



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
37913589	16/12/2020 11:53	2774084_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

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

Nº Sinistro: **3180364785**

Vítima: **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

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 ASE:
 CPF da Vítima: 770.584.534-20
 Nome completo da vítima: Edilson de Lima Ramos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Edilson de Lima Ramos	770.584.534-20	aux. serviços gerais
Endereço	Número	Complemento
São Paulo	2498	
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Rio Tinto	PA
Email	CEP	Telefone (DDD)
Zeduardo.silva@hotmail.com	58297000	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 checked="" type="checkbox"/> RECURSO 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"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRG: D/V: (Informar dígito se existir)		BANCO Nome: Bradesco NRG: 237	
CONTA NRG: D/V: (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRG: 2009 D/V: 5 CONTA NRG: 7447 D/V: 0	

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

Rio Tinto, 06 de março de 2018

Local e Data

Edilson de Lima Ramos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPI.001 V00L/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, ao 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 DRª 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.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


EDILSON DE LIMA RAMOS

Notificante
COMPREV
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 interdita 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: Suelio Moreira de Lima Torres CPF da Vítima: 770.584.534-20 Data do Acidente: 04-04-17

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

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

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

Rio Timbó de março de 2017
Local e Data

Suelio Moreira de Lima Torres
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



Ficha Nro: 19391 Attd: Nao Registrado
Data: 04/04/2017
Hora: 20:51:57
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA F
Clinica: ORTOPEdia

Num. de veces atendido:	1
Num. Prontuario:	2017.04.000640

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade:	NÃO INFORMADO
---------------	---------------

Tel/Doc. Responsavel: 986431047 / IDENTIDADE: 1532880

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MGTC

Vítima de violência por: NAO

[] Case Policial

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

TA:	FR:	[] Aparentemente Bom	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	Q24:	[] Regular	[] Chocado

20- Principal

Estimate de radio (D)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medica)

Diagnostics 7-10-11 1:30 PM

Horario de medicacao

Ex candidas de Blt e curtos Jda Vales
de Coxcoo e internas o Bente
prograis tratamento curativo
lar Dilectade se grave ex engom ulat A

Horário da medicação

Internariao N.º 1

Dr. Rômulo Soares da Silva

CUR. 1812-590-A

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

Dr. Rômulo Soares de Castro
033.502832 / CRM/RO 2832
CPF: 191.383.590-68

~~-Reducción~~
~~reduccion~~

[Handwritten signature]



Data e Hora | PRESCRICAO [assinatura e carimbo]

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucão

Reservado p/ Liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO

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

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residente ☐ Transferido ☐ Desleatancia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria ☐ Obito: ☐ Atestado ☐ SVD ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



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: 000000007447-0

Nr. Autenticação

BRADESCO3008201805000000000023702009000000007447168750 PAGO



JOSILENE FERREIRA RAMOS
RUA S. PAULO, 3486 - CENTRO
RIO TINTO/PB CEP: 58207000 (AS 14)

Emissão: 20/03/2018 Referência: Fev/2018
Cidade/Sufixo: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MONOFÁSICO B-230 Km 25 - Creta Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58071-690
Roteiro: 12 - 258 - 745 - 3385 AP - medidor: 00001320892

ENERGISA PARABÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.035.932/0001-40 Ins. Est. 18.016.823-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica N° 007.819
Cód. para Dis. Autom. 10000001298

Atendimento ao Cliente ENERGISA: **0800 083 0196** At. site: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Fev/2018	20/02/2018	21/03/2018	3153833486

UC (Unidade Consumidora): **5/582128-5**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
- Ligar o cheque no chequeiro para chamar um eletricitista da companhia. Não é possível fazer um pedido de segurança.
- Chamar os indicados e enviar o controle ao município.
- Transmissão de dengue, zika vírus - Ministério da Saúde
- Governo Federal

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/01/18	13434	20/02/18	13698	
			1	32
Demonstrativo				
OCI Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base (R\$)	Valor (R\$)
Tabela Tarifária (R\$/kWh)				
0801 Consumo até 35 kWh-BR	30.000	0,254260	7,63	7,63
0801 Consumo - 51 a 100 kWh-BR	70.000	0,495900	30,71	30,71
0801 Consumo - 101 a 220 kWh-BR	21.000	0,653780	13,73	13,73
0810 Subtotal			37,80	37,80
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			0,00	0,00
0804 JUROS DE MOROSIDADE			0,00	0,00
0805 MULTA 01/2018			0,00	0,00
0804 COMPENS. FUNDADOR-DIC. ANUAL 12/2017			0,00	0,00
0808 Devolução Substituição			0,00	0,00

OCY Código de Classificação do Item TOTAL 73,17 58,74 24,43 1,01 4,00

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO 27/02/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 73,17**

Histórico de Consumo (kWh)

118 | 137 | 114 | 125 | 137 | 110 | 135 | 114 | 120 | 138 | 86 | 113
Fev/17 | Mar/17 | Abr/17 | Mai/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18

REFERENCIAL AO FISCAL 9908.00cb.ddc7.bb7c.5e49.8240.fao2.de0c.

Indicadores de Qualidade			12/2017 - Rio Tinto	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
DIC MENSAL	5,47	0,30		
DIC TRIMESTRAL	12,94	NOMINAL	235	
DIC ANUAL	25,88			
FIC MENSAL	5,47	0,30		
FIC TRIMESTRAL	12,94	CONTRATADA	235	
FIC ANUAL	25,88	LIMITES INFERIOR		
OMC	3,80	LIMITES SUPERIOR	237	
DIC	12,94			

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	12,94	17,69
Compra de Energia	15,85	21,66
Serviço de Transmissão	2,03	2,77
Encargos Setoriais	3,97	5,43
Impostos Federais e Estaduais	40,88	55,94
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	75,24	100,00

Valor do EUSC (Ref. 12/2017) R\$ 12,75

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 25,27

Faturas em atraso

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



NET
O MUNDO É DOS NETS

PARA ATENDER, LIGAMOS PARA VOCÊ
AV. MARIA ROSA, 2000
SANTO ALEXANDRE
09022-190 - JOÃO PESSOA, PB

907/01.331.4867

25/05/2018

54

048.302.754-74

Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSSE NET.COM.BR

Importante:

Manteremos sempre o melhor preço disponível. Assim, NET pode ter preços mais baixos que os de outros provedores de internet. Aproveite a oportunidade e adquira o serviço NET. Assim, a partir de hoje, você terá acesso à internet com o melhor preço disponível.

Levar 100% de satisfação. Não aceitamos reclamações, pois a satisfação é o compromisso da NET. Assim, a partir de hoje, você terá acesso à internet com o melhor preço disponível. Assim, a partir de hoje, você terá acesso à internet com o melhor preço disponível.

Minha NET:

- ☒ NET VIRTUA COM FIBRA
- ☒ FIBRA LOCAL

Canal de Atendimento:

- ☒ NET VIRTUA
- ☒ NET Fone

NET VIRTUA

Minha NET VIRTUA	10,00
Sub-Total Minha NET VIRTUA	10,00
Total NET VIRTUA	10,00

NET Fone

Minha NET Fone	10,00
Sub-Total Minha NET Fone	10,00
Total NET Fone	10,00

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

VOCÊ JÁ UTILIZA A INTERNET PARA ALTERAR O SEU PERFIL NAS REDES SOCIAIS?
TAMBÉM PODE UTILIZÁ-LA PARA ALTERAR O NOME E A SENHA DA SUA REDE WI-FI NA MINHA NET.

Confira como é fácil reconfigurar a sua rede. Na Minha NET, escolha a opção "Wi-Fi Casa", veja todos os dados da sua rede e altere o nome e a senha, sempre que quiser.

SÃO DIVERSOS SERVIÇOS PARA VOCÊ MULTITELAR.

É simples, rápido e seguro.
Baixe o aplicativo ou acesse net.com.br/minhanet



Para garantir a qualidade do serviço, a NET realiza testes de velocidade e estabilidade da conexão. Assim, a partir de hoje, você terá acesso à internet com o melhor preço disponível.

Com a NET, você pode acessar a internet em qualquer lugar. Assim, a partir de hoje, você terá acesso à internet com o melhor preço disponível.

Central de Atendimento NET: 0800-111111
Santana, 1000-1111

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 7%. Os encargos de pagamento efetuados após o vencimento são de 0,033% e multa de 7%.

Assinatura eletrônica por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 11:53:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161153165680000036163850>
Número do documento: 2012161153165680000036163850

Cliente
ALEXANDRA CESAR DUARTE

NET SERVIÇOS 907/01.331.4867

Mês Referência
Abr/2018

84610000000-5 54590296201-2 80525907000-3 0013





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0231204 ou 0800 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?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João 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 Ramos inscrito
(a) no CPF sob o nº 770.584.534-20 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da vítima
Edilson de Lima Ramos, inscrito (a) no CPF sob o nº 770.584.534-20 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, a veracidade das informações acima, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Número	Complemento
<u>Via - Estância Rexo</u>	<u>58</u>	
Bairro	Estado	CPF
<u>Estância</u>	<u>PA</u>	<u>58038460</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>Zeduardo.kike@hotmail.com</u>	<u>99342-1170</u>	<u>98663-4950</u>

João Eduardo da Silva 13 de Junho de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

SLDRL001 9001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jessica Claudia Lima 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
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São João, Aldeia Plant - mor, nº 2329
complemento Santa Elizabeth, 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: Plato
Modelo: Bross X60
Ano: 2016
Placa: OXO-8583
Chassi: 4C2K D1000GR024369
Data do Acidente: 04/04/2017
Local e Data: Rio Tinto, 24-05-18

Jessica Claudia Lima dos Santos
Assinatura do Declarante

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

PIMENTEL
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Rua - Princesa de Tula - Bairro de Itaipu
Bairro de Itaipu e Documentos e Passa-juntos

ADSON HUGO PIMENTEL
TITULAR
Rua da Margareta, 25 - Centro - Rio Tinto - Paraná
50.207-000 Fone: (51) 3251-2342 em pimentel@not.com.br

RECONHEÇO, COMO AUTÊNTICA E VERDADEIRA, A(S) FIRMADA(S) DE:
JESSICA CLAUDIA LIMA DOS SANTOS
Em test. da Verdade, Rio Tinto-PR 24/05/2018 09:50:18
Félice Ricardo Moreira da Silva - Escrevente
(2016-001767) ENDL:R\$ 49,48 FAPEN:R\$ 0,26 FEPJ:R\$ 1,70
SEL0 DIGITAL: A0107411-04NN
CONTARÁ A AUTENTICAÇÃO EM: https://sel0digital.tjpr.jus.br

Félice Ricardo Moreira da Silva
ESCREVENTE AUTORIZADO

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





CERTIDÃO

Nº. 1234/2017

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 Ficta 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, vítima 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, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à Saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de setembro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





Ortopedia

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 a

Motivo: PACIENTE COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO. DORE DEFORMIDADE

RADIOGRAFIA: FRATURA DE RADIO DISTAL

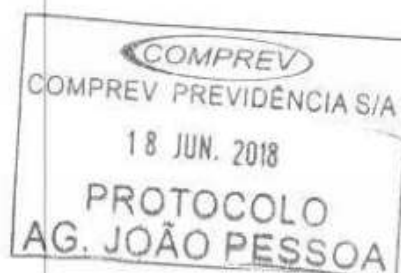
SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEdia

Dr. Edilson de Lima Ramos

Mamanguape, 04 / 04 / 2017

Horário:

Suick Ramos





GOVERNO
DA PARAÍBA



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

Paciente 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
Acidente	Motivo DOR NO BRACO	Profissional KARINA DOS SANTOS BARBOSA	
Data/Hora Classificação 04/04/2017 18:26:06		Data/Hora Prescrição 04/04/2017 18:27:54	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. NAO BATEU CABEÇA. CONSCIENTE E ORIENTADO. DO DOR AO EXAME DEFORMIDADE. NEGA ALEGRIAS

CID10

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

Conduta

Alta médica

KARINA DOS SANTOS BARBOSA
(10103/PB)

EDILSON DE LIMA RAMOS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 11:53:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161153165680000036163850>

Número do documento: 2012161153165680000036163850

Artotraum

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 RADIO DISTAL

SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

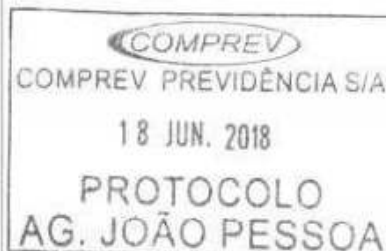
Dr. de Entº Gilson

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

Horário: _____

47

Solicitante



GOVERNO
DA PARAIBA

Requisição de Exames

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME DO PACIENTE

Suelio Moreira da Silva

IDADE

DATA

SEXO

MASC () FEM ()

COR

PESO

ALTURA

CLÍNICA

ENFERM

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A SER ENVIADO

EXAMES SOLICITADOS

Para X grupo B

[Assinatura]

Contador Assinatura do Médico

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 02/04/17

Nome: Edilson Lima Ramos
Prontuário: _____ Idade: 45 Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M (x) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Dor e edema em punho
HDA: Paciente com dor edema e
deformidade de punho sendo tratado
por fisioterapia de modo

Medicações em uso: _____

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

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudores
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náusea
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☒ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposu ☒ Deformidade
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☒ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmo

SN e PSO: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rios [] Casa de Taipa [] HTA

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____

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): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

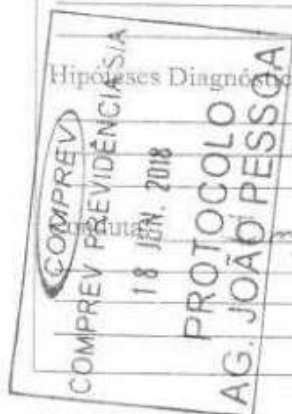
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Fratura do rádio distal

internação hospitalar



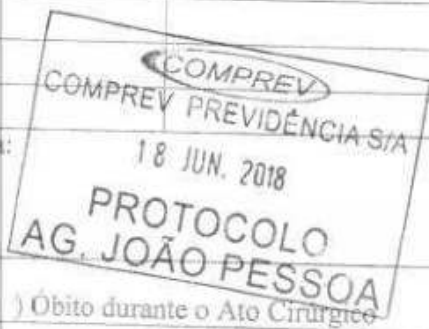
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 56056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Edilson de L. Lima</u>		Registro:	
Idade: <u>45</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor:	Clínica:
Data: <u>11/03/17</u>	Cirurgião: <u>Dr. Rodrigo</u>	EMP:	LR:
2º Assistente:	3º Assistente:	1º Assistente: <u>Dr. Ezequiel</u>	
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Instrumentador:	
Horário: I: T:			
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID	
<u>Fratura do rádio distal</u> (D)			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID	
<u>O marmô</u>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO	
<u>RAFI</u>			
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			



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-354, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: - Paciente em DDH no mesteira
- Passagem de garrote
- Anestesia + anti-séptica
- A posição de campos cirúrgicos

Incisão: - Incisão longitudinal em face
volar em antebraço ①
- Dissecção por planos até expo-
sição da fratura.

Achados: - Fratura da extremidade distal
do rádio ②

Conduta: - RAEI com placa em T 3x1
+ 3 parafusos corticais n° 16
+ 1 fio de Kirschner 2,0.
- Controle radiográfico
- Limpeza com SF 0,9%
- Sutura por planos
- Limpeza + curativo + garrote
- Ionoforose
- Roteiro de controle

Fechamento:



Data: 11/04/17

Dr. Everton Vasconcelos
Médico
CREMERE 22251
CRM-PB: 8618

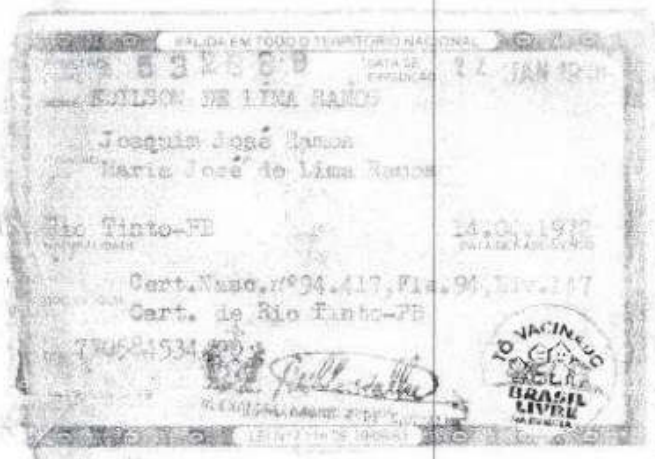
Dr. Everton Vasconcelos
Médico
CREMERE 22251
CRM-PB: 8618

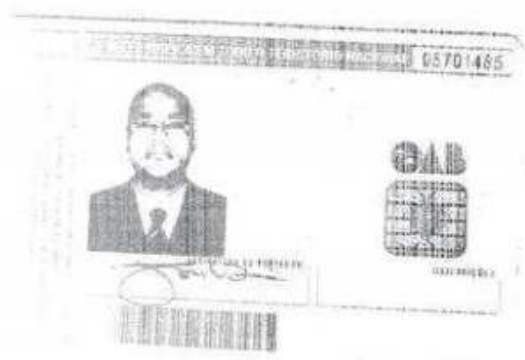
MÉDICO/CRM

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

SF 0,9%
Do Robson







ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARANÁ
IDENTIDADE DE ADVOGADO

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
Número: 65701485

JOSEFA CERVASCO DA SILVA
JOÃO PESSOA-PE
1.054.882-5381PE
NAD

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



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:



