

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190690353**

**Vítima: RAMON GALDINO DE ANDRADE**

**Data do Acidente: 10/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), RAMON GALDINO DE ANDRADE**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190690353**

**Vítima: RAMON GALDINO DE ANDRADE**

**Data do Acidente: 10/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), RAMON GALDINO DE ANDRADE**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190690353**

**Vítima: RAMON GALDINO DE ANDRADE**

**Data do Acidente: 10/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), RAMON GALDINO DE ANDRADE**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0443843159 3 - CPF da vítima: 320.645.584-54 4 - Nome completo da vítima: Ramon Galvão de Andrade

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	<u>Ramon Galvão de Andrade</u>		6 - CPF:	<u>320.645.584-54</u>
7 - Profissão:	<u>Mototaxista</u>	8 - Endereço:	<u>Comendador Polôto</u>	
9 - Número:	<u>639</u>		10 - Complemento:	<u>-</u>
11 - Bairro:	<u>Centro</u>		12 - Cidade:	<u>João Pessoa</u>
13 - Estado:	<u>PB</u>		14 - CEP:	<u>58059-000</u>
15 - E-mail:	<u>(031) 9 4142 8028</u>			
16 - Tel. (DDD):				

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

(Informar o dígito se existir)

RECUSO INFORMAR

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu ou nascituro (veinascor)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

João Pessoa PB 30.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

1 - N° do sinistro ou ASL:  
**0443843/19**

3 - CPF da vítima:  
**320.645.584-54**

4 - Nome completo da vítima:  
**Ramon Goldino de Andrade**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

**Ramon Goldino de Andrade**

6 - CPF:  
**320.645.584-54**

7 - Profissão:

**Mototaxista**

8 - Endereço:

**R. Coronel Colinto**

9 - Número:

**635**

10 - Complemento:

**11**

11 - Bairro:

**Almoxarifeza**

12 - Cidade:

**João Pessoa**

13 - Estado:

**PB**

14 - CEP:

**58059-000**

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):  
**(83) 991928028**

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Itaú**

AGÊNCIA: **8157**

CONTA: **33638**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **8157**

CONTA: **33638**

**6**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

\* Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (várias)?  Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

**João Pessoa PB 06.02.2020**

**Ramon Goldino de Andrade**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 14013.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14013.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:39 horas do dia 09 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Ramon Galdino de Andrade**, CPF nº 120.645.584-54, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Josicleide Galdino Irmão e Elenilton Gouveia de Andrade, natural de São Paulo/SP, nascido(a) em 25/10/1997 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Coronel Calixto, Nº 635, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Perto da Igreja, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (s) para contato (83) 99603-8484.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Trevo das Mangabeiras, Xx, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/08/19 09:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 10/08/2019, POR VOLTA DAS 09:10, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA POP DE COR BRANCA, ANO 2018 E PLACA QFY-4793/PB, CHASSI 9C2JB0100JR034424, NO TREVO DAS MANGABEIRAS, MANGABEIRA, NESTA CAPITAL, QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO E PARA NAO COLIDIR NO MESMO, DESVIOU E COLIDIU NA TRASEIRA DE UM CAMINHÃO QUE ESTAVA PARADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S32.0 + S32.5, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 09 de dezembro de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

RAMON GALDINO DE ANDRADE  
Noticiante

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0443843159 3 - CPF da vítima: 320.645.584-54 4 - Nome completo da vítima: Ramon Galvão de Andrade

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	<u>Ramon Galvão de Andrade</u>		6 - CPF:	<u>320.645.584-54</u>
7 - Profissão:	<u>Mototaxista</u>	8 - Endereço:	<u>Comendador Polôto</u>	
9 - Número:	<u>639</u>		10 - Complemento:	<u>-</u>
11 - Bairro:	<u>Centro</u>		12 - Cidade:	<u>João Pessoa</u>
13 - Estado:	<u>PB</u>		14 - CEP:	<u>58059-000</u>
15 - E-mail:	<u>(031) 9 4142 8028</u>			
16 - Tel. (DDD):				

