Curgel - Tabelião
☒ Maria Aparecida Gama Gurgel - Substituto
☒ Aclione Gama da Silva - Escrevente
☒ Francisco Juarez da Oliveira - Escrevente
☒ Igor Linhares Cavalcante - Escrevente
☒ Claudia Requel Gama da Silva - Escrevente

VALIDO COM SELLO DE AUTENTICIDADE



SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA PARA O HRTM ATRAVÉS DA UGV

Paciente: Adriano Anderson de Lima	
Idade: 24 a	Sexo: M() F()
Diagnóstico: Ac. de moto, s/ capacete, ferimentos na face e mãos. Consciente, alcoolizado.	
Parecer/Clinica:	
Hospital Solicitante da Vaga: Caraubas	
Enfer.()	UTI() Ped.()
Médico Solicitante: S/ médico	
Paciente c/ Encaminhamentos: S() N()	
Data/Hora da Solicitação: 26.02.17 22:33	
Técnico UGV: Diabete	

CARIMBOS E CÓPIAS - MOSSORÓ/RN : (84) 3317-4920

ARUANA SEGUROS

16 JUN 2017

 HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MALLA
 ESTÁ CONFORME O ORIGINAL
 SAME MOSSORÓ 13/03/2017

SAME/ARQUIVO



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO-SOCORRO VINGT-ROSADO NETO

REGISTRO N°

2591.988

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: Aderson de S. Mota D. N. 15/12/72 Idade: 24
Profissão: _____ Cartão SUS n° _____
Endereço: Rua: Alameda General 172 Bairro: S. Mota
Cidade: Caçador U.F. RN Fone: _____
Filiação: Mãe: Maria Aparecida de Sousa Pai: _____

Data: 26/02/17

Hora: 23:45

A.C.C.R.: _____

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H.D.A.)

Acidose - desidratado
depois de 12 horas

HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO MAIA

ESTA CONFORME O ORIGINAL
SAME MOSSORÓ 13.1231.2017

SAME/ARQUIVO

2 - EXAME FÍSICO

em face

486

Cx. em 04/17

Perda a Fe. de Aben

culdo - novo - amarelo

(g) a E 1,5

Estado de infelidade após teste de

de febre e orientado a seguir

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S)

Revela novo o não aben
Polifarmácia de novo

6. Jan

4 - CONDUTA MÉDICA

Data: / /

Hora: / /

NER

B.M.D.

Acta
S.A.
S.M.F.

27-02-17 - 7:30

RNF: ROTA ADJUNTA
TRANSITO COPALCIA, OUTRA
BPM 810, POTA TRAMIA F
CUM FERIA COTONIZADA
S.M.F. 01-05-2017-12-00
DA TC, DE CHAUVO & COL. CES. Kint
Dr. José Paulo Sobrinho
LIMAGIAO, 11-01-17

26/02/17 MARE

NE MARE Sun Capote / Algodão / Uniflex

OUT = 15, 15-15-15

Uniflex 15-15-15

Uniflex 15-15-15

Uniflex 15-15-15

Uniflex 15-15-15

Uniflex 15-15-15

André Carlos da Costa
Neurocirurgião
CRM/RN 6540

Uniflex 15-15-15

RNF: ROTA ADJUNTA
TRANSITO COPALCIA, OUTRA
BPM 810, POTA TRAMIA F
CUM FERIA COTONIZADA
S.M.F. 01-05-2017-12-00
DA TC, DE CHAUVO & COL. CES. Kint
Dr. José Paulo Sobrinho
LIMAGIAO, 11-01-17

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO	VIA	ENFERMAGEM	
			HORÁRIO	ASSINATURA
	Uniflex 15-15-15	15-15-15	0:38	net
	S.M.F. 01-05-2017-12-00	DA TC, DE CHAUVO & COL. CES. Kint		
	Cefotaxima 2g EV 2x/dia	02	08	14
	1g 6/6hs			

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

25

ARJANA SEGUROS
16 JUN 2017

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

() ALTA DO PRONTO SOCORRO () INTERVENÇÃO HOSPITALAR () TRANSFERÊNCIA () OUTROS (Descrever)

Observações:

HOSPITAL REGIONAL MARCÍLIO MARA
ESTA CONFORME O ORIGINAL
S.M.F. 01-05-2017-12-00

SAME/ARQUIVO

Data: / /

Hora: / /

Identificação Médica



INSTITUTO
WILSON ROSADO
MEDICINA AVANÇADA

Documentação médico - hospital



PACIENTE: ADRIANO ANDERSON DE LIMA MATOS

CÓDIGO :101881

DATA: 27/10/2017

MÉDICO SOLICITANTE: JARDEL S. MESQUITA

CONVÊNIO: PARTICULAR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

COMENTÁRIOS: Foram obtidos cortes no plano axial paralelos aos espaços discais compreendidos entre C3 e C7.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Discreta irregularidade óssea, sem nítida descontinuidade, da face articular superior da massa lateral direita de C2.
- O canal vertebral apresenta dimensões normais por toda sua extensão avaliada.
- Articulações interapofisárias conservadas. Forames de conjugação de dimensões normais.
- Não se observa protrusão discal significativa nos espaços analisados.
- Musculatura para vertebral preservada.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Estudo tomográfico evidenciando discreta irregularidade óssea, sem nítida descontinuidade, da face articular superior da massa lateral direita de C2.



Aluizio de Oliveira Neto

CRM: 6038

Av. Dr. João Marcelino, 429 | CEP: 59.611-200 | Centro | Mossoró/RN | Tel.: (84) 3323-8550

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CENAL 002.773.018 DATA DE EMISSÃO 07/07/2010

NOME ARIANO AUGUSTO DE LIMA MATOS

RELACÃO

IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICADO HIZABEL SCARLELA MATOS

IDENTIFICADA MARIA APARECIDA DE LIMA

LOCALIDADE PORTALEZA CR

DATA DE NASCIMENTO 15/12/1992

CPF 1-288 83-14371

ASSINATURA

20 VIA

CRISTIANE BASSO DE SA CARVALHAS

CRISTIANE BASSO DE SA CARVALHAS

CPF Nº 7718 85250893

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

ARUANA ANTUNES DE SA LACERDA MATOS

CARTÃO DE IDENTIDADE

ARUANA SECUR

15 MAI 2017



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PRO GRADUADO DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA CÍVICA SOCIAL

INSTITUTO TECNICO CIENTIFICO DE POLICIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

CPF: 014.512.364-01

Nome: *Lucas Santiago da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RG: 002.475.741

DATA DE EXPIRACAO: 27/03/2015

NOME: LUCAS SANTIAGO DA SILVA

Estado: ANTONIA VENEZUELA DE LIMA

NATURALIDADE: HOSSENO RN

DATA DE NASCIMENTO: 07/03/1992

END: 014.512.364-01

CPF: 014.512.364-01

Assinatura: *Lucas Santiago da Silva*

IT/EP/AN

ARUANA SEGUROS

15 MAI 2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170280978 **Cidade:** Caraúbas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADRIANO ANDERSON DE LIMA MATOS **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NA FACE E NO CRANIO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: ENVIAR O RELATORIO DE ALTA DESCREVENDO POSSIVEIS SEQUELAS EXISTENTES

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

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:

