



EXCELSIOR SEGUROS  
28 SET 2018  
SEGUROS PRVAT.



## DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 09 de Agosto de 2018

x Antonio Ramos de lima neto



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180455811      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO      **Data do acidente:** 20/05/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/11/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE QUADRIL DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL DIREITO.

**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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

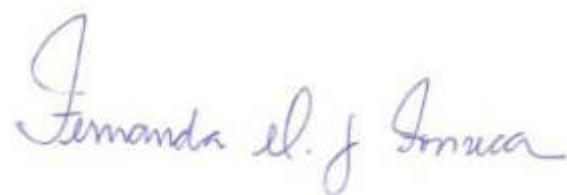
**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180455811      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO      **Data do acidente:** 20/05/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/11/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE QUADRIL DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL DIREITO.

**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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## Procuraçāo

Pelo presente instrumento particular de procuraçāo, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante

*Antônio Ramos de Lima Neto*

portador(a) do documento de identidade nº 9.232.355, expedido por SDS/PE, em  
27/05/2011, inscrito no CPF sob o nº 036.154.754-45, residente na  
Rua do Egito, nº 410, complemento casa, Bairro Bonfá, cidade Serra Talhada, Estado PE.

2. Outorgado

Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em  
29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na  
Rua Francisco Olavo, nº 110, complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade Serra Talhada, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Outorgante

*Antônio Ramos de Lima Neto*

*04/07/2018*  
SUBSTITUTA  
CIC 1020035600

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE  
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA  
Telefone: (87) 38311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de ANTONIO RAMOS  
DE LIMA NETO - Dou R. Serra Talhada - PE Em Teste ( )  
da verdade - ( ) Reginaldo Anísio da Silva -  
Titular. ( ) Maria Edna de Souza - Substituta. Emol.  
- R\$ 3,39. TSNR - R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,00. IAS - R\$ 0,00

Selos: 0074872.ZW007201801.01741 26/07/2018 13:57:28  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358426/18

**Número do Sinistro:** 3180455811

**Vítima:** ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO

**CPF:** 036.154.754-45

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 20/05/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 05/11/2018

Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE  
CPF: 051.394.744-25

Data do cadastramento: 05/11/2018

Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO  
CPF: 097.679.434-98

\_\_\_\_\_  
ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

\_\_\_\_\_  
GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358426/18

**Vítima:** ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO

**CPF:** 036.154.754-45

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 20/05/2018

**Titular do CPF:** ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO : 036.154.754-45

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**  
**- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/09/2018  
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE  
CPF: 051.394.744-25

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2018  
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO  
CPF: 097.679.434-98

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO  
**Nº Sinistro:** 3180455811  
**Vitima:** ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO  
**Data do Acidente:** 20/05/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180455811**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO**  
Nº Sinistro: **3180455811**  
Vitima: **ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO**  
Data do Acidente: **20/05/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180455811**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180455811      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO      **Data do acidente:** 20/05/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/11/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE QUADRIL DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE QUADRIL DIREITO.

**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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

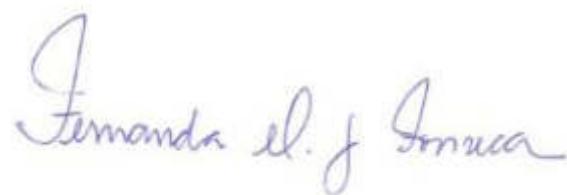
**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

036.154.754-45

Nome completo da vítima

Antônio Ramos de Lima Neto

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Antônio Ramos de Lima Neto	CPF titular da conta 036.154.754-45	Profissão Agricultor
Endereço Rua do Egito	Número 410	Complemento Casa
Bairro Bombrá	Cidade Curva Paliada	Estado PE
Email	CEP 56900-000	Telefone (DDD) (87)9631-4907

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

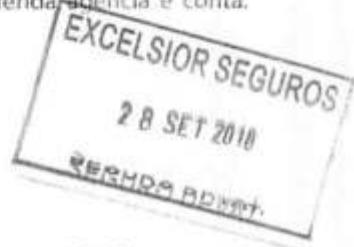
AGÊNCIA NRO. 0914 DV 27953 CONTA NRO. 7  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ IBOV \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Curva Paliada, 09 de Agosto de 2018  
 Local e Data



Antônio Ramos  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

de Lima Neto  
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

AP

198-353599603-0

17/01/2018

HOME DF 11:02:16

LOT. 15.003030-4  
LOCALIDADE: SERRA TALHADA  
AG. VINCULADA: 0914

TERM 015382

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

9914.06027953-7

NOME: ANTONIO RAMOS DE L. NETO

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA LIMITE SALDO  
11/07

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012  
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE SALDO  
11/07

RESUMO EM 16/07  
SALDO

RESUMO DO DIA  
SALDO BLOQUEADO  
SALDO DISPONIVEL  
SALDO TOTAL

198-359599603-0

13 VIA

0358426/18



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC  
 DINTER2/21ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267003313**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/08/2018** às **15:26**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **20/5/2018** às **05:30**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO BOM SUCESSO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA ( AUTOR \ AGENTE )  
 IVANALDO BERNARDO DA SILVA ( TESTEMUNHA )  
 ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): IVANALDO BERNARDO DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **ERNESTINA JÚLIA RAMOS** Pai: **MANOEL RAMOS DE LIMA** Data de Nascimento: **7/1/1977** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9232355/SDS/PE (RG), 03615475445 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS** Telefones Celulares: - **96087545**

Endereço Residencial: **RUA MAJOR ADOLFO CORTE, 410 - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**IVANALDO BERNARDO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **BENEDITA MARIA DA SILVA** Pai: **LUIZ BERNARDO DA SILVA** Data de Nascimento: **6/10/1982** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6713980/SDS/PE (RG), 05093004480 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Profissão: **MOTOTAXISTA** Telefones Celulares: - **98055317**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, LOTE 38, QUADRA 20 - VILA BELA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO SE APLICA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO**

## Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **IVANALDO BERNARDO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IVANALDO BERNARDO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGR8279** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **221383352** Chassi: **9C2KC1620AR045756**  
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

## Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DEPOL, ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO, COMUNICANDO QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, OCORRIDO NO LOCAL JÁ CITADO NESTE BO. RELATA A VÍTIMA QUE VINHA DO SÍTIO BOM SUCESSO, JUNTAMENTE COM A TESTEMUNHA QUE É MOTOTAXISTA, NA PE QUE LIGA SERRA TALHADA A TRIUNFO, QUANDO FORAM SURPREENDIDOS POR UM VEÍCULO QUE COLIDIU NA LATERAL DA REFERIDA MOTOCICLETA, VINDO AMBOS A CAIR AO SOLO. A VÍTIMA SOFREU UMA FRATURA NO QUADRIL, E FOI SOCORRIDA PELA TESTEMUNHA AO HOSPAM. E O CONDUTOR SOFREU APENAS ESCORIAÇÕES.**

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Antônio Ramos de lima neto*  
x **ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO**  
(VITIMA)  
x *IVANALDO BERNARDO DA SILVA*  
**IVANALDO BERNARDO DA SILVA**  
(TESTEMUNHA)



B.O. registrado por: **IVANETE LORES DÀ SILVA MAT. 220.890-3** - Matrícula: **220890-3**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221201 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*Antonio Ramos de Lima Neto*

CPF da Vítima

*036.154.754-45*

Data do Acidente

*20/10/2018*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

E-mail

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*5. faltada 09 de Agosto de 2018*

Local e Data

**EXCELSIOR SEGUROS**  
28 SET 2018  
**SEGURO DPVAT**

*Antonio Ramos de Lima Neto*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

*Antonio Ramos de Lima Neto*

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

Data: 30.05.2018	Horas: 05:55	Nº: 10			
Nome: Antônio Ramos de Lima Neto					
Nascimento: 07.01.1977	Sexo: M	Estado Civil: solteiro			
Escolaridade: 1º período	Profissão: agricultor				
Mãe: Dona Rosângela Julia Ramos	Responsável: o genitor				
Endereço: Rua do Sítio, 308	Município: S. Talhada	Fone: 9.9929.9733			
Cartão SUS:	RG/CPF:				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:	

História e Exame Físico:

Pouente utero de sudeste de moto  
com multifilia e escoriações.  
PR: med 140/80 P120  
Abd: S/Alt.



Tratamento:

NS Duro D AP/1P  
NS Duro EAP/1P.  
NS PE + AP/1P.  
NS Feno D AP/1P

SF 0,4 g 1000ml a 1º  
Dinuras 1g tdsas 15:30  
Filoful 1g tdsas 15:30  
Scaval 1g 1g tdsas 15:30

SF 0,4 g 1000ml a 1º  
Dinuras 1g tdsas 15:30 22:50 - 08:30  
AO OCTO FERDÉT.

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

Dr. Raniery Soares / S. Machado

Médico

CREMEPE: 22566

CREMEG: 17637

Destino do Paciente:

Internado

Residência

Transferido

Evasão

Removido para o hospital:

Óbito às

hrs do dia

# 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: 13/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 00000027953-7

---

Nr. da Autenticação 823BE42824E0712C



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. José de Barros, 111, Balaústa, Recife, Pernambuco - CEP 50015-902  
PGLD 11 3185 8500007-06 | E-mail: [info@cenae.com.br](mailto:info@cenae.com.br)

**DADOS DO CLIENTE**

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA DO EGITO 410

CPF: 054.402.784-42

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
RUA DO EGITO 410

CPF 054.402.794-42

BOMBAISERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
56900-000

Nº DA NOTA FISCAL	STRN	EMISSÃO
016657118	UNICA	17/05/2018
APRESENTAÇÃO:	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24/05/2018	20027386824	3662170

CONTA CONTRATO MÉDIA  
4009076722 05/2018  
DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA  
01/06/2018 18/06/2018  
TOTAL A PAGAR (R\$) 53,86

DESCRICAo DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PRECO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	58.000000	0,73670088	41,26
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,48
Contribuicão Iluminação Pública			2,56
ICMS Subvençao-CCE-NF 002984233-16/03/18			0,20
Relação de Unidade Consumidora			2,20
Multa por atraso-NF 002981835 - 24/08/16			0,44
Multa por atraso-NF 009384233 - 16/03/18			0,00
Juros por atraso-NF 008304233 - 16/03/18			0,45
Juros por atraso-NF 002981835 - 24/08/16			4,55
Atualização IGPM-NF 609364233 - 16/03/18			0,21
Atualização IGPM-NF 002981835 - 24/08/16			0,57

TOTAL DA FATURA **R\$ 1.000,00**

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
TS4103	CAT	11/05/2018	11.946,00	17/05/2018	11.959,00	6	1.00000	0,00	13,00
TS4103	CAT	10/05/2018	11.946,00	17/05/2018	11.946,00	1	1.00000	0,00	0,00
TS4103	CAT	17/04/2018	11.903,00	10/06/2018	11.946,00	23	1.00000	43,00	43,00

• HISTÓRICO DE CONSUMO

ИНОГДА БЫЛ ИМПОРТАНТ

A partir de 2004, tarifa com reajuste médio de 10,47% para Bari e Fribol e 9,80% para Aba Teresópolis-RJ de 2.300/18. No caso de leitura a vista permanente em vigor e de Armação, Marca Informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). O Cliente é coresponsável pela utilização constante de todos os serviços de fornecimento. Pagará, em aéreos, pelo menor 2% (R\$41,4140251), juros 1% (R\$41,4140251) x 10,47% (R\$41,4140251) e o valor da multa monetária no prazo médio. O Cliente é coresponsável que não haja cumprimento do prazo de fatura para os serviços de abastecimento e fornecimento.

Não existem estatísticas para 2007. A  
única referência é da  
statista, que fala numa variação  
no comportamento das compras entre os  
consumidores, ou seja, queda das  
famílias americanas (Conf. 41,  
Ley 12.007/06). Esta declínio é do  
resultado de uma diminuição de  
avaliações, não fazendo as pessoas  
saudáveis que podem não ser  
vistas tanto agora a fim da pressão  
económica.

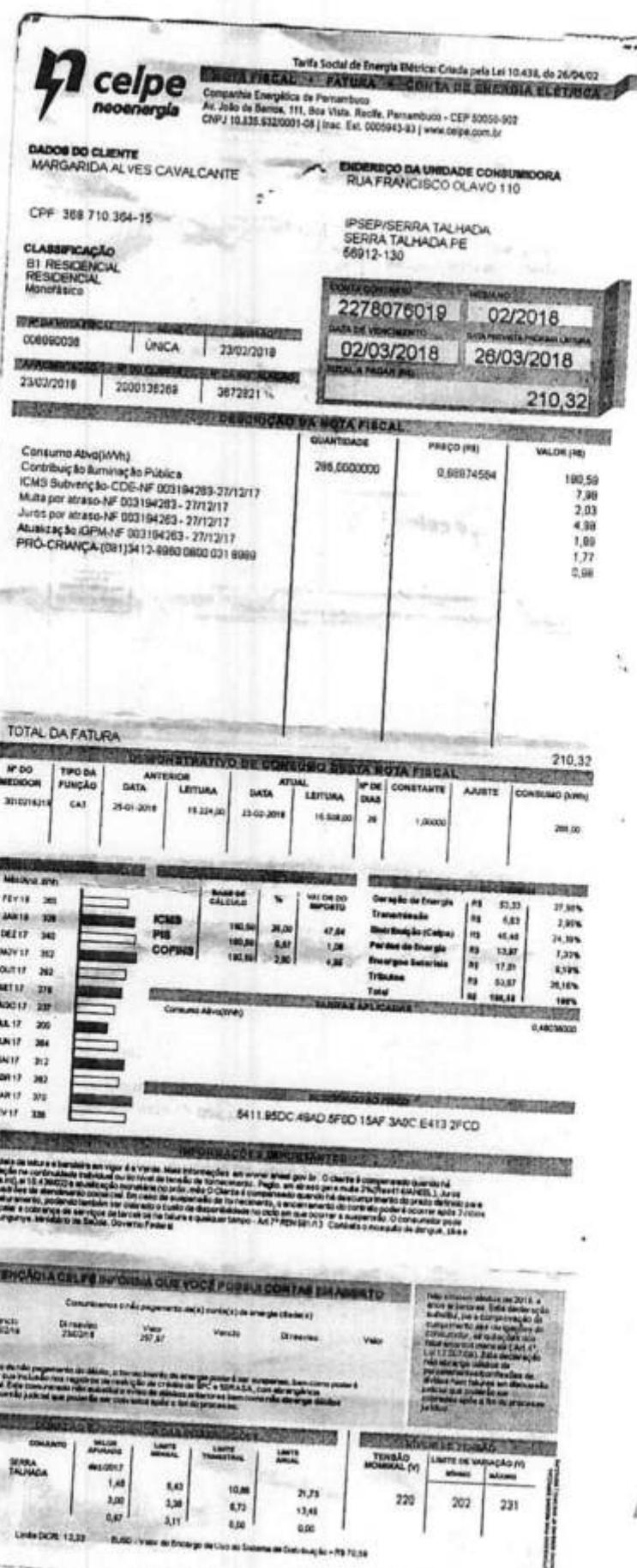
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				
CONSUMO	MÉDIA APROXIMADA EM QUÍL	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
000	0,00	9,43	10,86	21,73
100	0,00	3,36	6,72	13,49
200	0,00	3,11	3,11	0,00

2000-01-02

CONTA CONTRATO MÊS/ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$) 4009076722 05/2018 01/06/2018 53,86

EXCELSIOR SEGUROS  
28 SET 2014  
SEGUROS PÓRTA

838000000009 538600110043 009076722108 122144801539



EXCELSIOR SEGUROS  
28 SET 2018

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ronan de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.344/25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Antônio Vamos de Lima Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.159.754/45, do sinistro de DPVAT cobertura Invalido da Vítima Antônio Vamos de Lima Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.159.754/45, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Procurador(a) Renda: Ricurso e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Francisco Olavo</u>	Número	<u>10</u>
Bairro	<u>IPSEI</u>	Cidade	<u>Suria Calhada</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	<u>(87)9634-4907</u>
		Estado	<u>PE</u>
		CEP	<u>56910-130</u>

S.Calhada, 04 de Setembro de 2018  
Local e Data

Ronan de M. S. Cavalcante  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Ivanaldo Bernardo da Silva,  
RG nº 6713980, data de expedição 16/01/2015  
Órgão SOS/PE, portador do CPF nº 050.930.044-80, com  
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Quadra 38, nº lote 20  
complemento lote a, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Antonio Lemos de L. Neto, cujo o condutor era  
Ivanaldo Bernardo da Silva.

Veículo: PAS 1 MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA/CB150 TITAN MIX ES  
Ano: 2010/2010  
Placa: KGR8299  
Chassi: 9C2KC1690AR045756  
Data do Acidente: 20/10/2018  
Local e Data: Serra Talhada, 30/10/2018



Ivanaldo Bernardo da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Maria Lúcia de Sousa

Substituta CPF: 187.093.384-20

**CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE**  
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA Substituta  
Telefone: (81) 38311-924 CPF: 187.093.384-20

Reconheço a Firma por Autenticidade de IVANALDO BERNARDO DA SILVA. Dou Fé Serra Talhada - PE. Em Teste ( ) da verdade. ( ) Reginaldo Anísio da Silva Titular. ( ) Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Emel. - R\$ 3,39. ISMR - R\$ 0,80. IPI - R\$ 0,00. IPI - R\$ 0,00.

Selo: 0074872.JUP08201803.04153 30/08/2018 15:38:12  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seledigital](http://www.tjpe.jus.br/seledigital)



Registro nº 1145 Data 21/05/18 Hora 12:22

 Nome Antônio Ramos de Lima Neto Data de Nascimento 07/01/77

 Sexo masculino Idade 41 Cor Pauda Estado Civil Solteiro

 Naturalidade Serra Talhada - PE Profissão Agricultor

 Endereço Rua do Egito - São Antônio - Serra Talhada

 Filiação Benedita Julia Ramos

 Telefone (87) 9929-9733 N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.)

Trazido por \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Telefone (\_\_\_\_\_)

Local do Acidente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

 Natureza do acidente
 

<input type="checkbox"/> Casual	<input type="checkbox"/> Tentativa Suicídio	<input type="checkbox"/> Acidente Trânsito
<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Outras Causas
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	

~~Alusiva ouvida o vómito  
 sentimento ruído de dor  
 e gastrite~~

EXAME FÍSICO

~~EXCELSIOR SEGUR  
 20 SET 2018  
 RECHAMBO - PRIM~~

~~Alusiva fisiológica  
 MTO~~

 Diagnóstico Provisório ~~Fistula urinária oculto~~

 Conduta ~~AO BORDO P/ REMOÇÃO~~

~~LTT~~

~~Pedro Alves  
 Oficial  
 Unidade de Saúde  
 Centro de Saúde~~

Médico - CREMEPE

Repcionista

Curado

Melhorado

inalterado

Piorado

Óbito Em / . /

Hora \_\_\_\_\_

+ 48 Horas

- 48 Horas

Decisão Médica

Alta Pedida

### Indisciplina

## Transferência

Transferido para...

### Diagnóstico Definitivo

### Observações

Data 25, 05, 2010

Médico - CREMEPE (carimbo)



# HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

## Relatório de Operação

Nome do Paciente	Antônio Lemos de Lima Neto		Número do Registro
Clinica			Número do Leito
Operador	Fábio Alves		
1º Assistente	2º Assistente		
Instrumentador	Anestesista		
Anestesia	Duração		
Data da Operação	Inicio	Fim	
Diagnóstico Prê-Operatório	Prostata maior ou igual		
Diagnóstico Pós-Operatório	O meato		
Operação Proposta	Prostatectomia + Ressecção transcolorectal a vista		
Operação Realizada			

### DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① PCTO em ODM
- ② 2000, 2000, Ressecção ascendente  
bilateral
- ③ ABDOMINA / ANESTESIA coaxial
- ④ Posso FSO k 4.0. Kono-  
fornutar





**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**  
**EMERGÊNCIA**

**HRA**  
NO GIFT PLATES OR MAIL ORDERS

Nome: ANTONIO RAMOS DE LIMA NETO  
Data Nasc.: 07/01/1977 Idade: 41  
CPF: 03615475445 RG: 9232355  
Endereço: RUA MAJOR ADOLFO CORTE  
Bairro: SAO CRISTOVAO  
CEP: 56909440 Fone: 996336870  
Nome da Mãe: ERNESTINA JULIA RAMOS  
Acompanhante:  
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOC  
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 416574

Prontuário: 319096

**Sexo:** MASCULINO      **Cor:** PARDA      **Religião:**  
**CNS:** 898003407494736      **Nº:** 410  
**Cidade:** SERRA TALHADA      **Estado:** PE  
**Profissão:** AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS

Quelxa Principal / HDA: Parente encamado de unha talhada con  
intensos de náusea e náuseas de receso de farto. Parente con historia  
de náusea de estômago (2), com náuseas de quadris (2), tendo  
sido hospitalizado náuseas de náuseas de quadris (2), com cefaleas  
de náuseas ~~intensas e agudas~~.

### Exame Fígado

PA: EC: ER:

Parente în ero de varicoză transversală în ceea cea (P) numărul numărul numărul. În următoarele tomografie și (D) studierea natura de artibuliu (D)

**Diag. Provisório:**

① Máxima de autovalor ②

Co. 9th Penn Ap  
-intervars  
-varus & kg

2518

100

**Prescrição:**

Dietz:

**Data**

## Horrido

## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: <i>Antônio Fábio da Silva</i>	Nº do Registro:	
Clinica: <i>CHN</i>	Nº do Leito	
Operador: <i>Dra. Marília Faria</i>		
1º Assistente: <i>Dra. Cláudia Lira</i>	<i>2º Assistente: Dr. Gleison Ribeiro</i>	
Instrumentador:	Anestesista:	
Anestesia:	Duração:	
Data da Operação:	Ínicio:	Término:

Diagnóstico Pós-Operatório:

*Esferocele Acuteus*

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada: *Anteriorização e reseção do  
exonervos*

## DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Ponto em DLE, obliteraria  
Anteriorização propria + Ayudação com  
cicatrizante estéril  
Base sótano - Atas em fundo  
Direção no plâano  
Expondo a reseção com introdução  
Porta-alvo  
Expondo com 2 pinças de descompressão  
Líminação por planos  
Técnicas  
Chirurgia base perfurada díspida em MID  
A APPA



11/01/2018

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE  
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

**RECEITUÁRIO**

Unidade: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Registro Nº: \_\_\_\_\_

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_

Lauda Monteiro

Brincava p/ os  
brincos Fins da  
mão Ramas de um  
árvore fumante  
A maternidade com  
Gelo e fumaça de  
fumarízio D.  
Deve abster-se de  
atividades esportivas  
nos próximos dias

Cod: 532.4

Data: 12/07/18

Médico CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício  
Eleda Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

EXCELSIOR SEGUROS

28 SET 2018

RESCAPOINT

# CliniK

*Rua: Cornélio Soares, 939, sala 2, térreo,*  
*Bairro: Nossa Senhora da Penha; Serra Talhada- PE;*  
*CEP: 56903- 440*  
*CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992*

## Laudo médico

*Antônio Ramos de Lima; Idade: 41 anos.*

*Paciente foi Vítima de acidente de moto/carro no dia 20/05/18. Fato ocorrido no sítio Bom sucesso, zona rural, Serra Talhada- PE.*

*Foi atendido no hospital de Serra Talhada (HOSPM), com a qual ficou internado devido à fratura do acetábulo direito. Foi encaminhado ao hospital da Cidade de Caruaru (HRA) onde ficou internado e aguardando a cirurgia. Foi realizada após um período de mais ou menos 28 dias de internamento.*

*Na avaliação clínica de sequelas, o paciente apresenta exame físico-clínico visual, sequela consequente ao trauma na qual foi observada limitação de movimento da coxa direita de mais ou menos 20%. Apresenta cicatriz cirúrgica de mais ou menos 15 centímetros*

*No momento encontra-se de alta do tratamento com a fisioterapia.*

***OBS: Paciente se apresenta ao exame físico de hoje com esses sinais. Podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo no decorrer dos dias.***

Atenciosamente

Dr. Ricardo Bruno Souza e Silva

Dr. Ricardo Bruno Santana Souza e Silva

CRM-PE: 23409; CRM-PB: 9992.

Serra Talhada, 26 de outubro de 2018.