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

(Informar o dígito se existir)

RECUSO INFORMAR

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu ou nascituro (veinascor)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

João Pessoa PB 30.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Ligação: MONOFASICO  
Classe: RES-MTC E1/RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Rótulo: 3 - 5 - 324 - 7320  
Medidor: 00000000000000000000000000000000

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Crato Residencial - João Pessoa / PB - CEP 50071-600  
CNPJ: 00.005.152/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0  
Nº da Fazenda: Conta de Energia Elétrica N° 00013305530  
Cód. para Débito Automático: 00013305530

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

## Conta referente a

## Apresentação

Data prevista da  
próxima leitura

## CPF/CNPJ/RANI

Dez / 2019

06/12/2019

07/01/2020

079.981.617-17

Prazo Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1535553-0

## Canal de contato

Apresentado o 12ºº dia seguinte suas contas em atraso, permanecendo regularmente com a conta não terá sua taxa de

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Data			
06/11/19	06/12/19	14170	161	30
<b>Demonstrativo</b>				
0001 CONSUMO	151.055.23 + 2870	122.78 27	33.14 122.78 1.22 5.95	
0001 Adm. E. Verbação		7.45 27	7.45 0.28 0.28	
0001 Adm. B. Amortiz.		0.62 27	0.62 0.01 0.01	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0001 CONTRIBUÍVEL IMPÓSITOS	5.23	0.00 0	0.00 0.00 0.00	

CCO: Código de Classificação Estatal TOTAL: 136,06 130,82 35,32 130,82 136 6,26  
Tributo: Imposto: 5.484,00

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
143	13/12/2019	R\$ 136,06

## Histórico de Consumo (kWh)

133   182   141   154   142   135   137   132   51   117   123   123
Out/19 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19

## RESERVADO AO FISCO

c4b9.765f.c78e.ef87.1e3b.9ea0.dc03.4ee9.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
00 MENSAL	5.27	2.30	Serviços de Dist. da Energia/PIS	R\$ 33.85
00 TRIMESTRAL	10.15	NORMAL	Impostos de Energia	R\$ 44.07
00 ANUAL	20.20		Imposto de Transmissão	R\$ 0.00
FIG MENSAL	2.23	1.00	Ensaio de Sistema	R\$ 0.00
FIG TRIMESTRAL	5.47	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	R\$ 0.28
FIGANAL	1.56	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	R\$ 0.00
DMC	1.58	LIMITE SUPERIOR	Total	R\$ 136,06
DGR	1.22			100,00

Valor do BDI (Ref. 10/2019) R\$ 41,09

## ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, a reavaliação da suspeita de fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data da vencimento da fatura vencida e não paga.

## Faturas em atraso

Nov/19 108,65

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150 244006 07669 299179 8 81020000013606

PAGADOR: RIVALDO RABELLO DE ARAUJO - CPF/CNPJ: 079.981.617-17  
AV. CEL. CALIXTO, S/N CASA A - MANDABEIRA - JOAQUIM PESSOA / PB CEP: 56060000

Beneficiário: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 00.005.152/0001-40  
Br 230, Km 25 - Crato Residencial - João Pessoa / PB - CEP: 56071-850

Agencia / Código do beneficiario: 3064-U/2447-3





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE RAMON GALDINO DE ANDRADE  
DADOS DE NASCIMENTO 25/10/97  
NOME DA MÃE JOSICLEIDE GALDINO IRMÃO

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.182.504

Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 10/08/19

HORA DO ATENDIMENTO 10:46

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA VÉRTEBRA LOMBAR (L2) + FRATURA DO RAMO ISQUIO-PÚBLICO D

CID 10 S 32.0 + S 32.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (caminhão x moto), trazido pelo SAMU, apresentando cefaléia e trauma lombar-sacra e da bacia com lombalgia + limitação dos movimentos da coluna, além de escoriações em região tóraco-abdominal E e face lateral da coxa E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio  
TC da coluna dorsal  
TC da coluna lombar  
RX da coluna lombo-sacra - AP e P  
RX do tórax - AP  
RX da bacia - AP  
USG do abdome total - FAST

