



05/02/2021

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
<b>PEDRO MOREIRA RAMALHO (AUTOR)</b>	<b>HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39146 120	05/02/2021 14:30	<a href="#"><u>2782260_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



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

**Rio de Janeiro, 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, contados 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 n° 15502246



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:30:20  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102051430204030000037316131>  
Número do documento: 2102051430204030000037316131

Núm. 39146120 - Pág. 1



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

---

Rio de Janeiro, 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. 0153/01534 - 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

Num. 39146120 - Pág. 2



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

---

Rio de Janeiro, 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:

<b>Comprovante de residência</b>	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



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

Num. 39146120 - Pág. 3



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

Rio de Janeiro, 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



Pág. 00965/00966 - carta\_25 - INVALDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:30:20  
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102051430204030000037316131>  
Número do documento: 2102051430204030000037316131

Núm. 39146120 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 11 de 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 os pagamentos da insc.

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, retorno 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](http://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: 12579492180 4 - Nome completo da vítima: Pedro Moreira Ramalho

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Pedro Moreira Ramalho	12579492180		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Estudante	Rua Celso Góes	187	casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Centro	Braço de Prata	PB	58993000
15 - E-mail:	16 - Tel./DDD:		
berto.moreira@hotmail.com	999917152024		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 2176 CONTA: 31673 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, *Tijucas 05/02/2020*  
*X Pedro Moreira Ramalho* 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
*Elber R. Souza da Gama* 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS



Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
3ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia Distrital de Itaporanga



GOVERNO  
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 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.

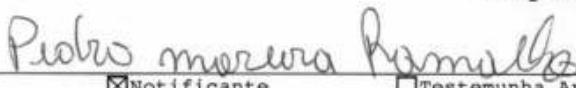
VÍTIMA

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.

HISTÓRICO 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, dai 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.

  
 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: 12579492180 Pedro Moreira Ramalho

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

5 - Nome completo: Pedro Moreira Ramalho 6 - CPF: 12579492180  
 7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Celso Sá Lacerda 9 - Número: 187 10 - Complemento: casa  
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Boa Ventura 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58993000  
 15 - E-mail: hercilio.moreira@hotmail.com 83, 982616875 16 - Tel.(DDD): 99917152024

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 2176 CONTA: 31673 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vel nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

40 - Local e Data, *Tijucas 05/02/2020*

X *Pedro Moreira Ramalho*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Suelio Moreira Torres*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





HOSPITAL  
ANTONIO TARGINO

## ASUNDO MÉDICO

BUCO-MAXILÓ FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁXICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VÍDEO

CLÍNICA MÉDICA

EEG/ENCEFALOGRAFIA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

OTRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STEREOTERAPÊUTICA

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFÍBROSCOPIA

ENDOSCOPIA

ESTROCARDIOGRAFIA

TOMOGRAFIA CMP.

UTI MÓVEL

Além dos atendimentos fixos  
que o paciente Pedro M.  
possui no setor de Pneumologia  
& Tratamentos Paliativos  
de ortopédicos para FRACTURA  
do antebraço esquerdo causada  
pela queda e profundo impacto  
acidental de motocicleta  
dia 18/10/2017.

02/01/20

MELHORE SUA LETRA

Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Amaro Jorge Pinto Neto  
CRM-PB 8258  
ORTOPÉDIA / TRAUMATOLOGIA

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centro / 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



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

Num. 39146120 - Pág. 10

ANTONIO GILVAN RANALHO  
RUA CELZUL ALAGORDA, 184 - CENTRO  
BIA VENTURA/PB CEP: 59930020 (AG: 154)



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br-200, Km-25 - Centro Redentor - Jataí-Pernambuco - CEP: 59271-690  
CNPJ: 09.095.192/0001-46 Ira. Est. 16.315.823-0

Licença: MONOFÁSICO  
Cle/Sic: RES MTC 61 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
Rotero: 12 - 157 - 520 - 5341 Referência: Jan / 2020  
Medidor: 00009111151 Emissão: 20/01/2020

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°007591926  
Cód. para ligaç. Automática: 9003742418

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse 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 pelo Decreto nº 10.428, de 28 de dezembro de 2012. Aproveite o 10% e regularize suas contas em atraso: podemos negociar para você concretizar o seu novo horizonte!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
19/12/19 18724	20/01/20 18911	1	17	32

Descreitivo								
CC	Descrição	Quantidade	Unid.	Válida	Bal. Cdr.	Adc.	Imp.(R\$)	Enc.Cdr.
0801	Consumo 0030WWh-BR	30.000	0.208480	8,08	8,08	27	2,16	8,08
0801	Consumo - 01 a 100WWh-BR	70.000	0.482170	32,35	32,35	27	8,73	32,35
0801	Consumo - 101 a 200WWh-BR	87.000	0.693250	60,31	60,31	27	16,28	60,31
0801	Adic. S. Amarela			2,98	2,98	27	0,70	2,98
0810	Sobretaxa			44,41	44,41	27	11,98	44,41
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0804	JUROS DE MORA 11/2019			1,02	0,00	0	0,00	0,00
0805	MULTA 11/2019			1,99	0,00	0	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MOFETÁRIA 11/2019			1,96	0,00	3	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio			-26,84	0,00	0	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 122,63 147,74 39,98 147,74 1,47 8,76  
Tributos e Impostos: AM130WWh 0,181720 AM100WWh 0,311520 AM200WWh 0,487270





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

ANTONIO GILVAN RAMALHO  
RUA CEL ZULIA LACERDA, 194 - CENTRO  
BOA VENTURA / PB CEP: 35680000 (A.G.-194)



Licença: MONOFÁSICO  
Cle/Soc: RGS MTC S1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
Rotero: 12 - 157 - 520 - 5940 Referência Jan/2020  
Medidor: 00009111151 Emissão: 20/01/2020

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br300, Km25- Cinto Redentor - João Pessoa/PB - CEP: 58014-000  
CNPJ:03.095.193/0001-40 Inf. Est. 16.115.823-0  
Nota Fiscal/Conta Energia Elétrica N°037591926  
Cód. para ligaç. Autônoma: 0003743416

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Jan / 2020	20/01/2020	18/02/2020	030.976.644-77 Inf. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/374341-6

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEII foi creditada no mês 10/2019, de 26/09 a 09/10/2019.  
Aproveite o 12% e regularize suas contas em atraso, podemos negociar para você contratar a tarifa nova num dia!

Anterior	Data	Lectura	Atual	Data	Lectura	Constante	Consumo	Dias	Demonstrativo					
									Qtd. Unidades	Quantidade kWh	VNF	Baixa CMC	Alta	Imp. RE
0801	19/12/19	19724	0801	20/01/20	19811	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0801	Consumo acd 30kWh-BR	30.000	0,286883	0,08	0,08	27	2,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000	0,482170	32,35	32,35	27	0,73	32,35	0,02	1,47	0,00	0,00	0,00	0,00
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	87.000	0,893260	60,31	60,31	27	16,26	60,31	0,01	2,77	0,00	0,00	0,00	0,00
0801	Adic. B. Amanhã		2,00		2,00	27	0,70	2,00	0,02	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00
0801	Suspen		44,41		44,41	27	11,09	44,41	0,44	2,04	0,00	0,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS														
0804	JUROS DE MORA 11/2019		1,00		0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 11/2019		1,00		0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2019		1,00		0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio		-22,94		0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL: 122,89 147,74 30,00 147,74 1,47 6,76  
Tabela de Tributos: Até 30kWh: 0,181720 Até 100kWh: 0,311920 Até 220kWh: 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](http://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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Elison Rodrigues dos Santos  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 039 247 069 / 09, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Pedro Moreira Ramalho inscrito (a) no CPF sob o N° 125 294 924 / 80,  
do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima Pedro Moreira Ramalho  
inscrito (a) no CPF sob o N° 125 294 924 / 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:	Rua Buriti Figueiredo	Número:	22	Complemento:	casa
Bairro:	centro	Cidade:	Tijucaranga	Estado:	33
E-mail:	berto.moreira@hotmail.com		83.987616835	Tel.(DDD):	999421520 74

Local e Data: Tijucaranga 05/02/2020

Elison 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

\*AMBULATÓRIO

Data 18/10/2017

Hora 07:21

Código CNS  
707608223831992

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 8334931002

Telefone R.G.

Profissão

UF  
PB

*COMISSÃO DE ARQUIVO*  
Dr. Mariuce  
Dr. Italo C.  
Dr. Luciano Matanda  
Data 18/10/2017

Médico Atendente

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

Médico Acompanhante

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

Procedimento

Cid

Atendânia

Data 18/10/2017

PACIENTE: *Ronaldo Moreira dos Reis*

CONVÊNIO: *649*

SUS

PRONTUÁRIO: *930985 / 2260250*

DATA: *18/10/17*

CIRURGIA: *TTO cirúrgico de fístulas orais para bífurca*

CIRURGIÃO: *Dra. Norma*

AUXILIAR:

ANESTESISTA: *Dra. Sônia Abreu*

CIRCULANTE: *Erivel*

N.º CARRO: *Sash - 04*

HORÁRIO: INÍCIO: *15:00* FINAL *16:30*

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	ÁGUA DESTILADA	00
28819	RANITIDINA	01
2070	ATROPINA	
2020	DIPIRONA	02
70181	PROSTIGMINE	
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	GARAMICINA	
5304	DEXAMETASONA	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEDRON	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	
88885	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	
2212	MIDATO	

CÓD.	MATERIAL	QUANT.
9091	LIDOCAINA GELEIA	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2801	LIDOCAINA 2% C/V	01
1996	NEOCAINA PESADA	
CÓD.	MATERIAL	QUANT.
40818	AGULHA RAQUI N°	
	DRENO PENROSE N°	
	DRENO TÓRAX N°	
	AGULHA PERIDURAL N°	
	AGULHA DESCARTÁVEL N°	
	ESCOVA DESCARTÁVEL	03
	COMPRESSAS 25x28	
	CATETER PERIDURAL N°	
2356	BOLSA COLOSTOMIA	
138096	CATETER OXIGÉNIO	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 SUCCÃO N°	
2259	ALGODÃO HIDRÓFILO	03
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	300
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 2,5x7,5	100
3549	LUVA PROCEDIMENTO	04
3417	GEL CONDUTOR	
53937	SURGICEL	
	CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°	

CÓD.	FIOS	QUANT.
21483	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
	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	30ml
2631	ÉTER	20ml
3611	PVPI TÓPICO	
3603	PVPI DEGERMANTE	
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
304000	CLOREXIDINA	DEG 1000ml
CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÉNIO 2L/min TC	
	OXÍDO NITROSO	
	VÁCUO	
	NITROGÊNIO	
	APARELHOS	
	BISTURI ELÉTRICOS	
	CAPNOGRAFO	
	MICROSCÓPICO CIRÚRGICO	
	MONITOR CARDÍACO	TC
	OXÍMETRO DE PULSO	TC
	ASPIRADOR ELÉTRICO	
CÓD.	SOROS	QUANT.
	SORO FISIOLÓGICO 500ml	1400ml
	SORO GLICOSADO 500ml	600ml
	SORO RINGER 500ml	600ml
	HISOCEL	
	MANITOL	
CÓD.	OUTROS	QUANT.
	Adipofix 0,5 Soro 01	
	Parenlu 60 cc. N. 16 = 01	
	11 11 N. 18 = 04	
	11 11 N. 20 = 02	
	Phaco PE PH. amf. 7 furos = 01	

REALSET: 98850-4593 / 98807-6347



**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

NOME DO PACIENTE:	<i>Pedro Henrique Barreto</i>		
Nº DO PRONTUÁRIO:			
DATA DA OPERAÇÃO:	18/10/17	Nº DO ATENDIMENTO:	
OPERADOR:	<i>Dra. Heloisa P. Barreto</i>		
1º AUXILIAR:			
2º AUXILIAR:			
3º AUXILIAR:			
ANESTESISTA:	<i>Dra. Isabela Ribeiro</i>		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	<i>Fratura Anterossuperior do osso ilíaco</i>		
TIPO DE OPERAÇÃO:	<i>Desenvolvimento da fratura</i>		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:			

RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

VIA DE ACESSO-TÉCNICA-LIGADUHAS-DRENAGEM-SUTURA-MATERIAL EMPREGADO-ASPECTO - VICERAS

- ① Abordagem da fratura
- ② Preparo e Autópsia
- ③ Aplicação de Osteosíntese
- ④ Bloco ósseo com fragmentos livres
- ⑤ Remoção de Fraturas de Endo
- ⑥ Dilatamento em flocos de espuma
- ⑦ Fissura e suspensão óssea
- ⑧ Reabilitação por fisioterapeuta
- ⑨ Sutura de pele

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





## PREScrição MÉDICA

NOME: Pedro Moreira Ramalho.

RA:

LEITO:

CONVÉNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA: 18/10/2017

## MEDICAMENTOS

## HORÁRIO

① Dif e, 3x dia

10

06

② 165 mg. 3x dia

1340

22

③ 200 mg + 100 mg. 3x dia

1600

01

④ 200 mg + 100 mg. 3x dia

1600

01

OCC + 100 mg

Dr. Amaro Jofre P. Neto  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM/PB - 5268

⑤ 200 mg + 100 mg. 3x dia

1600

2201

## EVOLUÇÃO MÉDICA

10/10/14 Fazente com fraturas  
femur. Apesar de que leg  
ainda é doloroso.

11/10/14 Fazente evolução bem desfavorável  
ainda doloroso. Sem melhora

Cir. Dr. Amaro Jofre P. Neto

Dr. Amaro Jofre P. Neto  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM/PB - 5268

Dr. Amaro Jofre P. Neto  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM/PB - 5268





HOSPITAL  
ANTONIO TARGINHO

Evolução de Enfermagem

NOME: Suelio Moreira Torres

IDADE:

SEXO: M

LEITO:

MÉDICO:

DATA: 18/10/19

MANHÃ

Paciente foi admitido neste hospital para submeter-se a procedimento cirúrgico, no dia 18/10, consciente orientado e bilioso, presente espontaneamente. Segue aos cuidados da enfermagem.

Bianca Santos

TARDE

Paciente em P.O.F, consciente, orientado, acalorado, eupneico, sem Rx de controle, realizado SSUU, m.e.p, segue nos exames.

*Bianca Santos A. Santos*  
Técnica de Enfermagem  
COREN-PB 1176.602

NOITE

Paciente em P.O.F consciente orientado acalorado, sem queixas, período sinusal, vitais aceita Dieta segue os cuidados da Enfermagem.

*Marcella de Souza Pereira*  
TÉCNICA DE ENFERMAGEM  
COREN 855932



NO ME:	Pedro Moreira Ponsello		APTO:
CONVÉNIO:	Ses	IDADE:	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
NÚMERO DA CARTEIRA:			INÍCIO: 15
GUIA DE INTERNAÇÃO:			TERMINO:
SENHA:			HORÁRIO ESPECIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
DATA DE NASCIMENTO:			

**CIRURGIA**

ELETIVA  URGÊNCIA  
 AMBULATORIAL

ESTADO FÍSICO (ASA)  
 I  II  III  IV  V

DATA: 18.10.17

Aurenal  
Atropin  
Bextra  
Bupivac  
Bupivac  
Cipro  
Clexane  
Decadril  
Dipirona  
Diprivar  
Diprivar  
Dobutre  
Dormon  
Efedrina  
Esmero  
Fentanil  
Flagyl  
Forane  
Halotani  
Hidroco  
Hypnom  
Kefazol  
Keflin  
Ketalar  
Lasix  
Liquermi  
Metherg  
Morfina  
Narcanc  
Naparin  
Nimbiun  
Niprid  
Noradren  
Norcuron  
Ocitocin  
Pavulon  
Plasil  
Profenid  
Prostign  
Quelicin  
Rapfen  
Revivan  
Sevoran  
Sufenta  
Tilitai  
Tacrium  
Ultiva  
Valium  
Xylocain  
Xylocain  
Zofran  
Água De  
Água De  
S. Fisiol  
S. Glicos  
S. de Rin  
C. Hema  
Plasma  
Oxigênio  
N<sub>2</sub>O (L/M)  
Ar Medic  
Co<sub>2</sub> (L/M)  
MATER  
Aqueced  
Aguilha F  
Aguilha F  
Aguilha S  
Cal Sodz  
Cateter E  
Cateter M  
Cateter V  
Eletrodo  
Equipo d  
Equipo F  
Filtro Hig  
Guedel

Diagnóstico Pré-Operatório:

1<sup>a</sup> Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares) 2<sup>a</sup> Equipe Cirúrgica (Cirurgião/1º/2º/3º Auxiliares)

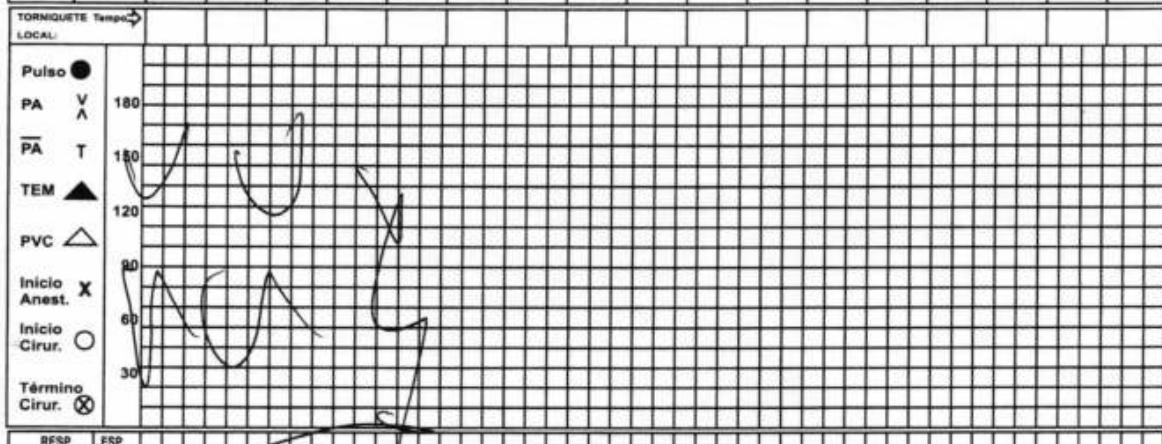
Equipe Anestesiológica *Suelio Moreira Ponsello* Instrumentador(a)

Procedimentos Realizados: \_\_\_\_\_ Códigos \_\_\_\_\_

*TFO Causas de  
fim oss retin*

Horário →

AGENTES	OXIGÉNIO	
	N <sub>2</sub> O / AR	
LÍQUIDOS	BOL Fisiológico	
VENOSOS	BOL DE RINGER	
	CONC. HEMACUS	
M	ECG	
ON	SpO <sub>2</sub>	
IT	EtCO <sub>2</sub>	
TO	DIURESE	



RESP	ESP	
O	ASS CONT.	

INTERCORRÉNCIA	

TÉCNICA ANESTÉSICA	INDUÇÃO	INTUBAÇÃO TUBO N°	ANESTESIA REGIONAL		PUNÇÃO		EQUIPAMENTOS UTILIZADOS	
			Inhalatória	Oral	Peridural	P Braq/Cervical	Mediana	Paramediana
	Venosa			Nasal	RaquiAnestesia	Supraclavicular		
MANUTENÇÃO	Venosa			C/Balão	Epidural Sacra	Interescáfénico	Sentada	
				S/Balão	N. Periférico	Axilar	DL	D E
					Simples	Venosa Regional		
							Aspirador	Baraka
							ECG	Bis
							Oxímetro	Pa Invasiva
							VNI	Capnógrafo
								Guedel



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

<u>ERITROGRAMA</u>	<u>Valores Encontrados</u>	<u>Valores de Referência</u>		
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	
Hematórito	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.			
<u>LEUCOGRAMA</u>				
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.			

Metodo: AUTOMAÇÃO ABX FENTRA 60  
Material: SANGUE TOTAL

**Dra. Tafta Nunes Cardoso**  
FARMACEUTICA / BIOQUÍMICA  
CRF - PB 4096



Acesse seus resultados online: [www.labprosangue.com.br](http://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 Borboreira, 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, Centroário, 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 Juviniano 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



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

Num. 39146120 - Pág. 21

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

ENFERMAGEM

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

Peso: 88 Altura: 1,86 ABC: ..... Diagnóstico Médico: .....

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

Inicio do jejum: ..... / ..... Hora: .....

Alergias: Não .....

Antecedentes: ( ) Hipertenso ( ) Diabético ( ) IRA ( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Uso de Marcapasso ( ) Outros: .....

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

Consentimento Informado Assinado: ( ) Sim ( ) Não

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

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

Exames Anexos:

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

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

Tricotomia: ( ) Realizada 2h antes da Cirurgia ( ) Não realizada Responsável: .....

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

Pertences do Paciente: Presente Retirado

- |                    |     |     |
|--------------------|-----|-----|
| a. Dentaduras      | ( ) | ( ) |
| b. Adornos         | ( ) | ( ) |
| c. Roupa Intima    | ( ) | ( ) |
| d. Esmaite         | ( ) | ( ) |
| e. Outras Próteses | ( ) | ( ) |

*Indumento*

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

Avaliação Pré Anestésico: ( ) 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 type="checkbox"/> Termo de Autorização de Amputação

Integridade da Pele:  Integra ( ) Prejudicada ( ) Úlceras por Pressão

Acesso Venoso: ( ) Periférico Troca de Acesso por: ( ) Flebite ( ) Jelco de calibre Inadequado  
 ( ) Central ( ) Infecção ( ) Infiltração  
 ( ) Sem Acesso

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

Drenos: .....

OBS: .....

Responsável:

*José da Silva Oliveira*  
*ENFERMEIRA*  
*CPB 54003*

NÚCLEO DE SEGURANÇA DO  
PACIENTE RAT



LAUDO RADIOLÓGICO

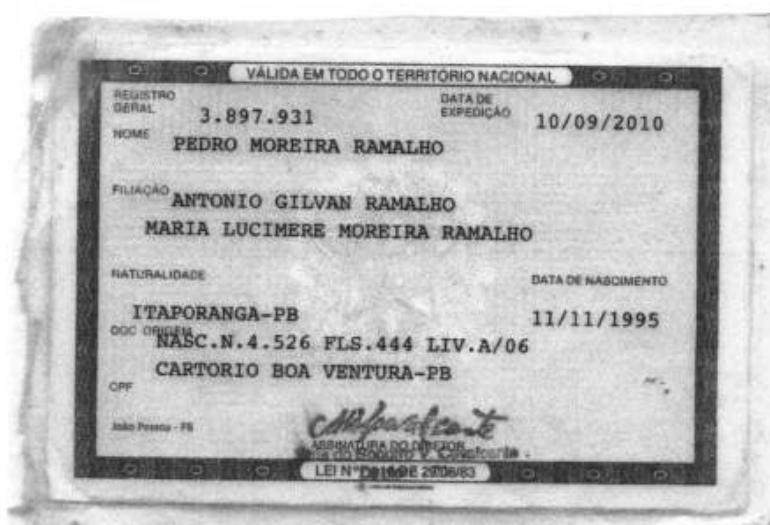
INICIAL-FRATURA DE ANTEBRAÇO

CONTROL-FRATURA DE ANTEBRAÇO COM OSTEOSSÍNTSE

DATA 18 / 10 / 17

*Ricardo Alves  
Cirurgião-Dentista  
Médico Radiologista*





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

Num. 39146120 - Pág. 24



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

Num. 39146120 - Pág. 25

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

Nº 013813926973

DETAN - PB	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
LACRE	VIA COO RENAVAM PRT 20181000000813-7
1	0058848455-5 00/00000000 2018
THIAGO BENTO DA SILVA	
00045599304300	COE/CAP 70544479483 PLACA OGE1448/PB
NOVO PB	CHASSIS 9C2KC1680ER427401
ESPECIE/TIPO FABRICANTE COMBUSTIVEL	
FAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL	
MARCA/Modelo HONDA/CG150 FAN ESDI	
CAP/POV/OS 2 P/149 /CI	CATEGORIA PARTIC
ANO FABR. 2013 ANO TAXA 2014	
COR PREDOMINANTE PRETA	
COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º	
IPVA IPVA PAGO EM 00/00/0000	PARCELAMENTO/GOTAS 2º
***** 0	3º
PRÊMIO TARIIFARIO (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO	
***** SEGURO PAGO 28/02/2018	
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO	
VEIC. COM ACORDO DE PARCELAMENTO 0	
BOA VENTURA - PR 07/03/2018	
31623 42479	





# 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:
	125 794 979 80	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:		
Pedro Moreira Ramalho	125 794 979 80		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Estudante	Rua Olímpio Lacerda	184	casa
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
centro	Belo Horizonte	MG	58993-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		
pedro.moreira@gmail.com	083 987616835 999471520212		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:		
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3581	CONTA: 18795	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.		

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

- Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
  - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
  - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velhinho)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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  
víctima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Papangua 02/06/2020*

X *Pedro Moreira Ramalho*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

*Edilson Rocha Queiroz*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

tura do Representante Legal (se houver)

*.../...*



**CARTA DE ESCLARECIMENTO**

Eu, Pedro Moreira Ramalho,  
SINISTRO nº 32000 68734, inscrito no CPF nº 125 794 92480  
residente e domiciliado (o) na Rua  
cel Zuga Incendio, 184 centro, Bonfimura, 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@hotamil.com ou edilsondpvatpb@hotmail.com

Desde já, agradeço a compreensão.

Itaporanga/PB, 09 de Novembro 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



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

Num. 39146120 - Pág. 30

## 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



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

Num. 39146120 - Pág. 31

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Pedro Moreira Ramalho, brasileiro (a),  
estado civil sócio, profissão estudante, residente e domiciliado (a)  
Rua Celso Góes, nº 184, Bairro Centro,  
município de Bom Jardim, estado Paraíba, CEP 58.993-000,  
portador (a) do RG nº 3897 931 e CPF nº 125 294 974 80.

OOUTORGADO: 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 Euvidio 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 invalido.

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 125 294 974 80

Obs: Reconhecer firma em Cartório por autenticidade ou verdadeira.

