



Número: **0869269-86.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDILSON DE LIMA RAMOS (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37913 589	16/12/2020 11:53	<u>2774084_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **EDILSON DE LIMA RAMOS**

Nº Sinistro: **3180364785**
Vitima: **EDILSON DE LIMA RAMOS**
Data do Acidente: **04/04/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180364785**.

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** 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 13203504

00020474


Pag. 00947/00948 - carta_01 - INVALIDEZ





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA/FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

770.584.534-20

Edilvem de laura, Ramon

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Edilvem de laura, Ramon	CPF titular da conta	770.584.534-20	Profissão	aux serviços
Endereço	Sa Paulo	Número	998	complemento	
Bairro	Centro	Cidade	Rio Tinto	Estado	RS
Email	Zeduardo.silva@hotmail.com	CEP	58297-000	Telefone (DDD)	11 42-1170

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nº			
AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
2009	5	7447	0
(Informar digito se existir)		(Informar digito se existir)	

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

Rio Tinto (6) de março de 2018

Local e Data

Edilvem de laura, Ramon

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPI 001 V00 L/2017



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00799.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00799.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:51 horas do dia 26 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, no final assinado, compareceu **Edilson de Lima Ramos**, CPF nº 770.584.534-20, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Maria José de Lima Ramos e Joaquim José Ramos, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 14/04/1972 (46 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) São Paulo, Nº 2498, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Mercadinho São Paulo, na cidade de Rio Tinto/PB, telefone(s) para contato (83) 98840-4576.

Dados do(s) Fatos:

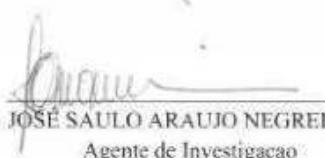
Local: Estrada Principal de Mamanguape, Quadra de Esporte Irmãozão, Mamanguape/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 04/04/17 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 04/04/2017, por volta das 17:00 horas, quando transitava em uma estrada principal que dá acesso a cidade de Mamanguape/PB, próximo a quadra de esporte; QUE conduzia o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 160 BROS, ano e modelo: 2016 de cor preta, placa: OXO 8583/PB, chassi nº 9C2KD1000GR024369, registrado em nome de Jessica Claudia Lima dos Santos, CPF nº 091.200.234-48; QUE, segundo o notificante ao chegar no endereço acima citado, conduzia o veículo normalmente, quando um cachorro atravessou a pista e que o notificante terminou por atropelar o animal, que devido ao impacto veio a cair ao solo, sendo socorrido por terceiro para o hospital geral de Mamanguape, sendo depois encaminhado para o complexo hospitalar de Mangabeira conforme certidão nº 1284/2017, EXPEDIDA PELA DR^a ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 04/09/2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido por terceiro; Que não deseja representar criminalmente.

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, 26 de abril de 2018.


JOHÉ SÁULO ARAÚJO NEGREIROS
Agente de Investigação


EDILSON DE LIMA RAMOS
Noticiante

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Procedimento Policial: 00799.01.2018.1.00.420





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima:	CPF da Vítima:	Data do Acidente:
<i>Gabriela de Lima Ribeiro</i>	<i>770.584.539-20</i>	<i>04-04-17</i>

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

20/06/2018 de *março* de *2018*
Local e Data

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Suelio Moreira Torres

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL.001 V001/2017



PRFESSA TURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3211-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 19391 Attd: Nao Regulado
Data: 04/04/2017
Hora: 20:31:57
Repcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA PI
Clinica: ORTOPEDIA

DAODS DO PACIENTE

Nome: EDILSON DE LIMA RAMOS

Num. de vezes atendido: 1

CNS: 123900222610007 Sexo: M IDENTIDADE: 1532889 Fone: 986431047

Num. Prontuario: 2017.04.000640

Natural: RIO TINTO/PB Data Nasc.: 14/04/1972 Id: 45 ano(s)

End.: RUA SAO PAULO,0

Bairro: VILA REGINA Cidade: RIO TINTO UF :PB

Mae: MARIA JOSE DE LIMA RAMOS

Pai: JOAQUIM JOSE RAMOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: EDILSON DE LIMA RAMOS