### TRATAMENTO:

Fratura de vértebra lombar (L2) à TC e RX lombar. Fratura do isquio-pubico D ao RX. Sem alteração às outras TC's, USG e aos outros RX. Realizado atendimento, medicação e tratamento conservador com prescrição de colete aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 11/08/19  
DATA DA EMISSÃO: 07/11/19

  
Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.



Identificação do paciente				
ID 1429885	Nome RAMON GALDINO DE ANDRADE			Sexo Masculino
Data de nascimento 25/10/1997	Idade 21 anos 9 meses 16 dias	Estado civil	Religião	Pronome
Mãe JOSICLEIDE GALDINO IRMÃO				Pal ELENILTON GOUVEIA DE ANDRADE
Educacional				Responsável (Parentesco) MARCOS PAULO CUNHA - ACOMPANHANTE
DDD Celular 83	Celular 963085854	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4150213	Nº Cns		
Local de procedência MANGABEIRA		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade SÃO PAULO	CBO/R		
Endereço				
CEP 58050000	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CORONEL CALIXTO	
Número SN	Complemento		Bairro MANGABEIRA	
Admissão				
Data e Hora 10/08/2019 10:46:39	Número da pulseira 1000007275851	Convênio SUS		
Especialidade GERAL	Clínica			
Classificação do risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Ralo X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]
Fato foram seguido por Acidente de Moto com conselhos de Dr. Andrade Jean Lomba.				
Diagnóstico				CID
Atendido por HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS				Tempo 57seg

Imprimir



**AREA LARANJA UDC**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Belka
RAMON GALDINO DE ANDRADE	1162504	10/08/2019 10:46:39	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
25/10/1997	21a 9m 18d	Masculino	(63) 988095854
Mãe			Prontuário
JOSICLEIDE GALDINO IRMAO			
Endereço	Bairro	Município	UF
CORONEL CALIXTO, SN	MANGABEIRA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO	7149/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
10/08/2019 10:46:39		10/08/2019 12:41:49	

**ANAMNESE**

QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA LOMBAR E SACA SOLICITO TC LOMBAR

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR

**Conduta**

Em observação

RAMON GALDINO DE ANDRADE

JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO  
(CRM: 7149/PB)

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 10/08/2019 10:47:36



## AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
RAMON GALDINO DE ANDRADE	1182504	10/08/2019 10:46:39	
Data de nascimento	Idade		Telefone de Contato
25/10/1997	21a 9m 16d	CNS	(83) 988095854
Mãe			Prontuário
JOSICLEIDE GALDINO IRMAO			
Endereço	Bairro		UF
CORONEL CALIXTO, SN	MANGABEIRA		PB
Acidente	Motivo	Município	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	JOÃO PESSOA	9456/PB
Data/Hora Classificação		Profissional	
10/08/2019 10:46:39		MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES	
		Data/Hora Prescrição	
		10/08/2019 15:20:59	

## ANAMNESE

QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA LOMBAR E BACIA SEM DEFÍCIT NEUROLOGICO, LIMITAÇÃO DE ADM DA COLUNA, TC DE COLUNA LOMBAR : FX DE COLUNA ANTERIOR POR COMPRESSÃO DE L2 RX DE BACIA : FX DE RAMO ISQUIO-PÚBLICO DIREITO, SEM DESVIO CO: SOLICITO AVALIAÇÃO DA NCR ORIENTAÇÕES QUANTO AO TRATAMENTO CONSERVADOR DA FX DE BACIA

## Conduta

Em observação

RAMON GALDINO DE ANDRADE

MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 10/08/2019 10:47:36

## ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Date Baixa
RAMON GALDINO DE ANDRADE	1182504	10/08/2019 10:45:39	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
25/10/1987	21a 9m 16d	Masculino	(83) 986095654
Mãe			Prontuário
JOSICLEIDE GALDINO IRMÃO			
Endereço	Bairro	Município	UF
CORONEL CALIXTO, SN	MANGABEIRA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	6018/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
10/08/2019 10:46:39		10/08/2019 10:03:17	

## ANAMNESE

ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM CEFALÉIA E LOMBALGIA. AO EXAME:GLASGOW 15,ASIA-E, EUPNEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. TC DA COLUNA LOMBAR:FRATURA COMPRESSÃO L2. CD:TC DA COLUNA DORSAL E TC DE CRANIO.

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL

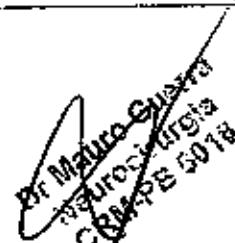
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

## CID10

S32.0 - Fratura da vértebra lombar

## Conduta

Em observação



Dr. Mauro de Freitas Guerra Terra  
CRM-PB 6018

RAMON GALDINO DE ANDRADE

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA  
(: 6018/PB)

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 10/08/2019 10:47:36



## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
RAMON GALDINO DE ANDRADE	1192504	10/08/2019 10:46:39	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
25/10/1997	21a 9m 17d	Masculino	(83) 988095654
Mãe		CNS	Prontuário
JOSICLEIDE GALDINO IRMAO			
Endereço	Bairro	Município	UF
CORONEL CALIXTO, SN	MANGABEIRA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	6018/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
10/08/2019 10:46:39		10/08/2019 21:04:07	

## ANAMNESE

ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM CEFALÉIA E LOMBALGIA. AO EXAME:GLASGOW 15,ASIA-E,EUPNEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. TC DA COLUNA LOMBAR,FRATURA COMPRESSÃO L2. TC DA COLUNA DORSAL E TC DE CRANIO:N.D.N. CD:COLETE DE PUTTI

## CID10

S32.0 - Fratura de vértebra lombar

## Conduta

Em observação

RAMON GALDINO DE ANDRADE

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA  
(: 6018/PB)

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 10/08/2019 10:47:36



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
RAMON GALDINO DE ANDRADE	1182604	16/08/2018 10:46:39	2018-08-11 11:45:40.0
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
25/10/1997	21a 9m 17d	Masculino	(83) 988095854
MBe			Prontuário
JOSICLEIDE GALDINO IRMÃO			
Endereço	Bairro	Município	UF
CORONEL CALIXTO, SN	MANGABEIRA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	6628/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
10/08/2018 10:46:39		11/08/2018 11:45:50	

## ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-CAMINHÃO. REFERE DOR EM COLUNA LOMBOSSACRA, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, ALERGIAS, OUTRAS QUEIXAS. AO EXAME: BEG (BOM ESTADO GERAL), LOET (LÚCIDO E ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO), AAA (ANICTÉRICA, ACIANÓTICA, AFEBRIL), EUPNEICO; A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM DEFORTIDADES CERVICais, SEM CERVICALGIA, MOVIMENTANDO ATIVAMENTE O PESCOÇO; B: RESPIRA ESPONTÂNEAMENTE EM AR AMBIENTE (SPO2 100%), AUSÊNCIA DE DEFORMIDADES TORACICAS, EXPANSIBILIDADE TORACICA PRESERVADA BILATERALMENTE; C: ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM FERIMENTOS E SEM SANGRAMENTO SIGNIFICATIVO, AUSÊNCIA DE TAQUICARDIA, SUDORESE OU AGITAÇÃO; D:ECG 15; E: ESCORIAÇÕES EM REGIÃO TORACOABDOMINAL ESQUERDA E EM CARA LATERAL DA COXA ESQUERDA. CONDUTA: PRIMEIRO ATENDIMENTO; SOLICITO RX TÓRAX, RX DA COLUNA LOMBOSSACRA, RX BACIA, USG FAST; SOLICITO PAREcer DA ORTO.  
(10/08/2018 11:02:53-FÁBIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO)

QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA LOMBAR E BACIA SOLICITO TC LOMBAS  
(10/08/2018 12:41:08-JOAO Henrique ARRUDA RAMALHO)

QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA LOMBAR E BACIA SEM DEFÍCIT NEUROLOGICO, LIMITAÇÃO DE ADM DA COLUNA, TC DE COLUNA LOMBAR : FX DE COLUNA ANTERIOR POR COMPRESSAO DE L2 RX DE BACIA : FX DE RAMO ISQUIO-PUBICO DIREITO. SEM DESVIO CD: SOLICITO AVALIAÇÃO DA NCR ORIENTAÇÕES QUANTO AO TRATAMENTO CONSERVADOR DA FX DE BACIA  
(10/08/2018 13:32:09-MATHEUS MOZART SILVEIRA MELO QUADROS)

ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM CEFALEIA E LOMBALGIA. AO EXAME:GLASGOW 15,ASIA-E,EUPNEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL, TC DA COLUNA LOMBAR:FRATURA COMPRESSÃO L2. CD:TC DA COLUNA DORSAL E TC DE CRANIO.  
(10/08/2018 14:00:17-MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA)

ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM CEFALEIA E LOMBALGIA. AO EXAME:GLASGOW 15,ASIA-E,EUPNEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL, TC DA COLUNA LOMBAR:FRATURA COMPRESSÃO L2. TC DA COLUNA DORSAL E TC DE CRANIO:N.D.N. CD:COLETE DE PUTTI  
(10/08/2018 21:04:07-MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA)

\*\*\*\*\*NEUROCIRURGIA\*\*\*\*\* ACIDENTE DE MOTO: CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFICIT APENDICULAR TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM ANORMALIDADES TOMOGRAFIA DE COLUNA DORSAL SEM SINAIS DE FRATURAS TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBOSSACRA: FRATURA DE L2 SEM SINAIS DE COMPRESSÃO DE CANAL RECEBE ALTA EM USO DE COLETE DE PUTTI CONDUTA: ALTA; ACOMPANHAMENTO ÁMBULATORIAL  
(11/08/2018 11:48:50-RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO)

## MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA

RADIOGRAFIA DE BACIA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

## CID10

- S32.0 - Fratura de vértebra lombar
- S32.0 - Fratura de vértebra lombar
- T14.9 - Traumatismo não especificado

- Traumatismo da Coluna  
Neurocirurgia  
RM 3678

**Dados coletados anteriormente**  **utilizar na impressão?**

**Conduta**

Alta médica

**Alta**

Usuário  
**RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO**

Data e Hora  
11/08/2019 11:45:40

Motivo de Alta  
**ALTA MÉDICA**

Observações:

**RAMON GALDINO DE ANDRADE**

*Ricardo Rodrigues de Carvalho*  
Neurologia  
CRM-PB 29  
**RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO**  
(: 6628/PB)

**Parecer Médico**

Nome	Idade	Prontuário
RAMON GALDINO DE ANDRADE	21A 9M 16D	
Boletim de Atendimento	Data Internação	Permanência na Unidade:
1182504	10/08/2019 10:46:39	16min
Convênio	Clinica	Permanência no Leito
SUS	CLINICA MEDICA	

**Parecer médico**

**Especialidade**

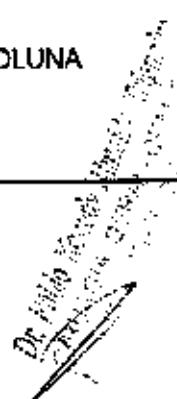
**ORTOPEDIA**

**Motivo da solicitação** Data da Solicitação: 10/08/2019 11:02:26

**PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-CAMINHÃO. REFERE DOR EM COLUNA LOMBOSSACRA.**

**Parácer** Data de Resposta:

**Profissional**



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

User: FABIO KENEDY

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	TRAMADOL 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML.	E.V.		AGORA	<i>[Assinatura]</i>
2.	DIPRÓXIMA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML.	E.V.		AGORA	<i>[Assinatura]</i>

