

CACHOEIRINHA

HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO
DIRETORIA ADMINISTRATIVA
Avenida Brasil, Antônio B/N - Centro Cachoeirinha/PE
CEP: 55300-000 Telefone: (081) 3745-1200

SECRETARIA DE SAÚDE
SAÚDE
Atendimento à Saúde

DECLARAÇÃO

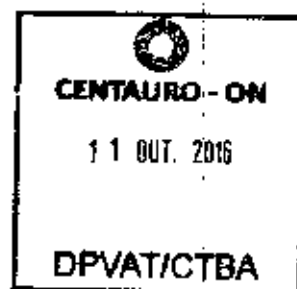
Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. JOÃO RAMOS
LIMPO, portador do CPF: 509.403.414-34 e RG: 472.0223-889-PE, que consta no
registro de ocorrências do Hospital Nair Alves Raimundo, atendimento realizado por
nossa equipe, no dia 05 de dezembro de 2015, às 19h20min, por queda da motocicleta,
que prestou atendimento a vítima, transportando-a para o Hospital Regional da Agreste
para avaliação ortopedica, onde lá foi transferido para o Hospital da Unimed em
Caruaru-PE.

Cachoeirinha-PE, 21 de Setembro de 2016

MARISLA MACILDO DE OLIVEIRA
DIRETORA ADMINISTRATIVA

MARISLA MACILDO DE OLIVEIRA

Diretora Administrativa



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. JOÃO RAMOS JUNIOR, portador do CPF: 599.493.414-34 e RG: 3773223-SSP-PE, que consta aos registros de ocorrências do Hospital Nair Alves Raimundo, atendimento realizado por este serviço, no dia 05 de dezembro de 2015, às 09h20min, por queda da motocicleta, que prestou atendimento à vítima, transportando-a para o Hospital Regional do Agreste, onde lá foi transferido para o Hospital da Unimed em

HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO
DIRETORIA ADMINISTRATIVA

Avenida Santo Antonio S/N - Centro, Cachoeirinha/PR
EP: 55380-000 Telefone: (81) 3742-1283

Declaração de comparecimento

Declaro para os devidos fins que o senhor João Ramos Júnior compareceu a este serviço no dia 05/12/2015, vítima de acidente de automobilístico. Sendo transferido para avaliação e conduta do médico ortopedista.

Cachoeirinha, 17 de março de 2016

Atenciosamente


Marisla Macedo de Oliveira
Diretora Administrativa

CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A:

27 JUN. 2016

DPVAT - CTBA


CENTAURO - OM

11 OUT. 2016

DPVAT/CTBA



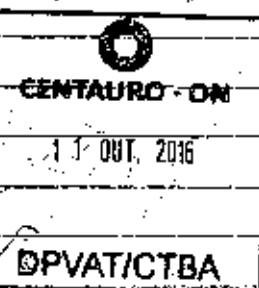
HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO
CACHOEIRINHA - PERNAMBUCO
PRONTUÁRIO DE EMERGÊNCIA



PACIENTE	Nome	João Carlos Almeida		Data	05/12/15	
	Sexo	M	Idade	42 a	Cor	
	Naturalidade	Cachoeirinha				
	Endereço	R. Tico - Manoel Braga		Data de Nascimento	15/11/66	
RESPONSÁVEL	Procedência					
	Pessoa de quem depende	Parentesco				
	Endereço	Omapo				
	Trazido por	h				
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA	Endereço	Fone				
	Local do Acidente	Data		/ /		Hora
	Natureza	☐ Casual	☐ Acid. no Trânsito	☐ Tentativa de Suicídio		
	Do	☐ Queda	☐ Intoxicação	☐ Outros Causas		
	Acidente	☐ Acid. do Trabalho	☐ Agressão	☐		

ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento	☒ Clínico	☐ Cirúrgico	NO. 15	HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO
	Pressão Arterial	120	MX	80	MM
	Pulso	BPM			
	Temperatura	°C			
	Peso				
	Queixa Principal e H D A	Dor de mto			
		deq. de mto. p. dor			
		2			
	Exame Físico	CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A			
		27 JUN. 2016			
	DPVAT - CTRA				
Hipótese Diagnóstica	Ataque de mto. p. dor				
	Cirurgia p. mto. p. dor				

Atendimento
CRM: 11515
CPR: 621-895-914-15



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: 16/02/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

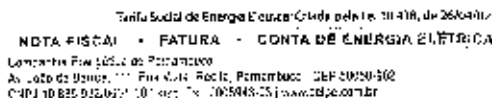
CLIENTE: JOAO RAMOS JUNIOR

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01689-6

CONTA: 000000020274-6

Nr. da Autenticação 302932FC6CECDC02



ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
19 MANJ. E. FROTA 13

CENTRO CACHOEIRINHA
CACHOEIRINHA, PE
55381-000

0888884044 12/2015

DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTAÇÃO PROXIMA LEITURA
05/01/2016	26/01/2016

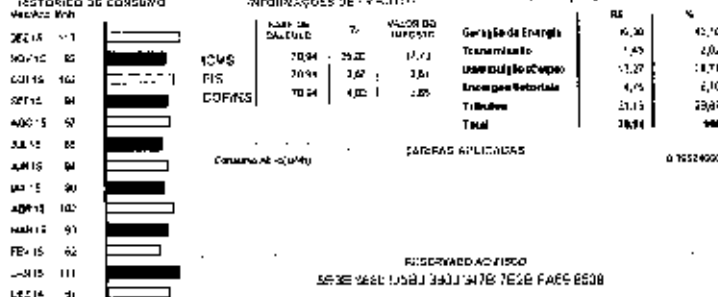
TOTAL A. PAGAR (yd) 81.75

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Aluguel(1)	113 000000	C 55374258	63,70
Acrescimo standarte veRVELA-A			7,24
Contribuição Unimob, do PIS/COF			7,88
CMS Subvenção-COE-UF RJ(1) - 5795-2705715			6,40
CMS Subvenção-COE-UF RJ(3)4483 - 2805715			0,43
CMS Subvenção-COE-UF RJ(2)8028-2707715			0,42
Multiproporção-UF RJ(1)6571 - 2711715			1,30
Multiproporção-UF RJ(3)15021 - 2711715			0,56

61.75

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA									
Nº DO RECEBIM.	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		MDE CONSTANTE	AJUSTE	Consumo (kWh)	
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000	CM	25/10/05	1040000	25/10/05	1045000	31	100000	1500	

EXAMINATIONS: 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

[illegible]

1999-2000, 2001-2002 e 2003-2004, a área protecionista da participação de estrangeiros no comércio exterior brasileiro, para a análise conjunta do comércio exterior brasileiro do triênio 2000-2002, no qual, há dois indicadores: "Importações de bens de capital" e "Exportações de bens de capital". Esta seção discute os impactos decorrentes da participação estrangeira no comércio exterior brasileiro, bem como as mudanças nas estruturas de comércio exterior brasileiro, bem como as mudanças nas estruturas de comércio exterior brasileiro.

*The authors are grateful to the National Science Foundation (NSF) for support of this work under Grant Number DMR-9734650.

[illegible]

Então, não há qualquer dúvida de que a LGPD não apenas pode e vai suspender, bem como poderá até mesmo substituir a Lei de Proteção de Dados do Brasil: a Lei nº 12.965/2014, conhecida como Lei nº 12.965/2014, conhecida como Lei Nacional de Comunicação e Proteção de Dados (Lei nº 12.965/2014). Portanto, não há qualquer dúvida de que a LGPD não apenas pode e vai suspender, bem como poderá até mesmo substituir a Lei de Proteção de Dados do Brasil: a Lei nº 12.965/2014, conhecida como Lei nº 12.965/2014, conhecida como Lei Nacional de Comunicação e Proteção de Dados (Lei nº 12.965/2014).

14005 DE TCHAG

LÍNEAS	MILES + FUEL + PASAJEROS	1 SET MILES	LÍNEA TRANSMISAL	LÍNEA DE LÍNEA	LÍNEA DE LÍNEA	LÍNEA DE LÍNEA (M)	
						línea	línea
ENC	1.00	1.3	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7
ENC	1.00	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7
ENC	1.00	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7

• [max 50000 14.00](#) [5 1:21.50000 0000 00000001 57 40 5 00000000 00000000 00 00 00 00](#)

CENTAURIO VIDA E
PREVIDENCIA S/A

27 JUN. 2016

DPVALT - CTDA

7 257 68



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, JOAO RAMOS JUNIORRG nº 3773223, data de expedição / / Órgão SSP - PE

CPF nº 599.493.414-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA VALERIANO ALVES COUTO</u>
Número	<u>26</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>CACHOEIRINHA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55.380-000</u>
Telefone de Contato	<u>(87) 99935-7503 ou 98149-5486</u>
E-mail	<u>henrique_santos@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 08/11/2016Assinatura do Declarante: João Ramos Junior

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE: PERNAMBUCO
CEP 50.050-002
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



CAUTION: NEVER

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidor(a) 0800 282 5599
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE DJANE DA SILVA MACEDO CPF: 040.052.714-64		DATA DE VENCIMENTO 02/12/2016 TOTAL A PAGAR (R\$) 53,05		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 25/11/2016 DATA DA APRESENTAÇÃO 25/11/2016 NÚMERO DA NOTA FISCAL 003228600		CONTA CONTRATO 004000076517 Nº DO CLIENTE 2001482782 Nº DA INSTALAÇÃO 0000508444	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA VALERIANO ALVES COU TO 26 CENTRO/CACHOEIRINHA 55358-000 CACHOEIRINHA PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico					
		RESERVADO AO FISCO B0A1.F3F3.F1FA.A1FD.8487.76D0.8631.F2EB					

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	78,00	0,6227864	48,78
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,38
Contribuição Iluminação Pública			2,50
TOTAL DA FATURA			53,05

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
IPI-8			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
50.46	25.00	12.61	50.46	0.67	0.43	50.46	4.04	2.03

TARIFAS APLICADAS			HISTÓRICO DO CONSUMO		
Consumo Adicional		R\$4105,00			
			NOV	15	24111111111111111111
			OUT	10	21111111111111111111
			SET	10	22111111111111111111
			AUG	10	21111111111111111111
			JUL	15	21111111111111111111
			JUN	15	21111111111111111111
			MAR	15	21111111111111111111
			ABR	18	21111111111111111111
			MAR	15	21111111111111111111
			FEB	18	21111111111111111111
			JAN	18	21111111111111111111
			DEZ	13	21111111111111111111
			NOV	13	21111111111111111111

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DO NOTICION	TIPO DA FUNCAO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO 1999
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
11000003	CAT	28/07/2016	11.838,00	28/11/2016	11.877,00	30	1,00000	0,00	78,00

* DATA PREVISTA PARA IL PROGRAMMA LETTERARIO: 27/12/2015

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR AFIRADO	META MENSAL	META SEM.	META ANUAL
04/02/16					
DEQ-No, de horas sem Energia	LAJED	0,00	0,47	1,88	20,00
FIC-No, de vezes sem Energia		0,06	3,20	6,40	13,00
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,30	3,20	0,80	0,00
DEQ-Duração de interrupção no dia crítico					Limite DEQ= 12,22
ELSD-Valor do Enchimento do Uso = R\$ 15,42					

Fica Condição para solicitar a duração das interrupções DEQ, FIC, DMC e DMF.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Na data da lotura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.anel.gov.br.
Pagamento em atraso gera: Multa 2% (R\$ 614/ANTEL-05/09/10) e Juros 1% a.m. (R\$ 10.438-26/04/02), no próximo mês.
Serviço Militar. A segurança do Brasil em nossos muros. Reservaista apresente em sua org. Militar de 01-16/Dz/18.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os pedidos de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE ADQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
604008076517	11/2016	53,05	02/12/2016	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitora ótica.

838300000004 530500110046 000076517101 058831661234



ALTERNACÃO MECÂNICA

4043

• **Index**

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maryann Douglas de Sá Lima,
RG nº 9133004 SDS data de expedição 05/10/2000
Órgão SDS PC, portador do CPF nº 118-88033-11, com
domicílio na cidade de Cachoeira, no Estado de
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua: Rm Valente de Melo nº 113,
complemento Lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima 05/12/2015, cujo o condutor era
João Carlos Gomes.

Veículo: *Hatchback*
Modelo: *Aux 150 BPF8*
Ano: *2016 - 2016*
Placa: *AHL-5913*
Chassi: *9C7280200042095380*
Data do Acidente: *05/12/2015*
Local e Data: *Sítio Samandira 05/12/2015*

Assinatura do Declarante

Los Rames Junior

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



CARTÃO DO ÚNICO OFÍCIO DE CALDEIRINHA - PA

El presente es un documento de trabajo y no debe ser utilizado para fines legales.
Este documento es propiedad de la Oficina del Fiscal General y puede contener información confidencial.
No se permite su reproducción o distribución sin el consentimiento escrito de la Oficina del Fiscal General.

Firmado

[illegible]

Certifico que esta cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado
 em _____ de _____ de 2014.

ATTENTION

⁴ A. K. KISHORE, *Proc. Indian Acad. Sci. (A)*, **67**, 107 (1978); *ibid.*, **68**, 107 (1979).

CENTRO VIDA E
PREVIDENCIA S/A

27 JUN, 2016

DPVAF - CTBA



00000

0000000000

HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO
DIRETORIA ADMINISTRATIVA

Avenida Santo Antonio S/N – Centro Cachoeirinha/PE
EP: 55380-000 Telefone: (81) 3742-1283

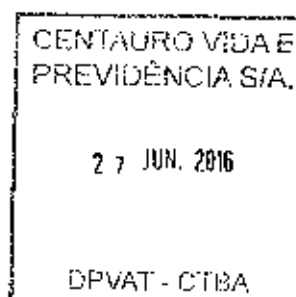
Declaração de comparecimento

Declaro para os devidos fins que o senhor João Ramos Júnior compareceu a este serviço no dia 05/12/2015, vítima de acidente de automobilístico. Sendo transferido para avaliação e conduta do médico ortopedista.

Cachoeirinha, 17 de março de 2016

Atenciosamente


Marisla Macedo de Oliveira
Diretora Administrativa





HOSPITAL NAIR ALVES RAIMUNDO
CACHOEIRINHA - PERNAMBUCO
PRONTUÁRIO DE EMERGÊNCIA



PACIENTE	Nome	João Romão Junior		Data	05/12/15	
	Sexo	M	Idade	44 a	Cor	
	Naturalidade	Cachoeirinha				
	Endereço	R. Teco - Manoel Braga		Data de Nascimento	15/11/66	
RESPONSÁVEL	Procedência					
	Pessoa da quem depende			Parentesco		
	Endereço					
	Trazido por					
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA	Endereço					
	Fone					
	Local do Acidente		Data	/ /	Hora	
	Natureza					
☐ Casual		☐ Acid. no Trânsito		☐ Tentativa de Suicídio		
☐ Queda		☐ Intoxicação		☐ Outras Causas		
☐ Acid. do Trabalho		☐ Agressão		☐		

ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento	☒ Clínico	☐ Cirúrgico	NO. 15	HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO
	Pressão Arterial	MX	MM		
	Pulso	BPM			
	Temperatura	°C			
	Queixa Principal e H.O.A.	Dor de abdômen			
	deixando de comer				
	2				
	Exame Físico	CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A			
	27 JUN. 2016				
	OPVAT - CTBA				
Hipótese Diagnóstica					
Ataque de pâncreas					
Exame de urina					

Atendimento pelo SUS
E-PM: 115/15
CEP: 527.905-974-15

Médico (CRM)



DIAGNÓSTICO

Atendimento: 191377

Prontuário: 44596

Data do atendimento: 21/12/2015 23:34:00

Paciente: JOAO RAMOS JUNIOR

Idade: 49 anos e 1 meses

Convênio: UNIMED INTERCAMBIO

Plano: APARTAMENTO

Médico(a) Assistente / CRM: GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA - 15582

DATA DIAGNÓSTICO: 21/12/2015

CID PRIMÁRIO: S826 - FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

TEMPO DE DOENÇA:

CIDS SECUNDÁRIOS:

GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A.

27 JUN. 2016

DPVAT - CTBA

1 - Identificação:

Prontuário: 00044596

Código Atend.: 0019137

Nome: JOAO RAMOS JUNIOR

Sexo: FEMININO

Idade: 49 Anos 1 Mês 16 Dias

Data Atendimento: 20/12/2015

Leito: APS7-LA

Motivo da Internação:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

TIPO DE ANESTESIA: RAQUID ANESTESIA CONTINUA

DATA DA CIRURGIA 21/12/2015

Equipe:

Cirurgião: DR.GUSTAVO LIBÓRIO

1º Auxiliar:

Anestesista: DR.FERNANDO JUNIOR

INSTRUMENTADO

DESCRIÇÃO DO CID PRINCIPAL

S826 - FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

CLASSIFICAÇÃO

LIMPA

PROCEDIMENTOS

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EM TORNOZELO D

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

RETIRADA FIXADOR EXTERNO +

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EM TORNOZELO D

1). ASSEPSIA / ANTISEPSIA / APOSIÇÃO DE CAMPOS

2). ACESSO LATERAL DA FIBULA / REDUÇÃO CIRÚRGICA / PASSAGEM DO PARAFUSO INTERFRAGMENTAR / COLOCAÇÃO DA PLACA A TERÇO CANO

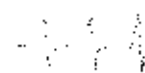
3). REVISAO DA HEMOSTASIA E SINTESE POR PLANOS

CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A.

27 JUN. 2016

MÉDICO GUSTAVO LIBÓRIO SANTOS DE ALMEIDA

DEPUTADO



Relatório de Evolução

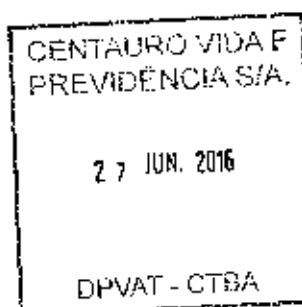
Paciente: JOAO RAMOS JUNIOR
Convênio: UNIMED INTERCAMBIOIdade: 49
Plano: APARIA BENCO

EVOLUÇÃO

Atendimento: 191377 Evolução: 274371 Leito: APTO. 37 - LEITO A Data/Hora: 21/12/2015 02:06:01

Responsável: **FABIOLA SILVA ALVES BISPO**

Paciente admitido neste setor, proveniente do bloco cirúrgico em: POI de cirurgia de Fratura de Tornozelo D, evoluindo com EGR, consciente, orientado, normocorado, hidratado, acianótico, anictérico, normotenso, eutrófico, afebril, com dieta oral livre, AVP funcionando em MSD, curativo em MID com dreno hemovac drenando secreção sanguinolenta, diurese no momento e sem queixas; nega alergia medicamentosa, diabetes mellitus e hipertensão arterial. Realizado raio x de controle após procedimento. Segue aos cuidados da enfermagem.

FABIOLA BISPO
COREN 134363



UNIMED CARUARU COOP. TRAB MEDICO

MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente

Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 de 1

Emitido por GUSTAVO SANTOS

Em 31/12/2015 11:50

PACIENTE...: 44596 - JOAO RAMOS JUNIOR

DT NASC: 15/11/1986 (49A 1M 16D)

ATENDIMENTO: 191377

DATA: 21/12/2015 12:01

PRESCRIÇÃO.: 274348

CONVÊNIO...: UNIMED

INTERCAMBIO

PESO.....:

ALTURA:

SUP. CORPOREA:

INTERNAÇÃO.: 20/12/2015 23:34

DIAS(S) INT: 1

2ª VIA

Assinatura do Responsável

MÉDICO.....: GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA

TRAUMATOLOGIA

UNID. INT.: INTERNAMENTO 3 - HUC

SERVIÇO ORTOPEDIA E

LEITO

APTO. 37 - LEITO A

COBERTURA: APARTAMENTO

CID ...

S826 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

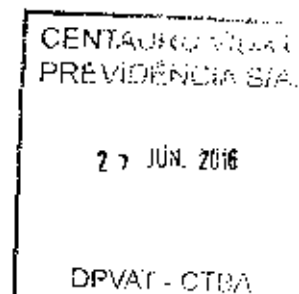
CICLO...:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



PRESCRIÇÃO MÉDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Observações
8 RX ARTICULAÇÃO TIBIOTARSICA (TORNOZELO) : Exame: 40946	1					

GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE
ALMEIDA
CRM 15582

Atendimento: 191377

Paciente: JOAO RAMOS JUNIOR

Idade: 49 Anos 1 Mês

Setor: INTERNAMENTO 3

Leito: AP37-LA

Médico Assistente: GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 21/12/2015

Data anotação: 21/12/2015

Hora anotação: 02:23

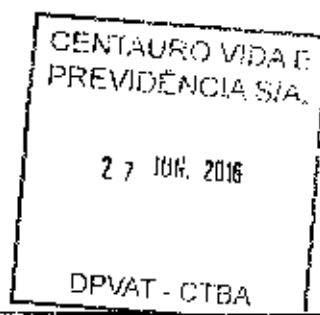
Responsável: WILTON PORTELA GOMES

Anotação

As 02:15hs Paciente admitido neste setor, proveniente do bloco cirúrgico em PQI de cirurgia de Fratura de Tornozelo D, evoluindo com EGR, consciente, orientado, normocorado, hidratado, acianótico, anictérico, normotenso, eupneico, afebril, com dieta ora. livre. AVP funcionando em MSD, curativo em MID com dreno hemovac drenando secreção sanguinolenta, diurese no momento e sem queixas, nega alergia medicamentosa, diabetes mellitus e hipertensão arterial. Realizado raio x de controle após procedimento. Segue aos cuidados de enfermagem.

GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA

COREN 614393



Atendimento: 191377

Paciente: JOAO RAMOS JUNIOR

Idade: 49 Anos 1 mês

Sector: INTERNAMENTO 3

Leito: AP37-LA

Médico Assistente: GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 21/12/2015

Data anotação: 21/12/2015

Hora anotação: 01:17

Responsável: QUETULA ELIAS DE FRANCA SILVA

Anotação:

PACIENTE ADMITIDO NO BC PARA SUBMETER-SE A UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TORNOZELO CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCORADO, LOGO PUNÇIONADO AVE UTILIZANDO 02 JELCOS 21. SEGUE A SALA 31 E APÓS PROCEDIMENTO SEGUE A SRPA.

GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA

COREN 648251

CENTAURO VIGIL
PREVIDÊNCIA S/A.

27 JUN. 2016

DPVAT - CTBA

Atendimento: 191377

Paciente: JOAO RAMOS JUNIOR

Idade: 49 Anos 11 Mês

Sector: INTERNAMENTO 3

Leito: AP37-LA

Médico Assistente: GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 21/12/2015

Data anotação: 21/12/2015

Hora anotação: 02:24

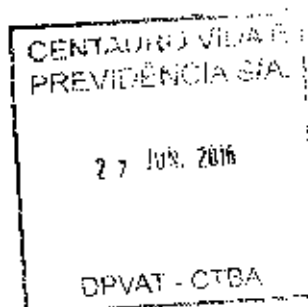
Responsável: WILTON PORTELA GOMES

Anotação

As 02:15hs Paciente admitido neste setor, proveniente do bloco cirurgico em PQI de cirurgia de Fratura de Tornozelo D. evoluindo, com EGR, consciente, orientado, normocorado, hidratado, acianótico, anictérico, normotenso, eupnéico, afébril, com dieta oral livre, AVP funcionando em MSD, curativo em MID com dreno hemovac drenando secreção sanguinolenta. diurese espontânea e sem queixas, nega alergia medicamentosa, diabetes mellitus e hipertensão arterial. Realizado raio x de controle após procedimento. Segue aos cuidados da enfermagem.

As 06hs Paciente em PQI de cirurgia de Fratura de Tornozelo D. evoluindo com EGR, consciente, orientado, normocorado, hidratado, acianótico, anictérico, normotenso, eupnéico, afébril, com dieta oral livre, AVP funcionando em MSD, curativo em MID com dreno hemovac drenando secreção sanguinolenta. diurese espontânea e sem queixas, medicado. Segue aos cuidados da enfermagem.

GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA
COREN 614393



Atendimento: 191377

Paciente: JOAO RAMOS JUNIOR

Idade: 49 Anos 1 Mês

Setor: INTERNAMENTO 3

Leito: AP37-LA

Médico Assistente: GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Data de Referência: 21/12/2015

Data anotação: 21/12/2015

Hora anotação: 07:39

Responsável: MARILIA CLEMENTINO DOS SANTOS

Anotação:

às 07:00 recebo o plantão com o paciente em egr. consciente, orientado, eupneico, afebril, com avp funcionalmente, aceitando dieta, alívio espontâneo e o mesmo segue aos cuidados de enfermagem.

às 12:00 paciente obteve alta hospitalar retrado o avp.

GUSTAVO LIBORIO SANTOS DE ALMEIDA

COREN 750999

CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A.

27 JUN. 2016

DPVAT - CTBA

PACIENTE: 44596 - JOAO RAMOS JUNIOR

DT NASC: 15/11/1966 (49A 1M 16D)

ATENDIMENTO: 191377

DATA: 21/12/2015 00:19

INTERCAMBIO

PESO: 70,0

ALTURA: 1,70

SUP. CORPOREA:

DIAS(S) INT: 1

PRESCRIÇÃO: 274348

CONVÊNIO: UNIMED

INTERNAÇÃO: 20/12/2015 23:34

2ª VIA

MÉDICO: GUSTAVO LIBÓRIO SANTOS DE ALMEIDA

TRAUMATOLOGIA

VIRTUAL - APTO. 37 - LEITO A

CID: S826 FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA E

LEITO

UNID. INT.: INTERNAMENTO 3 - HUUC

COBERTURA: APARTAMENTO

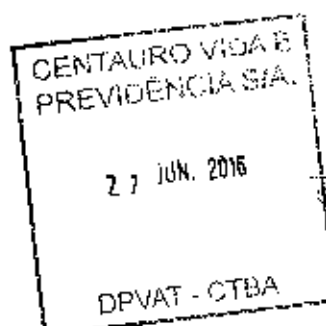
CICLO: 1

Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Itens de Prescrição	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data e Horários
1 DIETA LIVRE	1			VO	Agora	
ANTIBIÓTICOS						
2 (D1/1) C.C. CEFALOTINA 1G	1	FRASCO		IV	6h/6h	
Justificativa: 123						
-> AGUA BIDESTILADA 10ML	1	AMPOLA				
Itens de Prescrição	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data e Horários
3 CLORETO DE SODIO 0,9% - 1000ML	1	FRASCO		IV	Contínua	
4 C.C. DIFERONA 500MG/ML - 2ML	1	AMPOLA		IV	4h/4h	
-> AGUA BIDESTILADA 10ML	1	AMPOLA				
-> SERINGA HIPODERMICA 10ML COM AGULHA	1	UNIDADE				
5 C.C. TRAMADOL 50MG/ML - 2ML	1	AMPOLA		IV	8h/8h	
Obs.: DILUIR EM SF 200 ML IV						
-> SERINGA HIPODERMICA 3ML COM AGULHA	1	UNIDADE				
-> CATETER INTRAVENOSO 20G	1	UNIDADE				
-> CLORETO DE SODIO 0,9% - 100ML	1	FRASCO AMPOLA				
6 C.C. OMEPRAZOL IV 40MG	1	FRASCO		IV	12h/12h	
7 ENDOXAPARINA SÓDICA 40MG/0,4ML	1	SERINGA		SC	1 X A C/DIA	



GUSTAVO LIBÓRIO SANTOS DE ALMEIDA
CRM 15562



MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME
JOAO RAMOS JUNIOR

DOC. IDENTIFIC. / CRL. EMISSOR / UF
377322388996

CNPJ
599.493.414-34

DATA NASCIMENTO
15/11/1966

FRANCO
JOAO RAMOS SOBRINHO

MARIA DE LOURDES
JACINTO

RENESCO
ACC
D

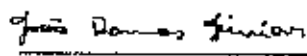
IN. REGISTRO
00271850640

VALIDADE
07/07/2019

P. HABILITACAO
19/02/1998



VALID
950272759

ASSINATURA


LOCAL
RIO DE JANEIRO, RJ

DATA EMISSAO
09/07/2014

ASSINATURA DO EMISSOR


86830848311
83207992754

DETRAN - RJ (RIO DE JANEIRO)

950272759



Atenuação de pagamento

CENTAURO VIDA E
 PREVIDENCIA S/A.
 27 JUN. 2016
 DPVAT - CTBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETTRAN-PE Nº 011972308992
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 217S71225 ANO: 2014

NOME: MAYCON SOUZA DA SILVA OLIVEIRA

CACHOEIRINHA - PE

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

PE Nº 011972308992

MAYCON SOUZA DA SILVA OLIVEIRA

ESTE É O SEU LIMITE DO SEGURO DPVAT
PARA SEUS VEÍCULOS, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatseguradora.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1300

CACHOEIRINHA - PE

EXERCÍCIO: 2015 DATA EMISSÃO: 27/08/14

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

115 595 234 284 - 2014

SEGURADORA LIDER - DPVAT

0800 022 1300

www.dpvatseguradora.com.br

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA DE VEÍCULOS - DPVAT

MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A.

27 JUN. 2016

DPVAT - CTBA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0916102/16
Vítima: JOAO RAMOS JUNIOR
CPF: 599.493.414-34

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 05/12/2015
Titular do CPF: JOAO RAMOS JUNIOR

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAO RAMOS JUNIOR : 599.493.414-34
Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

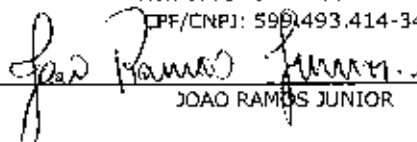
- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

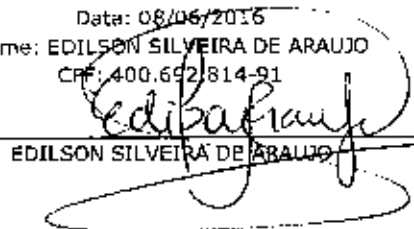
Portador da documentação entregue

Data: 08/06/2016
Nome: JOAO RAMOS JUNIOR
CPF/CNPJ: 599.493.414-34


JOAO RAMOS JUNIOR

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 08/06/2016
Nome: EDILSON SILVEIRA DE ARAUJO
CPF: 400.652.814-91


EDILSON SILVEIRA DE ARAUJO

Ao Sr. Analista

Sinistro3160/420788

PEDIDO DE REANÁLISE



Inconformado (a) com a análise que fizeram do processo meu processo venho **REQUERER** reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro:3160420788. tendo em vista está apresentando laudo médico onde fica comprovado que me encontro com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por laudo. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transcrito e ele estará disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VÍTIMA: JOAO RAMOS JUNIOR
CPF:599.493.414-34

SEGURO LIDER DPVAT 18 13/07/2018 16:11 - 00000003029

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160420788 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO RAMOS JUNIOR **Data do acidente:** 05/12/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/02/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO MOTOR

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: TORNOZELO 75%

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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160420788 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO RAMOS JUNIOR **Data do acidente:** 05/12/2015 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura-luxação do maléolo lateral direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima queixa-se de dor no tornozelo direito. Ao exame físico vítima apresenta marcha claudicante, edema (++) e cicatriz no tornozelo. Apresenta redução da flexão dorsal à 10°, flexão plantar à 35°, abdução à 15° e adução à 30° do tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: O quadro foi submetido à osteossíntese com placa e parafusos. Realizou fisioterapia, da qual teve alta há 8 dias.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/02/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andrea Rodrigues Madeira Campos

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

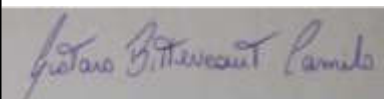
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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): **JOAO RAMOS JUNIOR** Sinistro: **3160420788** Data: **05/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **TRAVESSA MANOEL BRAGA, 13, CASA - CENTRO - Cachoeirinha - PE - CEP 55380-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PE**] **3773223**

Data local do exame: [**10/02/2017**] **Caruaru** [**PE**]

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-luxação do maléolo lateral direito. . Vítima queixa-se de dor no tornozelo direito. Ao exame físico vítima apresenta marcha claudicante, edema (++/++4) e cicatriz no tornozelo. Apresenta redução da flexão dorsal à 10°, flexão plantar à 35°, abdução à 15° e adução à 30° do tornozelo 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? [**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.
O quadro foi submetido à osteossíntese com placa e parafusos. Realizou fisioterapia, da qual teve alta há 8 dias.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do tornozelo direito

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):

Tornozelo direito

% 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.



Andrea Rodrigues Madeira Campos - CRM: 19953 - PE

Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2016

Carta nº: 9367015

A/C: JOAO RAMOS JUNIOR

Sinistro: 3160420788 ASL-0916102/16
Vitima: JOAO RAMOS JUNIOR
Data Acidente: 05/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2016

Carta nº: 9367016

A/C: JOAO RAMOS JUNIOR

Sinistro: 3160420788 ASL-0916102/16
Vitima: JOAO RAMOS JUNIOR
Data Acidente: 05/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/06/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **05/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Outubro de 2016

Carta nº: 9907055

A/C: JOAO RAMOS JUNIOR

Sinistro: 3160420788 ASL-0916102/16
Vítima: JOAO RAMOS JUNIOR
Data Acidente: 05/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2016

Carta nº: 10076806

A/C: JOAO RAMOS JUNIOR

Sinistro: 3160420788 ASL-0916102/16
Vitima: JOAO RAMOS JUNIOR
Data Acidente: 05/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **09/11/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **05/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10285523

A/C: JOAO RAMOS JUNIOR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160420788 ASL-0916102/16

Vitima: JOAO RAMOS JUNIOR

Data Acidente: 05/12/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **29/11/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **05/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10455900

A/C: JOAO RAMOS JUNIOR

Sinistro: 3160420788 ASL-0916102/16
Vítima: JOAO RAMOS JUNIOR
Data Acidente: 05/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10560982

A/C: JOAO RAMOS JUNIOR

Sinistro: 3160420788 ASL-0916102/16
Vítima: JOAO RAMOS JUNIOR
Data Acidente: 05/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOAO RAMOS JUNIOR

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000001689-6

Conta: 0000020274-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOAO RAMOS JUNIOR

Sinistro: 3160420788

Vítima: JOAO RAMOS JUNIOR

Data do Acidente: 05/12/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3160420788** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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, 31 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOAO RAMOS JUNIOR
Nº Sinistro: 3160420788
Vitima: JOAO RAMOS JUNIOR
Data do Acidente: 05/12/2015
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3160420788**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**, 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** 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

Carta nº 13310708





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, Spôs Ramos JuniorPORTADOR(A) DO RG Nº 3773223 EXPEDIDO POR SP EM 1 / 1 / 2016 ECPF 15319403340 (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

E RENDA MENSAL DE R\$ 2000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Spôs Ramos Junior. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar 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 001 AGÊNCIA 1581 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-CORRENTE 00.214.6

☐ 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 ITAU

BANCO 341 + AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 + AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____

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.

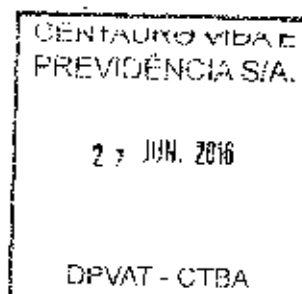
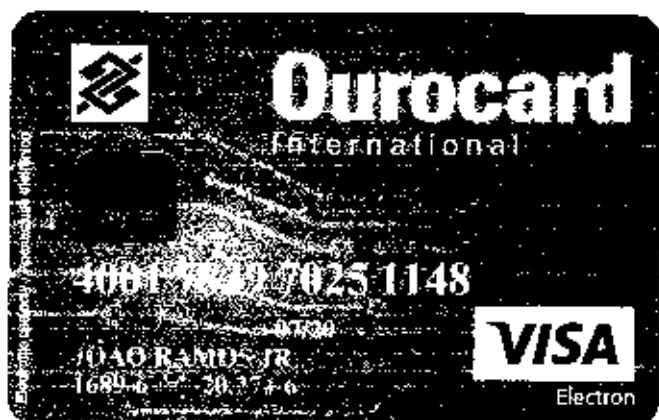
LOCAL Curitiba, PRDATA 06/04/2016

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Spôs Ramos Junior

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
29/03/2016 - Autoatendimento - 14:39:20
168972183 1109

SALDO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA

CLIENTE: JOAO RAMOS JUNIOR
AGENCIA: 1.689-6 CONTA: 20.274-6

VARIACAO:	051
SALDO ATUAL	23.960
VALOR BLOQUEADO	0,00

FUTURO E SEGURANCA SAO SINONIMOS DE POUPANCA BB.
NAO DEIXE PRA DEPOIS. APLIQUE JA.

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
29/03/2016 - Autoatendimento - 14:39:20
168972183 1109

SALDO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA

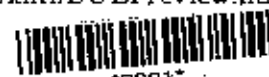
CLIENTE: JOAO RAMOS JUNIOR
AGENCIA: 1.689-6 CONTA: 20.274-6

VARIACAO:	051
SALDO ATUAL	23.960
VALOR BLOQUEADO	0,00

FUTURO E SEGURANCA SAO SINONIMOS DE POUPANCA BB.
NAO DEIXE PRA DEPOIS. APLIQUE JA.

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





Documento de Identificação



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 109ª CIRCUNSCRIÇÃO - CACHOEIRINHA -
DP109ªCIRC DINTER1/15ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0199000026

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/01/2016** às
15:44

Complementa o BO Número: 16E0199000023

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **5/12/2015** às **19:20**

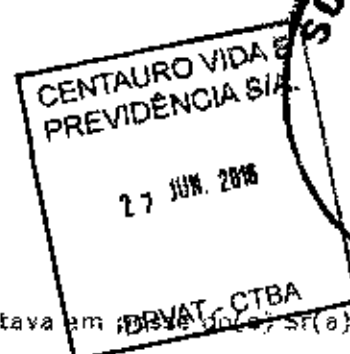
Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO RIACHO DA CANA -
CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE
CACHOEIRINHA, 1 - Bairro: CENTRO - CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **PROPRIEDADE RURAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NAO HOUVE (AUTOR/AGENTE)
MAYCON DOUGLAS DA SILVA OLIVEIRA (OUTRO)
JOAO RAMOS JUNIOR (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de Sr(a):
JOAO RAMOS JUNIOR**



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

**JOAO RAMOS JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE
LOURDES JACINTO Pai: JOAO RAMOS SOBRINHO Data de Nascimento: 15/11/1968
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3773223/SDS/PE
(RG), 56949341434 (CPF), 68271280648 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º.
GRAU COMPLETO Profissão: COMERCIANTE Telefones Celulares:
- 3182757979**

**Endereço Residencial: TRAVESSA MANOEL BRAGA, 13 - CEP: 8 - Bairro: QUENTINHO -
CACHOEIRINHA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NAO HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**MAYCON DOUGLAS DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Fato ocorrido no endereço: SÍTIO RIACHO DA CANA -

Complemento : Observações:

COMPARECEU A ESTA DELEGACAO DE POLICIA O SR. JOAO RANGOS JUNIOR, INFORMANDO DE QUE ESTAVA GUARDEOLA MOTOCICLISTA JA MENCIONADA NESTE B.O. SENTINDO DOR NOBIRMANA NA RUA RURAL, QUANDO EM DADO MOMENTO PERDEU O CONTROLE DA MESMA E FOI AO SOLO, O MESMO INFORMA DE QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULANCIA E FOI LEVADO PARA O HOSPITAL LOCAL, EM SEGUIDA REMOVIDO PARA O HOSPITAL DA UNIMED, EM ARAUARO, O MESMO TEVE FRATURA NA TIBULA DIREITA, NADA MAIS SIGNO DE REGISTRO DE OCORRENCIA.

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

JOAO RAMOS JUNIOR
(WITNESS)

E C REGISTRADO CON ROBERTO RODRIGUES DE LIMA - NOV 2010 755744-5

CENTAURUS STORE
PREVIDENCIA S/A

77 JUN. 2016

DPVAT - CTBA



0004

IML 000000

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, João Ramos Junior, portador da carteira de identidade nº 3773.923 e inscrito no CPF/MF sob o nº 593.443.414-34, residente e domiciliado na Rua Maria Mamede Braga n.º 13 Centro, Cidade Petropolis, Estado Serambiá, 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 a perícia médica as 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 previa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Ramos Junior

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Petropolis PE 02/04/2016

Local e data