Tei/Doc. Responsavel: 986431047 / IDENTIDADE: 1532889

Principa: UNIDADE DE SAUDE TRAUMA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

tipo de Classificação de Risco:

Ar: FR:

CONDICIONES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem Grave

C: TP:

Politraumatizado Convulsao

eso: Altura:

Hemorragia Displasica

Licencia:

Diarréia Agitado

lrc. Abd: O2S: *

Regular Chocado

Re: a Principal

Vomito

Estatura da radio: (D)

Observacao



istoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

X de mal d'Algo
1/2 de Pulmo d'Algo

diagnóstico: conduta

restrições

Em consultas de Busto compre jde Vlde
de Cervico e intema o Pdente
programa tratamento d'Algo
lato D'Algo se d'Algo
lato D'Algo se d'Algo

COMPREV
18 JUN. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Pr. Domicílio Sampaio de Lacerda
033.502.832 / CRM/PE/00786
CPG/PE/001.550.468

- Reduzido
- Melhorar

- Internar no
- Internar no



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO

COMPREV

COMPREV PREVIDENCIA SIA

18 JUN. 2018

DESTINO DO PACIENTE

Residencial Transferido
 Alta a pedido Enfermaria

Desistência UTI
 Dito: Atestado SVO IMI

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON DE LIMA RAMOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02009-5

CONTA: 00000007447-0

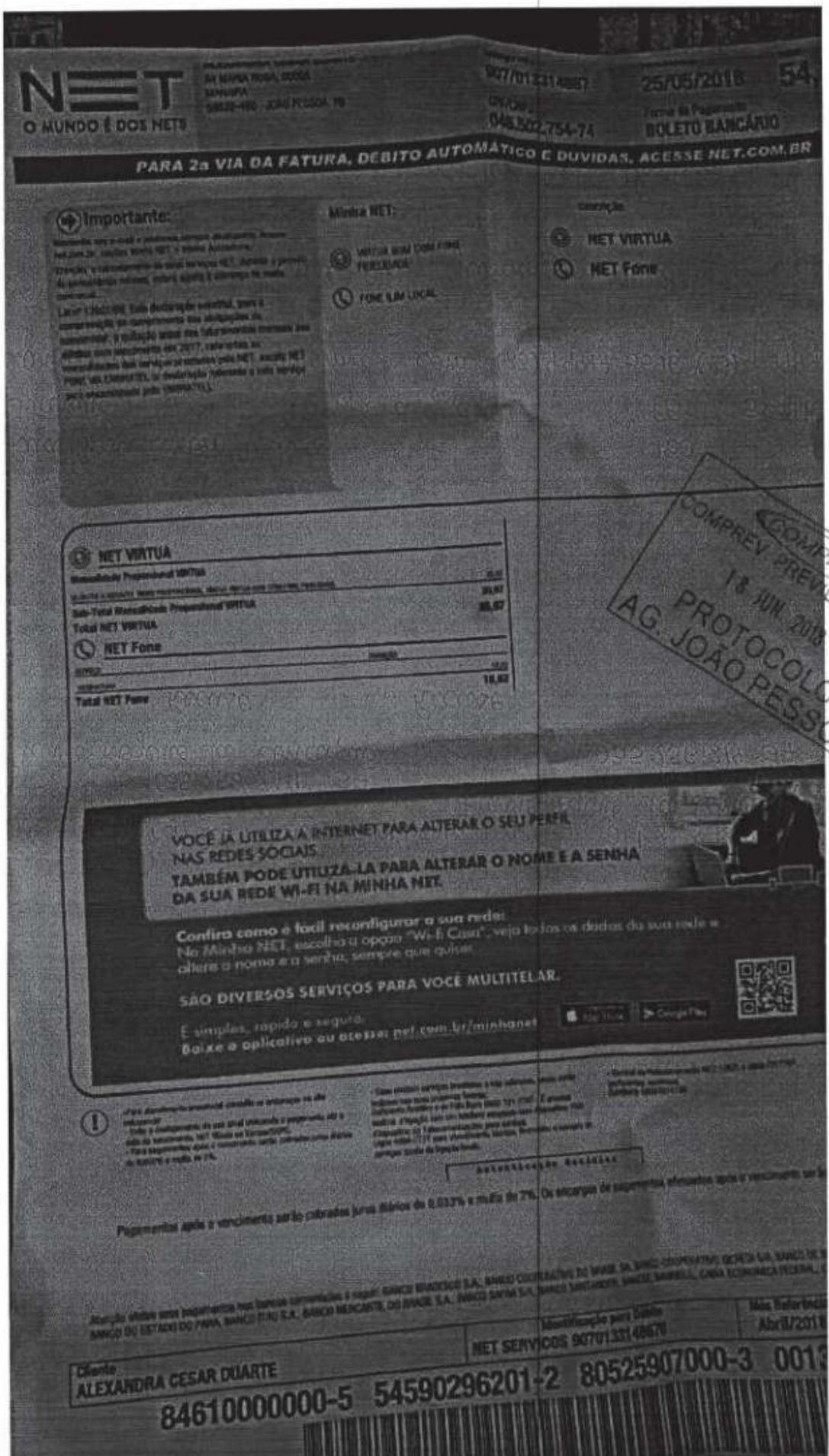
Nr. Autenticação

BRADESCO30082018050000000002370200900000007447168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 11:53:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121611531656800000036163850>
Número do documento: 20121611531656800000036163850

Num. 37913589 - Pág. 7





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraalider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 9800 721206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445.12, disponível no endereço eletrônico:

<http://WWW2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECA/WEB/DOCORIGINAL.ASPX?IPO=1&CODAGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

Superintendência de Seguros Privados - SUDEP, agência responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e de investimentos.

⁷ Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 6.135/96.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edilson de Lima Ribeiro Inscrito
no CPF sob o Nº 770.584.534-20 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima
Edilson de Lima Ribeiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 770.584.534-20 conforme
determinação da Circular Susep 445/12.

Diabetes Prevention

易经与广告

e aderentes ao dito artigo, os quais historiadores

© 2015 Pearson Education, Inc.

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-Brasil, que o endereço abastecido anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 393 da Código Civil.

Endereço Sobr. Email	Nome Cidade Estado	Número Estado CNPJ	Complemento CEP Telefone celular (DDD)
Av. Islânia Revi islânia Zeduardokreis@hotmail.com	Isidro Revi Isidro Revi	58 PR 55038-460	99340-1170 9 8663-4900

João Ribeiro 13 de Junho de 2018
Loreto Paraíba

Lost Data

REFERENCES AND DISCUSSION



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 11:53:17
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pj/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161153165680000036163850>
Número do documento: 2012161153165680000036163850

Nº 37913589 - Pág. 10

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jessica Claudia Ferreira dos Santos,
RG nº 3.588.334, data de expedição 28/09/2007
Órgão SSP, portador do CPF nº 093.200.234-48, com
domicílio na cidade de Rio Tinto, no Estado de
Pará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São João, Aldeia Mont-mor, nº 2329
complemento Santa Luzia, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Edilson de Lima Ramos, cujo o condutor era
Edilson de Lima Ramos

Veículo: **Plataforma**
Modelo: **BROSS 500**
Ano: **2016**
Placa: **DXO-8523**
Chassi: **4C2KD10006R024369**
Data do Acidente: **04/04/2017**
Local e Data: **Rio Fim de 24-05-18**

Adriana Cláudia Bima dos Santos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Conclutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclame do sinistro)

PIMENTEL
SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL
Rosa - Profissão de Título - Registro de Imóveis
Registro de Títulos e Documentos e Fazenda Júnior
ADSON HUGO PIMENTEL
+ TITULAR
Rua da Mangabeira, 1000 - Centro - Rio Tinto - Pará
56.251-000 Fone: (63) 3201-2342 e-mail: adsonpimentel@gmail.com

Frans Riedel Nobrega do Nascimento
E-mail: riedel@mat.ufsc.br

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





CERTIDÃO

Nº. 1284/2017

Atendendo solicitação de EVANDRO G DO NASCIMENTO de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Fici a de atendimento ambulatorial nº 19391 e Prontuário Nº 2017.04.000640 pertencentes a EDILSON DE LIMA RAMOS, que foi atendido dia 04/04/2017 às 20h51min, vitimado de queda de moto, apresentando trauma em antebraço direito.

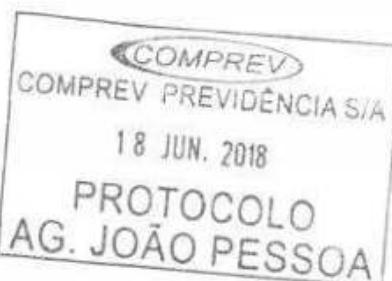
Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/04/2017 com alta médica dia 13/04/2017.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escoré Almeida, Médica da Vigilância à Saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de setembro de 2017

Rosangela M. Escoré Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



GOVERNO
DA PARAÍBA

Protocolo

ENCAMINHAMENTO/REFERENCIA E CONTRA-REFERENCIA

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

Para: ORTOPEDISTA

Encaminho o(a) paciente: EDILSON DE LIMA RAMOS

Residente à:

Telefone _____ para atendimento referente à _____

Motivo: PACIENTE COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO, DOR E DIFERIDADE.

RADIGRAFIA: FRATURA DE RÁDIO DISTAL.

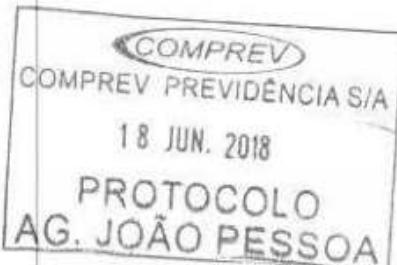
SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Dr. de Enqº Edilson

Mamanguape, 04/04/2017

Horário: _____

SGR



RUA WALFRIDO DE ALMEIDA E SILVA, sn - PB 057
CNES: 7666772 - Tel.: 8332929050

Pai: Ite EDILSON DE LIMA RAMOS	BAE 191217	Data/Hora Entrada 04/04/2017 18:17:06	
Data de nascimento 14/04/1972	Idade 44	Sexo Masculino	CNS 123900222610007
Mãe MARIA JOSE DE LIMA RAMOS			
Endereço SAO PAULO, 2491 - CASA	Bairro SANTA ELIZABETE	Município RIO TINTO	UF PB
Audiente Molim DOR NO BRACO		Profissional KARINA DOS SANTOS BARBOSA	UF PB
Data/Hora Classificação 04/04/2017 18:26:06		Data/Hora Previsão 04/04/2017 18:27:54	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. NAO BATEU CABEÇA. CONSCIENTE E ORIENTADO. PESO: 64 KG. ALTURA: 1,70 M. DIREITO DOR. AO EXAME DEFORMIDADE. NEGA ALEGRIAS.

CID10

Código	Descrição
T14.0	Fracturação superficial de região não especificada do corpo

Conduta

Alta médica

KARINA DOS SANTOS BARBOSA
(10103/PB)

EDILSON DE LIMA RAMOS

Alta médica
para 26/04/2018





Artotrauma

ENCAMINHAMENTO/REFERENCIA E CONTRA-REFERENCIA

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

Para: ORTOPEDISTA

Encaminho o (a) paciente: EDILSON DE LIMA RAMOS

Residente à:

Telefone: _____ para atendimento referente à _____

Motivo: PACIENTE COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO, DOR E DEFORMIDADE.

RADIGRAFIA: FRATURA DE RÁDIO DISTAL

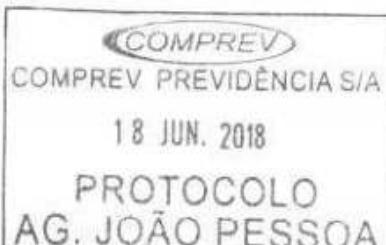
SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Dr. Dr. Engº Gilson

Mamanguape, 04 / 04 / ~~2017~~ 2017

Horário: _____

47
Solicitante



GOVERNO
DA PARAÍBA

Requisição de Exames

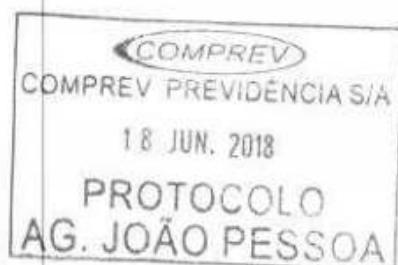
REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME DO PACIENTE	SEXO	DATA	EXAME		
			OPSI	ATRÁ	DATA
JOAQUIM LIMA	MASCULINO				
EXAMES CLÍNICOS					
MATERIAIS					

JOAQUIM LIMA

EXAMES SOLICITADOS

JOAQUIM LIMA





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Edilvane Lima Ramos</u> Data da Admissão: <u>02/04/17</u>													
Prontuário: _____		Idade: <u>45</u>	Enfermaria: _____										
Leito: _____													
Nome da Mãe: _____													
Endereço: _____ Bairro: _____													
Cidade: _____		Estado: _____	Fone: _____										
Sexo: F () M (<u>2</u>) Cor: _____		Estado Civil: _____	Profissão: _____										
Escolaridade: _____		Religião: _____											
Data de Nascimento <u>1/1</u>													
QPD: <u>Dor - edema em punho</u>													
HDA: <u>Panente com dor edema de deformidade de punho. dor tronco</u>													
Medicações em uso: _____													
<table border="1"><tr><td colspan="2">COMPREV</td></tr><tr><td colspan="2">COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</td></tr><tr><td colspan="2">18 JUN. 2018</td></tr><tr><td colspan="2">PROTOCOLO</td></tr><tr><td colspan="2">AG. JOÃO PESSOA</td></tr></table>				COMPREV		COMPREV PREVIDÊNCIA S/A		18 JUN. 2018		PROTOCOLO		AG. JOÃO PESSOA	
COMPREV													
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A													
18 JUN. 2018													
PROTOCOLO													
AG. JOÃO PESSOA													
Interrogatório Sintomatológico:													
<p><u>Geral:</u> []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Ictericia []Tonturas []Outros: _____</p>													
<p><u>Pele:</u> _____</p>													
<p><u>Cabeça e Pescoço:</u> []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____</p>													
<p><u>AR e ACV:</u> []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____</p>													
<p><u>ABD:</u> []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Nausea []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melenas []Enterorragia []Constipação []Aumento de vômitos []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____</p>													
<p><u>AGU:</u> []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____</p>													
<p><u>SME:</u> []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidade []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmo _____</p>													
<p><u>SN e PSQ:</u> []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor _____</p>													

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores:

Alcaldías.

Cirurgias:

[]HGT []HS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa
[]Trauma []Neo []Tabagismo

Alcoholism

Alimentação

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral:

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia):

Ganglios:

Pelec

ACV.

ARS

ABD-

AGUS

SMI_{0.6}

SN:

Resultados de Exames Complementares:

U.S.A.

COMPRA
PREVIDÊNCIA
JUN. 2018

PROTÓCOLO PESSOAL
AG. JOÃO PESSOA

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB

ST 150 =





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Edilson de Souza			Registro:	
Idade:	45	Sexo:	M	Clínica:	
Data:	11/03/17	Cirurgião:	Dr. Rodrigo	EMP:	LR:
2º Assistente:		3º Assistente:		1º Assistente:	Dr. Eustálio
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Instrumentador:	
				Horário:	I: T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura do rádio
distal (D)

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

RAFI

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 (x) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 (x) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:	1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Faziente em DDH nos membros
- Paroxismo de eructos
- Anestesia + anti-séptica
- A posição de campo de lithotriptor

Incisão:

- I incisão longo eixo do mal em face
- Válvula em antebraço ①
- Dissecção nos planos até exposição da artéria.

Achados:

- Fretura da extremidade distal do rádio ②

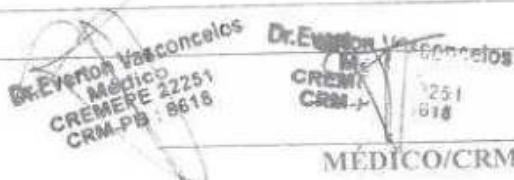
Conduta:

- R.A.P.I com placas em T 2x3
+ 3 parafusos corticais nº 16
+ 1 fio de Kirschner 2,0.
- Controle radiológico
- Limpze com SSI 0,9%.
- Sutura por planos
- Limpze + uretivag + garrote
- Tomografia simples
- Fim e x de controle

Fechamento:

COMPREV	COMPREV PREVIDÊNCIAS/A
18 JUN. 2018	08
PROTÓCOLO	JOÃO PESSOA
AG. 2	Data: 17/04/17

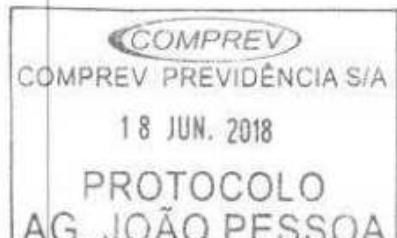
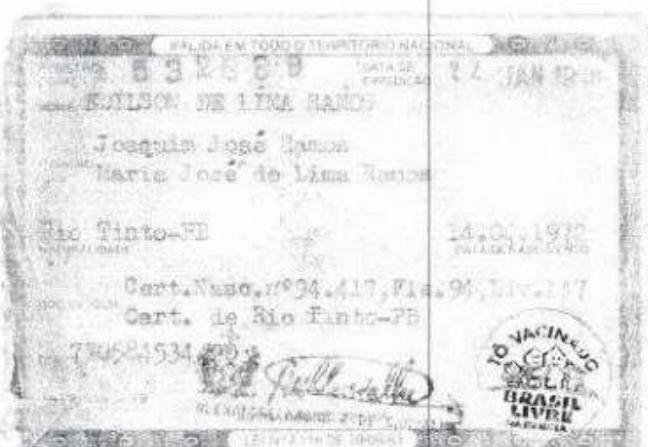
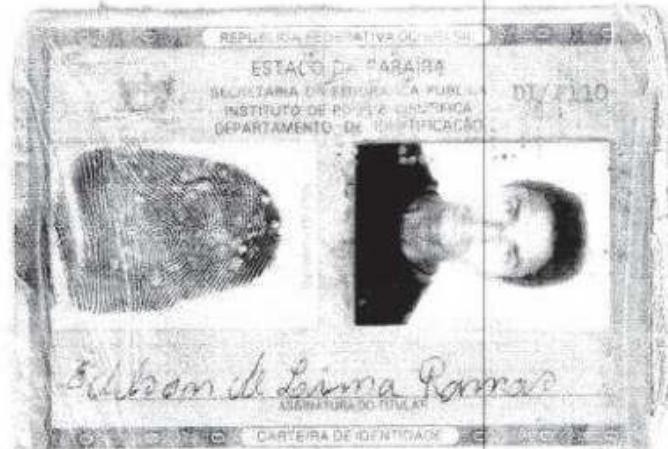
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



MÉDICO/CRM

SI x 47
Dr. Rosânia





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180364785 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON DE LIMA RAMOS **Data do acidente:** 04/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações: CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

CRM: 5234195-7

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

brasileiro(a), estado civil Casado, profissão
aux. de serviços gerais, CI RG nº 1532889,
CPF/MF nº 370.584.539-20 residente e domiciliado(a) à Rua
São Paulo, 2998 - Centro,
Cidade de Rio Limão, Estado
Paraíba, CEP: 58297000, telefone
99342-1170, 98663-4902.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

~~COMPREV PREVIDÊNCIA S/A~~

18 JUN 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rio Tinto, 06 de marzo de 2018.

OUTORGANTE