Reimpresión por

四

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO

CRM: 3945

Assinatura e Carimbo do Profissional



Atendimento: 201932268581

Data Nasc: 25/10/1997 - 21 anos

Paciente: RAMON GALDINO DE ANDRADE

Data Exame: 10/08/2019

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBO-SACRA.

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

Estudo dirigido ao trauma.

Fratura compressiva do corpo vertebral de L2, sem retropulsão do muro posterior.

Espondilólise bilateral em L5.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

Este laudo foi liberado em 14/08/2019 16:38.



Dr. Phydius L. F. de Carvalho  
CRM 6933 - PB



## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Bela
RAMON GALDINO DE ANDRADE	1182504	10/08/2019 10:46:39	2019-08-11 11:46:40.0
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
28/10/1997	21a 9m 17d	Masculino	(83) 888095854
Mãe		CNS	Prontuário
JOSICLEIDE GALDINO IRMAO			
Endereço	Bairro	Município	UF
CORONEL CALIXTO, SN	MANGABEIRA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	6628/PB
Data/Hora Classificação		Date/Hora Prescrição	
10/08/2019 10:46:39		11/08/2019 11:45:50	

## ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL# PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VITIMA DE COLISÃO MOTO-CAMINHÃO. REPERE DOR EM COLUNA LOMBOSSACRA, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, ALERGIAS, OUTRAS QUEIXAS. AO EXAME: BEG (BOM ESTADO GERAL), LOET (LÚCIDO E ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO), AAA (ANICTÉRICA, ACIANÓTICA, AFEBRIL), EUPNEICO; A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM DEFORMIDADES CERVICais, SEM CERVICALGIA, MOVIMENTANDO ATIVAMENTE O PESCOÇO; B: RESPIRA ESPONTÂNEAMENTE EM AR AMBIENTE (SP02 100%), AUSÊNCIA DE DEFORMIDADES TORÁCICAS, EXPANSIBILIDADE TORÁCICA PRESERVADA BILATERALMENTE; C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, SEM FERIMENTOS E SEM SANGRAMENTO SIGNIFICATIVO, AUSÊNCIA DE TAQUICARDIA, SUDORESE OU AGITAÇÃO; D:ECG 15; E: ESCORIAÇÕES EM REGIÃO TORACOABDOMINAL ESQUERDA E RX BACIA, USG FAST; SOLICITO PARECER DA ORTO.

QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA LOMBAR E BACIA SOLICITO TC LOMBAR  
(10/08/2019 12:41:49 JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMOS)

QUEDA DE MOTOCICLETA COM TRAUMA LOMBAR E BACIA SEM DEFÍCIT NEUROLOGICO, LIMITAÇÃO DE ADM DA COLUNA, TC DE COLUNA LOMBAR : FX DE COLUNA ANTERIOR POR COMPRESSAO DE L2 RX DE BACIA : FX DE RAMO ISQUIO-PUBICO DIREITO, SEM DESVIO CD: SOLICITO AVALIAÇÃO DA NCR ORIENTAÇÕES QUANTO AO TRATAMENTO CONSERVADOR DA FX DE BACIA  
(10/08/2019 12:20:49 ALEXANDRE HEUS ALMEIDA SILVEIRA MELQUADES)

ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM CEFALEIA E LOMBALGIA, AO EXAME:GLASGOW 15,ASIA-E,EUPNEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. TC DA COLUNA LOMBAR:FRATURA COMPRESSÃO L2. CD:TC DA COLUNA DORSAL E TC DE CRANIO.  
(10/08/2019 13:03:17 MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA)

ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM CEFALEIA E LOMBALGIA, AO EXAME:GLASGOW 15,ASIA-E,EUPNEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. TC DA COLUNA LOMBAR:FRATURA COMPRESSÃO L2, TC DA COLUNA DORSAL E TC DE CRANIO:N.D.N. CD:COLETE DE PUTTI  
(10/08/2019 13:04:07 MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA)

\*\*\*\*NEUROCIRURGIA\*\*\*\* ACIDENTE DE MOTO: CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFICIT APENDICULAR TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM ANORMALIDADES TOMOGRAFIA DE COLUNA DORSAL SEM SINAIS DE FRATURAS TOMOGRAFIA DE COLUNA LOMBOSSACRA: FRATURA DE L2 SEM SINAIS DE COMPRESSÃO DE CANAL RECEBE ALTA EM USO DE COLETE DE PUTTI CONDUTA: ALTA; ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL  
(10/08/2019 13:45:00 RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO)

## MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA  
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGT8M)

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA  
RADIOGRAFIA DE BACIA

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA DORSAL

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

## CID10

S32.0 - Fratura de vértebra lombar  
S32.0 - Fratura da vértebra lombar  
T14.9 - Traumatismo não especificado



Atendimento: 201932269243

Data Nasc: 25/10/1997 - 21 anos

Paciente: RAMON GALDINO DE ANDRADE

Data Exame: 10/08/2019

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO**

### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### **Análise:**

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.  
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 10/08/2019 19:52.*

*[Assinatura]*

**Dra. Catarina A.R do Nascimento**  
**CRM: 6278 - PB**

## Receituário

Paciente: RAMON GALDINO DE ANDRADE

Idade: 21

Data: 11/08/2019 11:43:46

Sexo Masculino

CPF:Não Informado

BAE:1182504

### USO ORAL

1) ACECLOFENACO 100 MG ----- 01 CAIXA

1 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 12/12H POR 6 DIAS.

  
Dr. RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
6628/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

## Receituário

Paciente: RAMON GALDINO DE ANDRADE

Idade: 21

Data: 11/08/2019 11:43:46

Sexo Masculino

CPF:Não Informado

BAE:1182504

### USO ORAL

1) ACECLOFENACO 100 MG ----- 01 CAIXA

1 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 12/12H POR 6 DIAS.

  
Ricardo Rodrigues de Carvalho  
Neurocirurgião  
CRM-6628

Dr. RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO  
6628/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090



Atendimento: 201932269243

Data Nasc: 25/10/1997 - 21 anos

Paciente: RAMON GALDINO DE ANDRADE

Data Exame: 10/08/2019

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediâna sem desvios significativos.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

*Este laudo foi liberado em 10/08/2019 19:52.*

Dra. Catarina A.R do Nascimento  
CRM: 6278 - PB

Atendimento: 201932269243

Data Nasc: 25/10/1997 - 21 anos

Paciente: RAMON GALDINO DE ANDRADE

Data Exame: 10/08/2019

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA DORSAL

### Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise:

Estudo dirigido ao trauma.

Ausência de sinais de fraturas.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*

Este laudo foi liberado em 14/08/2019 16:31.



**Dr. Phydiás L. F. de Carvalho**  
CRM 6933 - PB

Usar anteriormente  Utilizar na impressão?

### Conduta

Alta médica

### Alta

Usuário  
**RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO**

Motivo de Alta  
**ALTA MEDICA**

Data e Hora  
11/08/2019 11:45:40

Observações:

---

RAMON GALDINO DE ANDRADE

  
**RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO**  
(: 6628/PB)



## ULTRA SOM SERV MED LTDA - HGP

AV JULIA FREIRE, 1058 - EXPEDICIONARIOS  
58040-004 JOAO PESSOA - PB

### RECEITUÁRIO MÉDICO

Médico: RAFAEL ANTUNES VALESTER

Paciente: RAMON GALDINO DE ANDRADE

Data do Atendimento: 25/08/2019

RECEITA

USO ORAL

1) ALGINAC 1000 --- 1 CX  
TOMAR 1 CP DE 8/8H POR 7 DIAS

✓ 2) DIPIRONA GOTAS -- 1 FR  
TOMAR 40 GOTAS DE 6/6H SE DOR

3) CICLOBENZAPRINA 10 MG --- 1 CX  
TOMAR 1 CP A NOITE

RP3000N

RAFAEL ANTUNES VALESTER

25/08/2019 10:08

10 1 32.205

Dr. Rafael A. Valester  
Ortopedia e Traumatologia  
Pediatrica e Pá  
CRM-PB: 12244 / TEO: 16021



MINISTÉRIO DA FAZENDA



VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

25/10/1997

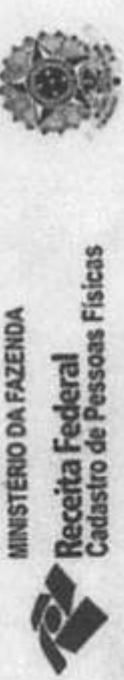
Nºs dm auto

RAMON GALDINO DE ANDRADE

120.645.584-54

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Cadastral de pessoas físicas



A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:34:34 do dia 06/03/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**2A26.6676.5240.0A06**PLANO ELENILTON GOVEIA DE ANDRADE  
JOSICLEIDE GALDINO IRÔNIO  
NASC. N. 455938 FLS. 101F LIV. A-667  
CARTÓRIO SÃO PAULO-SP  
CNPJ 120.645.584-54  
Assinatura do portador  
LEI Nº 7.716 DE 20/08/89VI. D.R. EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
REGISTRO 4.150.213 DATA DE EXPED/NO 06/03/2013  
GERAL NOME RAMON GALDINO DE ANDRADE

**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE		DETAN - PB		Nº 013814249100
		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
		PRT 20180000142766-4		
		1	0114915979-8	00/00000000 2018
		RAMON GALDINO DE ANDRADE		
		12064558454	QFY4793/PB	
		NOVO	PB	9C2JB0100JR034424
PAIS/MOTOR/CICLE/HM-APLIC		GASOLINA		
HONDA/POP 110I		2018	2018	
CARTÓRIO		CHASSI	CONTENDENTE	
2 P/109 /CI		PARTIC	BRANCA	
COTA UNICA		VENC COTA UNICA	VENC COTA UNICA	
I	IPVA PAGO EM	00/00/0000	1 <sup>o</sup>	
P	PAUTA UNICA	PARCELAMENTO/00/00	2 <sup>o</sup>	
V	*****	0	3 <sup>o</sup>	
A	PREMIO TARIFARIO (R\$) — PAG (R\$) — PREMIO SOCIAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO			
***** SEGURO PAGO 11/04/2018				
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA				
6				
JOAO PESQUA-PB		12/04/2018		
9999999		7003741		

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT.

PB Nº 013814249100 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXPIRAÇÃO — DATA EMISSÃO

2018 12/04/2018

1 12064558454

01149159798 HONDA/ POP 110I

ANO/FAB 2018 9 9C2JB0100JR034424

PRÉMIO TARIFÁRIO

PYS (R\$)	DENATRAN (R\$)	VALOR DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****

QUETO DO BILHETE (R\$)	OP (R\$)	VALOR PAGO SEGURO (R\$)
*****	SEGURO	PAGO

COTA UNICA	HIGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PARCELADO	11/04/2018

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 00.388.800/0001-04

7003781-1510560-20180412

002-2017

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0443843/19

**Vítima:** RAMON GALDINO DE ANDRADE

**CPF:** 120.645.584-54

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/08/2019

**Titular do CPF:** RAMON GALDINO DE ANDRADE

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**RAMON GALDINO DE ANDRADE : 120.645.584-54**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019  
Nome: RAMON GALDINO DE ANDRADE  
CPF: 120.645.584-54

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

---

RAMON GALDINO DE ANDRADE

---

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA