



Número: **0800076-14.2021.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **19/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PEDRO MOREIRA RAMALHO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39146 120	05/02/2021 14:30	2782260_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 12 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200068734

Vítima: PEDRO MOREIRA RAMALHO

Data do Acidente: 18/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO MOREIRA RAMALHO

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

Carta nº 15502246

Pag. 01727/01728 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200068734

Vítima: PEDRO MOREIRA RAMALHO

Data do Acidente: 18/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PEDRO MOREIRA RAMALHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01533/01534 - carta_02 - INVALIDEZ

00040767



Carta nº 15522392



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:30:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514302040300000037316131>

Número do documento: 21020514302040300000037316131



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200068734 Vítima: PEDRO MOREIRA RAMALHO

Data do Acidente: 18/10/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PEDRO MOREIRA RAMALHO

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência emitido nos últimos 180 dias, pois o entregue está desatualizado.
----------------------------------	---

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

Pag. 01949/01950 - carta_03 - INVALIDEZ

00040975



Carta nº 15568073





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200068734

Vítima: PEDRO MOREIRA RAMALHO

Data do Acidente: 18/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), PEDRO MOREIRA RAMALHO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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

Pag. 00965/00966 - carta_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200068734

Vítima: PEDRO MOREIRA RAMALHO

Data do Acidente: 18/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO MOREIRA RAMALHO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **PEDRO MOREIRA RAMALHO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003571**

Conta: **0000018795-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

12579997480 Pedro Moreira Ramalho

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 1126 8 CONTA: 31673 3

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 05/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1005 0000



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL Nº 0181/2020

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do fato: 18/10/2017 hora: 08:28 HORAS

Local do fato: Boa Ventura-PB

NOTIFICANTE

NOME: PEDRO MOREIRA RAMALHO, alcunha "xx", Nacionalidade: Brasileiro, naturalidade: Itaporanga-PB, idade: xx anos, nascido em 11/11/1995, cor/raça: Parda, Estado Civil: Solteiro, Profissão: Estudante, Escolaridade: médio, documento: RG 3.897.931 SSP/PB, filiação: Antonio Gilvan Ramalho e de Maria Lucimere Moreira Ramalho, endereço: Rua Coronel Zuza Lacerda s/n centro Boa Ventura-PB, referência: xx - Telefone: (xx)xx.

VÍTIMA

NOME: xx, alcunha "xxx", Nacionalidade: xx, naturalidade: xx, idade: xx anos, nascido em xx/xx/xx, cor/raça: ***, Estado Civil: ***, Profissão: xx, Escolaridade: ***, documento: xx, filiação: xx e de xx, endereço: ***** xx, referência: xx.

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: que na data e hora acima citada, o notificante disse que vinha para cidade de Itaporanga-PB e na BR-361 perdeu o controle de sua motocicleta e caiu no asfalto e fraturou ante braço esquerdo e varia lesões, daí foi levado para o Hospital Antonio Targino na cidade de Campina Grande-PB a onde foi cirurgiado conforme laudo medico, a motocicleta que estava pilotando era uma HONDA/CG 150 FAN ESDI, Gasolina, ano 2013/2014, cor Preta, placa OGE-1448/PB, chassi nº 9C2KC1680ER427401 de propriedade do senhor THIAGO BENTO DA SILVA. Nada mais a consignar.

Itaporanga-PB, 05 de Fevereiro de 2020.

Pedro Moreira Ramalho

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Policial responsável pelo registro:

Sergio Luiz de Sousa
Mat.: 137.327-7



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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

12579997480 Pedro Moreira Ramalho

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Pedro Moreira Ramalho 12579997480
Bombeiro Rua Celsoza Rosendo 189 casa
Centro Boa Ventura PB 58993000
henzo.oreira@hotmail.com 83, 982616835 9991215204

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1176 8 CONTA: 31673 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 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 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 (nã nascido)? ☐ 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.

34

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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 11/02/2020

X Pedro Moreira Ramalho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1005 20000



LAUDO MÉDICO

BUCO-MAXILO FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁCICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VÍDEO

CLÍNICA MÉDICA

TRONCEFALOGRAFIA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

ORINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENO

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGESTIVA

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCÓPIA

ENDOSCOPIA

LETROCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA CMP

UTI MÓVEL

Atesto por este documento que
seu o paciente Pedro M.
Cavallho foi submetido
a Tratamento Cirúrgico
de pé direito por FRATURA
ABERTA ESQUERDA com
fixação e Pósteros Após
Acidente de MOTOCICLETA
dia 18/10/2017.

08/01/20

MELHORE SUA LETRA

Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Amaro Jorge Pinto Neto
CRM - PB 5258
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO MOREIRA RAMALHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000018795-5

Nr. da Autenticação 60536C451171219D



ANTONIO GILVAN RAMALHO
RUA DEL ZUZA LACERDA, 184 - CENTRO
BOA VENTURA / PB CEP: 5839000 (AG: 154)



Ligação: MONOFÁSICO
Classe: RES MTC 51 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Retro: 12 - 157 - 520 - 6341 Referência: Jan / 2020
Medidor: 00009111151 Emissão: 20/01/2020

ENERGISA PARÁIBA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
9x200, Km 25 - Canto Redenção - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.095.169/0001-40 Insc. Est. 16.715.829-0

Nota Fiscal/Conta: Energia Elétrica N007 591 825
Cód. para Inv. Automático: 0003743416

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jan / 2020	20/01/2020	18/02/2020	030.875.544-77 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/374341-6

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
Aproveite o 1º e regularize suas contas sem stress: podemos regular para você com a taxa zero numa base!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
18/12/19	18724	20/01/20	18811	
			1	32

Demonstrativo		Quantidade	Taxa	Valor	Taxa	Valor	Taxa	Valor	Taxa	Valor	Taxa	Valor
		Tributos	Tributos	ICMS	ICMS	Pot	Pot	ICMS	ICMS	Pot	Pot	ICMS
		0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001	0001
0001	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,286660	8,59	0,00	27	2,16	8,00	0,00	0,37		
0001	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,482170	33,75	0,00	27	8,79	32,34	0,00	1,43		
0001	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	87,000	0,693280	60,31	0,00	27	18,36	60,31	0,00	2,77		
0001	Adic. B. Amarela			2,58	0,00	27	0,70	2,58	0,00	0,12		
0010	Subsídio			44,41	0,00	27	11,98	44,41	0,00	2,04		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS												
0004	JUROS DE MORA 11/2019			1,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0005	MULTA 11/2019			1,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2019			1,96	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0006	Desatualização Subsídio			-29,84	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
TOTAL				122,60	0,00	0	147,74	26,98	0,00	147,74	1,47	6,79
Tarifa de Tributos: 0,181720				0,311020	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL E TÍTULOS
CARTÃO DE REGISTRO CIVIL E TÍTULOS

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ÔRG. EMISSOR / UF
5652161 RSP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

FILIAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS
ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERMANÊNCIA
PERMANENTE

ACD
PERMANENTE

CAT. HAB.
A.E.

Nº REGISTRO
04119219971

VALIDADE
20/06/2023

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

Edilson Rodrigues dos Santos
Diretor Presidente

32584580707
PE079781306

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA EURIPO FOLGUEDO, 22 - CENTRO
ITAPORANGA / PB CEP: 58700002 (A11-154)

Local: MONOFÁSICO
Car/Sbc: RES MTC 81 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3110 Referência: Out / 2019
Medidor: 0300887427 Emissor: 14/10/2019

Energisa
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA E
Br/204, Km 25 - Distrito Reitor - João Pessoa / PB - CEP 58011-41
CNPJ 08.095.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.822

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 002.477.8
Cód. para Deb. Automático: 000002021

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2019	14/10/2019	12/11/2019	039.247.064-09 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/28252-5**

Canal de contato
Conecte o Energisa On7 G, nosso aplicativo para smartphones e tablets, e receba mais comodidade e facilidade para você. Entre o app agora e invoque falta de luz, confira se haverá desligamento programado na sua região, solicite serviços ou esclareça dúvidas. Tudo na palma da mão, sem filas e sem burocracia.



ANTONIO GILVAN RAMALHO
RUA CEL. ZULACERDA, 194 - CENTRO
BOA VENTURA / PB CEP: 5568000 (A.O. 154)

Ligação: MONOFÁSICO
Cte/Soc: RES MTC 511 / RESIDENCIAL - BARRA RENDA
Roteiro: 12 - 157 - 520 - 5940 Referência: Jan / 2020
Medidor: 00009111151 Emissão: 20/01/2020



ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 200, Km 25 - Crlto Redentor - Jd. de Pesca / PB - CEP 58071-690
CNPJ 08.005.195/0001-40 Insc. Est. 16.315.829-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 07.581.925
Cód. para l.vib. Automático: 00033743418

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jan / 2020	20/01/2020	18/02/2020	030.876.644-77 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/374341-6

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Aproveite a 12ª e reguladora suas contas em atraso, podemos negociar para você pagar a rateiro numa boa!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
18/12/19	18724	20/01/20	18811	
			1	32

		Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Valor	Base Calc	Aliq	Totale	Base Calc	PA (%)	2019/2018		
		Tributos Totais (R\$)			ICMS (R\$)	ICMS	PIS (R\$)			COFINS (R\$)	4.588/1%
0601	Consumo até 20 kWh-BR	30,000	0,289590	0,08	0,08	27	2,16	0,03	0,03	0,37	
0602	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,462170	22,26	22,26	27	8,73	32,26	0,32	1,49	
0603	Consumo - 101 a 200 kWh-BR	87,000	0,893260	80,31	80,31	27	16,28	60,31	0,61	2,77	
0604	Adic. B. Amarela		2,59	2,59	27	0,70	2,59	0,02	0,12		
0610	Subsídio		44,41	44,41	27	11,99	44,41	0,44	2,04		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0804	JUROS DE MORA 11/2019		1,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0805	MULTA 11/2019		1,89	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2019		1,89	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		
0806	Devolução Subsídio		-29,94	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00		

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 122,89 147,74 30,09 147,74 1,47 6,79
Tarifa de Tributos: Até 20 kWh 0,181720 Até 100 kWh 0,311525 Até 200 kWh 0,467270



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Suelio Rodrigues dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039.247.064 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Pedro Moreira Romallo inscrito (a) no CPF sob o Nº 125.294.974 / 80

do sinistro de DPVAT cobertura invalida da Vítima Pedro Moreira Romallo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 125.294.974 / 80, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Eurico Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Itaporanga</u>	Estado: <u>SP</u>
E-mail: <u>pedro.moreira@hotmail.com</u>	CEP: <u>58780000</u>	Tel.(DDD): <u>99942152074</u>

Local e Data: Itaporanga 05/02/2020

Suelio Rodrigues dos Santos
Assinatura do Declarante





HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 18/10/2017
HORA: 08:50:44

Prontuário
930985



Atendimento
2260280



Reserva/Guia

AMBULATORIO



Paciente

PEDRO MOREIRA RAMALHO [CPF: 12579497480]

Endereço

CEL ZUZA LACERDA
Bairro

Nome da Mãe

MARIA LUCIMERE MOREIRA RAMALHO

Responsável

PEDRO MOREIRA RAMALHO

Bairro

CENTRO

Sexo Est. Civil
M

Dt Nasc. 11/11/1995
Telefone 8334931002

R.G.

Código CNS

707608223831992

Num. Complemento
184 CASA

Profissão

Cidade
BOA VENTURA

UF
PB

Endereço

RUA

Cidade

ITAPORANGA

COMISSÃO DE ARQUIVO
Dr. Mariuce
Dr. Italo
Dr. Luciano Holanda

Num.

184

Telefone

34931002

Médico Atendente

113093 AMARO JORGE PINTO NETO [CRM: 5258] [CPF: 93002912468]

Procedimento

Médico Acompanhante

113093 AMARO JORGE PINTO NETO [CRM: 5258] [CPF: 93002912468]

Cid

Atendia

Data

Origem

Setor

3009 SECRETARIA SUS

Convênio

50 SUS

Acomodação

POSTO: - ENFERMARIA - LEITO:

Data min. para alta - 18/10/2017

Data máx. para alta - 18/10/2017

Atendente - SOCORRO

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [X] Não

Data admissão 18/10/2017

Data alta 19/10/17

Internação anterior...? [] Sim [] Não

Hora admissão

Hora alta 08:00

Alta....: Curado.....: [] Melhorado.....: [X]

Inalterado.....: []

Clinica..: Médica.....: []

Piorado.....: [] A pedido.....: []

Indisciplina.....: []

Cirúrgica.....: []

Transferido.....: [] Falecimento.....: []

Evasão.....: []

Obstétrica.....: []

Diagnóstico:

Internação.: 0408020423 5524

Definitivo...: X 599

Histórico:

ORTESE/PROTESE

Alta - 1

Perm - 2

Transf - 3

Óbito - 4

Raio X:

[X] Simples

[] C/Contraste

Uti

Entrada ___/___/___

Saída ___/___/___

Motivo

Caract. Trat. []

Carimbo e Assinatura do Médico

[] Sangue...: [] Rh...: [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G

RX REALIZADO

EM 18/10/17

RX DE CONTROLE

REALIZADO 18/10/17



PACIENTE: PEPE MOREIRA RAMALHO
CONVÊNIO: GU SUS ☒ PRONTUÁRIO: 930985/12260280
DATA: 18.10.17 CIRURGIA: ABO CIRURGICO DE FURCULA OMO PADE BPO
CIRURGIÃO: DR. RAMALHO

AUXILIAR:

ANESTESISTA: DR. SORIANO ABRAO

CIRCULANTE: INBA Nº. CARRO: SALA - 04 HORÁRIO: INÍCIO: 15:00 FINAL: 16:30

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	ÁGUA DESTILADA	02
28819	RANITIDINA	01
2070	ATROPINA	
2020	DIPIRONA	02
70181	PROSTIGMINE	
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	GARAMICINA	
5304	DEXAMETASDONA	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEDRON 8	01
70572	TILATIL 40mg	01
5380	HIDROCORTISONA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4650	CEFALOTINA 1g	02
70238	QUELICIM	
1872	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2046	GLICOSE 50%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
403792	TORADOL	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
73210	TRAMAL	
46850	FENOBARBITAL	
8885	DIEMPAX 10mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3982	DOLANTINA	
8869	HIDANTAL	
69655	DORMONID	
9962	KETALAR	
70254	ALFENTANILA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
126233	NIMBIUM	
2216	PANCURON	
82031	PROPOFOL	
3042	FENTANIL	01
70548	TRACUR	
8834	HALOTANO	
128872	SEVORANO	
2780	ISOFLURANO	
8958	TIOPENTAL	
2160	NEOCAINA 0,5% C/V	01
70750	NEOCAINA 0,5% S/V	
9024	NILPERIDOL	
3313	PROMIDATO	

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
9091	LIDOCAINA GELEIA	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2801	LIDOCAINA 2% C/V	01
1996	NEOCAINA PESADA	
CÓD.	MATERIAL	QUANT.
	AGULHA RAQUI N°	
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO TÓRAX N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
40x18	AGULHA DESCARTÁVEL N°	
	ESCOVA DESCARTÁVEL	03
	COMPRESSAS 25x28	
	CATETER PERIDURAL N°	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
138096	CATETER OXIGÊNIO	01
22381	COLETOR URINA FECHADO	
27880	COLETOR URINA ABERTO	
59587	ELETRODO	05
2585	EQUIPO MACROGOTAS	01
2577	EQUIPO MICROGOTAS	
69752	MICROPORE LARGO	
3379	MICROPORE FINO	
	JELCO N° 18	01
	LÂMINA BISTURI N° 24	01
	DRENO SUÇÃO N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	03cm
9113	ALGODÃO ORTOPÉDICO	
	ATADURA GESSADA	
3700	SERINGA DE 03cc	
3689	SERINGA DE 10cc	05
3719	SERINGA DE 05cc	05
3697	SERINGA DE 20cc	05
341797	SERINGA DE 60cc (Bico Longo)	
3735	SERINGA DE 01cc	
	SCALPS N°	
	SONDA FOLEY N°	
4081	TORNEIRA 03 VIAS	
	SONDA NELATON	
	SONDA RETAL	
2615	ESPARADRAPO	3cm
3468	INTRA-CATH	
20117	FITA GLICEMIA	
60917	GILETE	01
	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
	ATADURA CREPOM N°	
	GNEDEL N°	
40126	LUVAS 7.5	02
3522	LUVAS 8.0	
149870	LUVAS 8.5	
	SONDA NSG	
3425	GELFOAN	
2500	GAZES 7,5x7,5	100
3549	LUA PROCEDIMENTO	01
3417	GEL CONDUTOR	
53937	SURGICEL	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	

CÓD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
21A3	MONONYLON N° 2-0	02
	CROMADO S/A N°	
	CROMADO C/A N° 2-0	01
	VICRYL N°	
	MONOCRYL N°	
	PROLENE N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
3360	FITA CARDIACA	
CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ÁLCOOL	3cm
2631	ÉTER	2cm
3611	PVPI TÓPICO	
3603	PVPI DEGERMANTE	
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
304000	CLOREXIDINA DES	1cm
CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÊNIO 2L/m	TC
	OXIDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS	
	BISTURI ELÉTRICOS	
	CAPNOGRAFO	
	MICROSCÓPICO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDÍACO	TC
	OXÍMETRO DE PULSO	TC
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
CÓD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	1.500ml
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	1.500ml
	HISOCOL	
	MANITOL	
CÓD.	OUTROS	QUANT.
	ADIPONOR 1/500ml	01
	PARAL 50 cent. N: 16	- 01
	11 11 N: 18	= 04
	11 11 N: 20	= 02
	Phaco de Mal. com 2 vias	= 01

REAL SET: 90850 4503 / 90807 5347



DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE: <i>Edes Manoel Bezerra</i>		
Nº DO PRONTUÁRIO:	Nº DO ATENDIMENTO:	
DATA DA OPERAÇÃO: <i>18/10/17</i>	ENFERMARIA:	LEITO:
OPERADOR: <i>Dr. Amaro</i>		
1º AUXILIAR:	2º AUXILIAR:	
3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR: <i>Dr. Amaro</i>	
ANESTESISTA: <i>Dr. Amaro</i>	TIPO DE ANESTESIA: <i>General</i>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>FRATURA Antebra</i>		
TIPO DE OPERAÇÃO: <i>Osteossíntese Antebra</i>		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:		

RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO-TÁTICA E TÉCNICA-LIGADURAS-DRENAGEM-SUTURA-MAT.EMPREGADO-ASPECTO - VICERAS

1) Tórax em decúbito dorsal
2) Preparar e Anestesia
3) Preparar de Drenagem Antebra
4) Drenagem interna Antebra
5) Preparar de Fratura de Antebra
6) Preparar de Fratura de Antebra
7) Preparar de Fratura de Antebra
8) Preparar de Fratura de Antebra
9) Preparar de Fratura de Antebra
10) Preparar de Fratura de Antebra

Dr. Amaro Jorge P. Neto
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM/PB - 5258



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Pedro Moreira Ramalho.

NLA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA: 18/10/2017.

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

① 150mg. 1x 12h

15

26

② 100mg. 1x 12h

13/40

22

③ 100mg. 1x 12h

16cc

22

24

④ 100mg. 1x 12h

16cc

24

⑤ 100mg. 1x 12h

⑥ 100mg. 1x 12h

16cc

22/24

EVOLUÇÃO MÉDICA

18/10/17 Tratado com Frotas
Antibióticos. Apêndice agudo
sem intercorrências.

19/10/17 Tratado com Frotas
sem intercorrências. Sem febre
com bons resultados





HOSPITAL
ANTONIO TARGINI

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME:

Suelio Moreira Damasceno

IDADE:

SEXO:

Masculino

LEITO:

MÉDICO:

DATA: 18/10/17

MANHÃ

Paciente admitido neste hospital para submeter-se a procedimento cirúrgico, hoje, dieta zero, consciente orientado, diurese presente espontânea, segue aos cuidados da enfermagem.

[Assinatura]

TARDE

Paciente em P.O.F., consciente, orientado, acérbico, eufórico, segue Rx de controle, realizado SSUV, m.c.p., segue aos cuidados.

Bianca Mouton A. Santos
Técnica de Enfermagem
COREN-PA 1176.602

NOITE

Paciente em P.O.F. consciente orientado, acérbico, eufórico, segue Rx de controle, realizado SSUV, m.c.p., segue aos cuidados da enfermagem.

Marciana de Souza Pereira
TÉCNICA DE ENFERMAGEM
COREN 855932

AJRENA
ATROPIN
BEXTRA
BUPIVACA
BUPIVOCA
BUPIVACA
CIPRO
CLEXANE
DECADRON
DIPRIVAN
DIPRIVAN
DOBUTRIN
DORMONID
EFEDRINA
ESMERON
FENTANIL
FLAGYL
FORANE
HALOTAN
HIDROCO
HYPNOMID
KEFAZOL
KEFLIN
KETALAR
LASIX
LIQUEMID
METHERG
MORFINA
NARCAN
NAPORIN
NIMBIA
NIPRID
NORADREN
NORCURN
OCTOCIN
PAVULON
PLASIL
PROFENID
PROSTIGMIN
QUELICIN
RAPFEN
REVIVAN
SEVORAN
SUFENTA
TILATIL
TACRIUM
ULTIVA
VALIUM
XYLOCAIN
XYLOCAIN
XYLOCAIN
ZOFRAN
ÁGUA DE
ÁGUA DE
S. FISIOL
S. GLICOL
S. DE RIN
C. HEMAS
PLASMA
OXIGÊNIO
N²O (L/M)
AR MEDIC
CO₂ (L/M)
MATER
AQUECED
AGUIHA F
AGUIHA F
AGUIHA S
CAL SODI
CATETER E
CATETER P
CATETER V
ELETRODO
EQUIPO C
EQUIPO F
FILTRO HIG
GUEDEL

Num. 39146120 - Pág. 20

Sr(a): **PEDRO MOREIRA RAMALHO**
 Idade: **21 ANOS**
 RA: **0110058469** Dt Coleta: **18/10/2017 - 11:17:17**
 Dr(a): **AMARO JORGE PINTO NETO/5258**
 Convenio: **SUS - HOSPITAL ANTONIO TARGINO**
 Emissão: **18/10/2017 - 12:50:34** Local: **CIRURGICA**



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	5,31	milh/mm3 3.90 a 6.70
Hemoglobina	14,8	g/dL H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Hematócrito	46,3	% H: 41 a 55 M: 36 a 49
V.C.M.	87,2	u3 80,0 - 98,0
H.C.M.	27,9	pg 26,0 - 32,0
C.H.C.M.	32,0	g/dL 32,0 - 36,0
RDW	14,3	11,0 - 14,5

Série Vermelha: Normocitose. Normocromia.

LEUCOGRAMA

Leucócitos	9920	/mm3	3800 - 10000
Bastonetes	0	0	0-2 0-500
Segmentados	78	7738	46-67 1.820-6.700
Eosinófilos	2	198	1-5 36-500
Basófilos	0	0	0-2 0-100
Linfócitos	13	1290	20-35 800-3.500
Linfócitos reativos	0	0	0-1 0-100
Monócitos	7	694	2-10 72-1000

Série Branca: Neutrofilia.

PLAQUETAS	250000	/mm3	140.000 - 450.000
-----------	--------	------	-------------------

Série Plaquetária: Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

Método: AUTOMAÇÃO ABX FENTRA 80
 Material: SANGUE TOTAL

Dra. Talita Nunes Cardoso
 Dra. Talita Nunes Cardoso
 FARMACÊUTICA / BIOQUÍMICA
 CRF - PB 4096



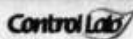
Acesse seus resultados online: www.labprosangue.com.br

Todos os exames podem ser influenciados por medicamentos, estados fisiológicos, patológicos e outros. Apenas seu médico tem condições de interpretá-los.

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102 5577 / 98838.9135
 Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
 Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
 Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
 Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
 Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

Unidade Hospital Antônio Targino - Rua Delmiro Gouveia, 349, Centenário, Fone: 83 98184.1643
 Unidade Hospital João XXIII - Rua Nilo Peçanha, 83, Prata, Fones: 83 98198.4705 / 98198.4708
 Unidade Queimadas - Rua João Barbosa Silva, 49, Centro, Fone: 83 99405.6051
 Unidade Esperança - Rua Juviano Sobreira, 159, Centro, Fone: 83 3361.2237 / 98838.9149
 Unidade Catingueira - Rua Felizardo Sezefredo de Almeida, 17-A, Fone: 83 98198.3135

CONTROLE DE QUALIDADE - SBPC
 Programa de Excelência para Laboratórios Médicos



FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA


HAT HOSPITAL
ANTONIO TARGINO

ENFERMAGEM

Nome: Pedro Moreira Ramalho Leito: 26-1 Sexo: ☒ M () F Idade: 21 A

Peso: 88 Altura: 1,86 ABO: Diagnóstico Médico:

Cirurgia Prevista: Data Prevista:/...../.....

Início do jejum:/..... Hora:

Alergias: Não

Antecedentes: () Hipertensão () Diabético () IRA () Tabagista () Etílico () Uso de Marcapasso () Outros:

Faz uso de Anticoagulante: () Sim () Não Suspensão: () 72hs () 48hs () 24hs () 12hs

Consentimento Informado Assinado: () Sim () Não

Termo de Autorização de Amputação: () Sim () Não

Termo de Autorização para Hemotransusão: () Sim () Não

Exames Anexos:

() Laboratoriais	() Tomografia	() IRM
() RX	() USG	() ECG () ECOCARDIOGRAMA

Risco Cirúrgico: () Presente () Ausente Realizado em/...../..... Médico:

Tricotomia: () Realizada 24h antes da Cirurgia () Não realizada Responsável:

Banho Pré Operatório Asséptico: () Realizado () Não Realizado

Pertences do Paciente:

	Presente	Retirado
a. Dentaduras	()	()
b. Adornos	()	()
c. Roupa Íntima	()	()
d. Esmalte	()	()
e. Outras Próteses	()	()

> Informado

Reserva de Sangue Disponível: () Sim () Não Prescrito

Avaliação Pré Anestésica: () Sim () Não

Medicação Pré Anestésica Administrado: Hora:

Diurese Presente: ☒ Sim () Não ☒ Espontânea () Sonda Vesical

Responsável: Bianca

UNIDADE PRÉ-ANESTÉSICA

Hora da Admissão: 13:50

Check List

<input checked="" type="checkbox"/> Identificadores do Paciente	<input checked="" type="checkbox"/> Retirado Roupas Íntimas
<input checked="" type="checkbox"/> Exames de Imagem	<input checked="" type="checkbox"/> Risco Cirúrgico
<input checked="" type="checkbox"/> Exames laboratoriais	<input checked="" type="checkbox"/> Consentimento Cirúrgico
<input checked="" type="checkbox"/> Retirado Adornos e Próteses	<input checked="" type="checkbox"/> Termo de Autorização de Amputação

Integridade da Pele: ☒ Íntegra () Prejudicada () Úlceras por Pressão

Acesso Venoso: () Periférico Troca de Acesso por: () Flebite () Jelco de calibre Inadequado

() Central () Infecção

() Sem Acesso () Infiltração

Sondas: () SVD () Sonda de Alívio () SNE () SVG

Drenos:

OBS:

Responsável: Jonirza Diniz de Oliveira
T.O. ENFERMAGEM
CRM 519003

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO
PACIENTE RAT

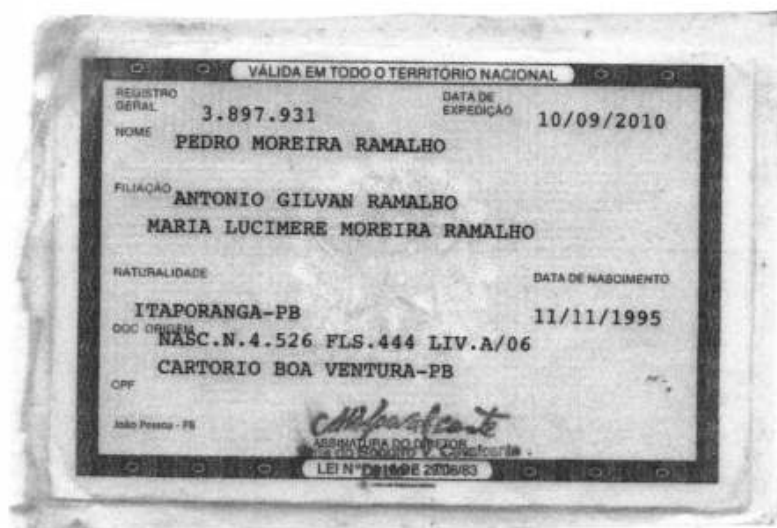
LAUDO RADIOLOGICO

INICIAL=FRACTURA DE ANTEBRACO
CONTROLE=FRACTURA DE ANTEBRACO COM OSTEOSSINTETSE

DATA 18 / 10 / 17

Rosale Angélica dos Santos
03011508
MÉDICO RADIOLÓGIST.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA ENERGIA E MINÉRIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
5652161 RSP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

FILIAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS
ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERMANÊNCIA
RESIDENCIAL

ACC
RESIDENCIAL

CAT. HAB.
A.B.

Nº REGISTRO
04119219971

VALIDADE
20/06/2023

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

Edilson Rodrigues dos Santos
Diretor Presidente

32584580707
22079781306

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA EURIPIO FOLGUEDO, 22 - CENTRO
ITAPORANGA / PE CEP: 55700-000 (A11-154)

Local: MONOFÁSICO -
Car/Sbc: RES MTC 81 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3110 Referência: Out / 2019
Medidor: 0300887427 Emissor: 14/10/2019

Energisa
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA E
Br/204, Km 25 - Distrito Reitor - João Pessoa / PE - CEP 55011-4
CNPJ 08.095.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.822

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 002.477.8
Cód. para Deb. Automático: 000002021

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2019	14/10/2019	12/11/2019	039.247.064-09

UC (Unidade Consumidora): **5/28252-5**

Canal de contato

Conecte o Energisa On7 G, nosso aplicativo para smartphones e tablets, e receba mais comodidade e facilidade para você. Entre o app agora e invoque falta de luz, confira se haverá desligamento programado na sua região, solicite serviços ou esclareça dúvidas. Tudo na palma da mão, sem filas e sem burocracia.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB Nº 013813926973
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD RENAVAM PRT 20181000000013-7
1 0058848455-5 00/00000000 2018

NOME
THIAGO BENTO DA SILVA

CRCMPL 70544479483 PLACA OGE1448/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB 9C2KC1680ER427401

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
MAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO FABR ANO USU
HONDA/CG150 FAN ESDI 2013 2014

CAP/POI/CIL CATEGORIA COD PREDOMINANTE
2 P/149 /CI PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º

FATURA P.V.A PARCELAMENTO/COTAS
***** 0 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 28/02/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO
VEIC. COM ACORDO DE PARCELAMENTO
0

BOA VENTURA - PB DATA
31623 07/03/2018

42475



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: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3511 CONTA: 18795 5 AGÊNCIA: CONTA:

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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ 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 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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paparaíba 02/06/2020

x Pedro Moreira Ramalho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Suelio Moreira Torres

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

tura do Representante Legal (se houver)

nos para



136-616856840-2

15/MAR/2020 HORA DE 11:08:54 TERM 061173

LEI 13.023/15-5
LOCALIDADE: BOA VENTURA
TAB. VINCULADA: 35/1

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA
3571.00018796-5

NOME: PEDRO MOREIRA RAMALHO

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DIA LIMITE	SALDO
24/04	8.00

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012 SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DIA LIMITE	SALDO
24/04	12.50
09/05	153.69

RESUMO EM 14/05

SALDO	RESUMO DO DIA
166.19	SALDO BLOQUEADO 8.00
	SALDO DISPONIVEL 166.19
	SALDO TOTAL 166.19

136-616856840-2

1a VIA



CARTA DE ESCLARECIMENTO

Eu, Pedro Moreno Ramalho,
SINISTRO nº 32000 68 734, inscrito no CPF nº 125 494 974 80
residente e domiciliado (o) na Rua
cel Zuga fazenda 184, centro, Boa Ventura, PB

Informo a Seguradora Líder que não compareci a perícia médica, porque não tinha carro alternativo e não tive condições financeiras para fretar um transporte particular, mas já me encontro disponível para realização do procedimento pericial.

Segue contatos atuais: (83) 999471520 ou (83)987616835.

Ainda disponibilizamos nossos e-mails:

sertao.assessoria@hotmail.com ou edilsondpvatpb@hotmail.com

Desde já, agradeço a compreensão.

Itaporanga/PB, 09 de março de 2020.

Edilson Rodrigues dos Santos
PROCURADOR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200068734 **Cidade:** Boa Ventura **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO MOREIRA RAMALHO **Data do acidente:** 18/10/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA MEMBRO ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-2-3-4-5-6-9

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: 130320-X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200068734 **Cidade:** Boa Ventura **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PEDRO MOREIRA RAMALHO **Data do acidente:** 18/10/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.
P-2-3-4-5-6-9

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X-SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Pedro Moreira Ramalho, brasileiro (a),
estado civil solteiro, profissão Estudante, residente e domiciliado (a)
Rua Cel. Zago, fazenda, Nº 184, Bairro centro,
município de Bom Ventura, estado Paraná, CEP 58.993.000,
portador (a) do RG nº 3.897.931 e CPF nº 125.794.974.80.

OUTORGADO: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG nº 5.652.161
SSP/PE e CPF nº 039.247.064-09, residente e domiciliado à Rua Euvídio Figueiredo, nº 22, Bairro: Centro,
Itaporanga/PB, CEP: 58.780-000.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado (a) seu bastante
procurados (a) para fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o
pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr. (a)
Pedro Moreira Ramalho, ocorrido em 18/10/2017,
conforme registrado pelo BO anexo ao processo.

Processo de natureza imaterial.

Podendo dito (a) procurador (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer,
assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de
Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim, requerer e assinar todos
os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel
cumprimento do presente mandato.

Itaporanga/PB 05 / Fevereiro / 2020.

X Pedro Moreira Ramalho

OUTORGANTE

CPF nº 125.794.974.80

Obs: Reconhecer firma em Cartório por autenticidade ou verdadeira.

