

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

23/10/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00915

CONTA: 000000016937-0

Nr. da Autenticação 72FFD7A0BC78DD6C

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2012151605	Cidade: Arcoverde	Natureza: Invalidez
Vítima: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS	Data do acidente: 26/11/2011	Emissor do parecer: Carlos Antonio Correa de Carvalho
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	CRM do médico: 52258890

PARECER

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES NO MSE E NO MIE; CONTUSÃO NO ESTERNO.

Descrição do exame médico pericial: MIE - SEM DÉFICIT ARTICULAR OU FUNCIONAL; REFERE DOR NO ESTERNO, AOS ESFORÇOS. ASSIMETRIA EM REGIÃO ESTERNO CLAVICULAR À ESQUERDA, COM AFUNDAMENTO.

Resultados terapêuticos: ESCORIAÇÕES NO MSE E NO MIE - CURATIVOS. CONTUSÃO NO ESTERNO - SIC- TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes: NÃO APRESENTA DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas :

Data da perícia: 17/10/2012

Conduta mantida: Não

Observações: * MEMBRO INFERIOR ESQUERDO - SEM SEQUELAS.

Valor pleiteado: 12.825,00

Médico avaliador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

UF do CRM do médico:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	0
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	25

Valor avaliado: 843,75

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2012/151605**
Vítima: **KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS**
Local: **PE-ARCOVERDE**
Data do Acidente: **26/11/2011**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) SIM b) NÃO c) PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

OMBRO ESQUERDO/ MIE

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

ESCORIAÇÕES NO MSE E NO MIE- CURATIVOS.

CONTUSÃO NO ESTERNO- SIC- TRATAMENTO CONSERVADOR

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) SIM b) NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) Disfunções apenas temporárias
b) Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

MIE- SEM DÉFICIT ARTICULAR OU FUNCIONAL

REFERE DOR NO ESTERNO, AOS ESFORÇOS. ASSIMETRIA EM REGIÃO ESTERNO CLAVICULAR À ESQUERDA, COM AFUNDAMENTO.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) SIM, em que prazo:
b) NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
- b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
- b.1) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
- b.2) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico

1ª Lesão

MIE

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

2ª Lesão

OMBRO ESQUERDO

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - GARANHUNS, 17/10/2012**Médico Perito:****Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890**

Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional

Dores Mendes

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

Nº. DO SINISTRO _____

EU, **KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS**, PORTADOR (A) DA CNH, CATEG. "AB", RG Nº 03391802198, EXPEDIDO POR DETRAN/PE, EM (DATA) 31.05.2010 E CPF Nº 041.973.464-33, PROFISSÃO TÉCNICO EM RADIOLOGIA E RENDA MENSAL DE **R\$ 720,00** NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA **KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS**, AUTORIZO A SEGURADORA _____ A EFETUAR O RESPECTIVO CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

1. CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

Nº BANCO 237. Nº AGÊNCIA _____ C/C _____

2. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

3. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 AGÊNCIA _____ C/P _____

4. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ C/P _____

5. CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA 0915 C/P 00016937-0.

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Arcoverde, 29 de fevereiro de 2012.

Kleyson Carlos Ramos
ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)

04 ABR. 2012

Lettres Cava

320 *Journal of Health Politics, Policy and Law*

TRIAS CAIXA

PIXA ECONÔMICA FEDERAL

032-877347758-1

©/FEV/2012

HORA DF 14:57:53

15.020345-4

TERM 041308

QUALIDADE: ARCOVERDE

VINCULADA: 0915

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

0915,00016937-0

NOME: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

SALDO POR DATA LIMITE

AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

10
20/01

VALOR 0,08 C

RESUMO EM 31/01

LDO CONTABIL

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

VALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

Disque CAIXA - 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA - 0800 725 7474
Reclamações, sugestões e ~~elogios~~

www.caixa.g

032-82234758-1

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE ARCOVERDE
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 156A. CIRCUNSCRICAO - ARCOVERDE
156 CIRCUNSCRICAO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 11E0246003833

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/12/2011** às 15:31

Número do BO que esta complementa: **11E0246003832**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **26/11/2011** no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ARCOVERDE, 1** - Bairro: **CENTRO** - Município: **ARCOVERDE** - Estado: **PERNAMBUCO** - País: **BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO BANCO BRADESCO**

Local do Fato: **VIA PUBLICA** - Próximo: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS (NOTICIANTE)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

BOLETIM DE OCORRENCIA
1004026



Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

(NOTICIANTE) - KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**

Mae: **SANDRA DE FATIMA COSTA RAMOS**; Pai: **CARLOS ALBERTO RAMOS** Data de Nascimento: **19/11/1983**; Naturalidade: **NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO**

Documentos: **6634360/SDS/PE (RG), 04197346433 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**; Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO**;

Profissão: **TECNICO (OUTROS)**; Telefone de Contato: **NAO INFORMADO**; Telefone Celular: **8791249762**

Endereço Residencial: **RUA EMIDIO DE MIRANDA, 286, 0, ARCOVERDE, PERNAMBUCO, BRASIL, AO POSTO DE SAUDE DA IMAGEL**

Endereço Comercial: **NAO INFORMADO**

Dados Comercial: **NAO INFORMADO**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

Complemento / Observação

INFORMA O NOTICIANTE, SR.KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS, QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO NA DATA, TURNO E LOGRADOURO SUPRACITADOS. ACRESCENTA O NOTICIANTE QUE ESTAVA CONDUZINDO (SEM NINGUEM NA GARUPA) A MOTOCICLETA, DE SUA PROPRIEDADE (COM PLACA PEL7198, RENAVAM 262817478, CHASSI 9C2KC1660AR190128, HONDA CG 150 FAN ESI, ANO 2010, COR PRETA), NO SENTIDO CENTRO-SUBURBIO, QUANDO DERRAPOU COM A MESMA E VEIO A CAIR, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES QUE PASSAVAM, NO MOMENTO DO ACIDENTE, NO LOCAL, E ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DESTA CIDADE (CONFORME COPIA DE FICHA DE ATENDIMENTO DE URGENCIA N°04, EM 26/11/11, PELA MADRUGADA, EM ANEXO A ESTE BO) A FIM DE RECEBER ATENDIMENTO MEDICO NECESSARIO. ALEGA O NOTICIANTE QUE NAO ESTIVERAM NO LOCAL DO FATO NENHUMA DAS POLICIAS ESTADUAIS (MILITAR E CIVIL). FICA-SE O REGISTRO PARA OS FINS DEVIDOS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

04 ABR. 2012

Kleybson Costa Ramos
KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS
(NOTICIANTE)

B.O. registrado pelo policial: *VALDIMER LUCIO COSTA SILVA* - Matrícula: 319894-4



04 ABR. 2012



DECLARAÇÃO

KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS, brasileiro, solteiro, técnico em radiologia, natural de Arcoverde/PE, nascido aos 19.11.83, portador da carteira nacional de habilitação, categoria "AB", RG nº 03391802198, expedida pelo – DETRAN/PE, emitida aos 31.05.2010, inscrito no CPF/MF. nº 041.973.464-33, **declara** com fundamento na Lei Federal nº 7.115/83, que tem residência fixa na residente na Rua Emídio de Miranda, nº 266, CEP 56.503-340, São Cristóvão - Arcoverde/PE.

Arcoverde/PE, 29 de fevereiro de 2012.

04 ABR. 2012



Kleyson Carlos Costa Ramos

Kleyson Carlos Costa Ramos

ACCOVERDE CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS

Augusto Pereira de Souza Telêcio
Elizabeth M. A. de Souza Lopes - Subdelegada
Cálio Maria Bezerra Lucena Subdelegada

Reconheço como verdadeira(a) a(s) firma(s) de
Kleyson Carlos Costa Ramos

Arcoverde-PE, 29 de fevereiro 2012

Em Testemunho *Arabela M. Azevedo de Souza* da verdade.

O Tabellário *Arabela M. Azevedo de Souza*

R. Alcides Cursino, 54 - Centro Endereços: 2,79
CEP: 56.506-530 - Arcoverde - PE TSRR: 0,56
Fone: (87) 3821.0484 TOTAL: 3,35



Arabela M^a Azevedo de Souza
Escreveu:

CONTATOS
(87) 3491.0360/ 3431.8823
(87) 9215.0323/ 9761.8362
(87) 9215.1222/ 9761.8362

04 ABR. 2012



CEMEFA

2012
27 Anos

CENTRO MÉDICO DE ARCOVERDE LAUDO PARA PERÍCIA DPVAT

Nome: Kleybson Carlos Costa Ramos.
RG: 6.634.360SDSPE.

Dr. LUIZ GUIDO
Traumatologia
Ortopedia

Dr. GILMAR FERREIRA
Fisioterapia

Dra. ROSANA SIQUEIRA
Fonoaudiologia

Dra. NILMA MERÊNCIO
Nutricionista

Dr. JOSÉ IVAN VIDAL
Obstetrícia - Ginecologia
Cirurgia Geral

Dr. LINDINEY LOPES
Odontologia

Dra. ANA CAROLINA VIDAL
Odontologia

Dra. KARLA LEITE
Fisioterapia

Dr. JOSÉ DE ANCHIETA Jr.
Odontologia

HD: Politrauma;
Contusões e escoriações.

TTO: Conservador do politrauma;
Clinico das contusões e escoriações.

SEQUELAS: Uso continuo de medicação analgesica;
Ancilose do joelho E;
Claudicação do MIE;
Claudicação do MSE;
Cicatrizes com quelóides.

DATAS:

Acidente: 26/11/2011.

Início do tratamento: 26/11/2011.

Alta definitiva: 28/02/2012.

OBS: Paciente recebeu alta definitiva do tratamento, apresenta sequelas com perda de 70% da função do MSE. Perda de 70% da função do MSE. Perda de 80% da função laboral.

Arcoverde, 28 de fevereiro de 2012.

Luiz Inocêncio Guido CRM8649PE

D. LUIZ Guido
Médico
CRM 8649

04 ABR. 2012



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO
VI GERES – ARCOVERDE
HOSPITAL REGIONAL RUY DE BARROS CORREIA



SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

COD. Procedimento 09.06.009	CBO 6	IDADE	FICHA NO. 04
BB			Data: 26/11/11 Hora de Entrada: 03:20

NOME: Kleylison carlos costa Romes

D.N. 19/11/83 SEXO: more . PROFISSÃO ESTADO CIVIL solteiro

FILIAÇÃO: Carlos Alberto Romes e Sandra de Fatima Costa Romes

RG CPF CN/FLS/LIV

ENDEREÇO R. Trindade de Miranda NO. 266 BAIRRO: S. Cristo

MUNICÍPIO Arcoverde UF TEL.

ACOMPANHANTE

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA: Adelaim

ATENÇÃO MÉDICA

PA	FC	P	R	T	HGT	PESO
CLÍNICO:		CIRÚRGICO:		ORTOPÉDICO:		PEDIÁTRICO

QUEIXA PRINCIPAL:

Perda de peso excessiva - cardíaca e celas

EXAME FÍSICO:

Exames AR
AD
ACV
ALC

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Cardíacas

SOLICITAÇÃO DE EXAMES: Orto de cardíacas e gástricas

04 ABR. 2012

Nelson Batista Filho
CRM 36.244
CPF 047.153.816-01

PARÂMETROS

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CONDIÇÕES DE ALTA

DATA

HORA

CURADO

TRANSFERIDO

INTERNADO

MOTIVO DA ALTA:

Assinatura e carimbo do Médico

Alm Batista Filho
CRM 8634
SPE 447 252 234-19

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

3^a VIA
CREDOR

NOTA DE EMPENHO



FONTE DE RECEBIMENTO		
0	2	4
4		
	N. EMPENHO	
2	9	16
5	3	0
0	4	0
H		

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA

HOSPITAL RUY DE BÁRROS CORREIA

ATIV. OU PROJ.

ASISTENCIA A MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE DA REDE AM 1 0 1 2 6 0 7 0 9 3 4 3

ELEMENTO

OUTROS SERVS. DE TERCEIROS-PESSOA FÍSICA

DATA DE EMISSÃO		
DIA	MÊS	ANO
28	11	2011

DEDUZIDO DA NPCO
NUMERO: 013027

P E S S O A	F I S	1	X	0	4	1	7	7	3	4	6	4
	JUR	2	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1

NOOME DO CREDOR

KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

ENDERECO

RUA EMÍDIO DE MIRANDA N. 256

ARCOVERDE

PE

ORDINARIO C/ISS

MATRÍCULA FUNCIONAL:

DISPENSA

DATA:

SALDO ANTERIOR

VALOR EMPENHADO

SALDO ATUAL

2.001,94

720,00

1.281,74

E S P E C I F I C A Ç Ã O	UNID.	QUANTIDADE	P R E Ç O	
			U N I T Á R I O	T O T A L
valor que se empenha para fazer face as despesas com serviço prestado como: TEC.RADIOLOGIA NO RAIOL-X DIGITAL DESTE HRRBC/OUT/2011.				
REC.0244/SUS/2011.				
LE015704.PES.FÍSICA.COFIN.OUT/2011				
0/C 130004042.				
		1	720,00	720,00

PEDIDO N°

PROCESSO N°

TOTAL

28 11 DE 2011

28 VISTO
DE 11 DE 2011
ORDENADOR DE DESPESA

MATERIAL RECEBIDO
SERVIÇO PRESTADO
SUPRIM. INDIVIDUAL
PERMITIDO EM LEI

DE DE

ASS. DO RESPONSÁVEL

LÍQUIDO A RECEBER

SE. ISCENTOS E DITENTA E QUATRO REAIS*****

IMPOSTO DE RENDA: 0,00

DESCONTOS

IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS: 36,00

OUTROS DESCONTOS:

TOTAL DE DESCONTOS: 36,00

0,00

LÍQUIDO A RECEBER:

684,00

RECEBI EM

Kleyson Carlos Costa Ramos

CREDOR/RESPONSÁVEL LEGAL
ÓRGÃO EMISSOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE N°

IDENTIFIQUE:

NOME / MATRÍCULA

04 ABR. 2012

LIQUIDADO EM: 28 11 DE 2011

AUTORIZO O PAGAMENTO EM:

PA. 102657 V...



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO
VI GERES - ARCOVERDE
HOSPITAL REGIONAL RUY DE BARROS CORREIA



GOVERNO DE
Pernambuco

SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

COD. Procedimento	CBP	IDADE	FICHA NO.
09.06.009	6		04
			Data: 06/06/2012 Hora de Entrada: 03:56

NOME: Kley Jason Carlos Costa Romes

D.N. 19.111.831-0 SEXO: morel PROFISSÃO

ESTADO CIVIL solteiro

FILIAÇÃO: Carlos Alberto Romes e Sandra de Fátima Costa Romes

RG CPF CN/FLS/LIV

ENDEREÇO: Tricíclo de umidade

MUNICÍPIO: Arcoverde UF: PE TEL:

ACOMPANHANTE

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA: Adelaine

ATENÇÃO MÉDICA						
PA	FC	P	R	T	HGT	PESO
CLÍNICO:		CIRÚRGICO:		ORTOPÉDICO:		PEDIÁTRICO

QUEIXA PRINCIPAL:

Perdeu de modo súbito
na coximela esquerda e
direita

06 AGO. 2012

EXAME FÍSICO:

Exames:

AR

AD

ACV

ALC

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Lesão

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Orçamento de coximela esquerda
e direita.



CEMEFA

2012
27 Anos

CENTRO MÉDICO DE ARCOVERDE LAUDO PARA PERÍCIA DPVAT

Nome: Kleybson Carlos Costa Ramos.
RG: 6.634.360-SDSPE.

Dr. LUIZ GUIDO
Traumatologia
Ortopedia

Dr. GILMAR FERREIRA
Fisioterapia

Dra. ROSANA SIQUEIRA
Fonoaudiologia

Dra. NILMA MERÊNCIO
Nutricionista

Dr. JOSÉ IVAN VIDAL
Obstetrícia - Ginecologia
Cirurgia Geral

Dr. LINDINEY LOPES
Odontologia

Dra. ANA CAROLINA VIDAL
Odontologia

Dra. KARLA LEITE
Fisioterapia

Dr. JOSÉ DE ANCHIETA Jr.
Odontologia

HD: Politrauma;
Contusões e escoriações.

TTO: Conservador do politrauma;
Clinico das contusões e escoriações.

SEQUELAS: Uso continuo de medicação analgesica;
Ancilose do joelho E;
Claudicação do MIE;
Claudicação do MSE;
Cicatrizes com quelóides.

DATAS:

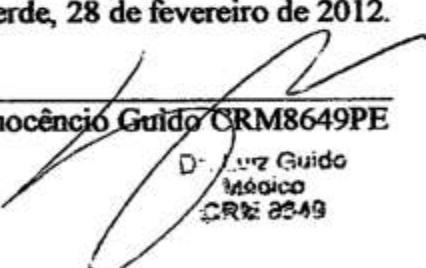
Acidente: 26/11/2011.

Inicio do tratamento: 26/11/2011.

Alta definitiva: 28/02/2012.

OBS: Paciente recebeu alta definitiva do tratamento, apresenta sequelas com perda de 70% da função do MSE. Perda de 70% da função do MSE. Perda de 80% da função laboral.

Arcoverde, 28 de fevereiro de 2012.


Luiz Inocêncio Guido CRM8649PE

Dr. Luiz Guido
Médico
CRM 8649

06 AGO. 2012

TAVOLA PARAFISICA DIPARTIMENTO DI

NYC #734 3002E25

J. REINHOLD TIE

2011-2012

OTT: Content delivery network

SEOR LT 25. Las conclusiones de la investigación señalan que:

- Recibieron su tipo E.
- Cuestionaron su tipo M.
- Cuestionaron su tipo S.
- Cuestionaron su tipo A.

2474

CATALOG

THE VENUE: *stages on the plain*

THE UNIVERSITY OF BIRMINGHAM

Q82. **Precisamente** **que** **se** **definiu** **o** **termo** **de** **MS-E** **para** **o** **MS**?

Armenia 28 de Mayo 2017

1998-VB2-2002-0525-001.htm 1

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

100M037



	INFORMAÇÕES sem observações
	 <small>ADMISTRAÇÃO DO PESQUISADOR</small>
LOCAL ARCOVENSE - PE <small>ADMISTRAÇÃO DO PESQUISADOR</small>	DATA EMISSÃO 31/05/2010
111-1	
DETRAN-PE (PERMANEÇO) <small>ADMISTRAÇÃO DO PESQUISADOR</small>	

04 ABR. 2012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

DETINHO
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2011

REBENTO: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS
ARCOVERDE-PE
041.973.464-33
PEL7198

PLACANTE: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS
CHASSI: 9C2KC1550AR190126

PAS / MOTOCICLETA / MOPED / SCOOTER / BICICLETA / VÉLOCIPEDE / VÉLICO

MARCA / MODELO: HONDA / CG 150 FAN ESI
ANO FAB: 2010 ANO MOD: 2010

CAP / ROT / CIL: 2P / 149CL CATEGORIA: PARTIC COR PRÉDOMINANTE: PRETA

IPVA 2011 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA: 1.***** VENC. / COTAS: 1.*****
FAIXA IPVA: 1 PARCELAMENTO / COTAS: 2.*****
***** 3.*****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO: SEGURO OBRIGATÓRIO
AL: FID. BANCO PANAMERICANO SA
DOCUMENTO DE PÓRTA OBRIGATÓRIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA
ARCOVERDE-PE 08/06/11

DESENVOLVIDO PELAS SITIV
CONFORME CIRE - PAN American
CIA DE SEGUROS S/A

PE Nº B109965006 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NOME / ENDEREÇO: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

ARCOVERDE-PE 0

CPF / CNPJ: 041.973.464-33

PLACA: PEL7198

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº B109965006

EXERCÍCIO 2011 DATA EMISSÃO 08/06/11

NOME / ENDEREÇO: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

ARCOVERDE-PE 0

CPF / CNPJ: 041.973.464-33

PLACA: PEL7198

CÓD. RENAVAM: 252817478 MARCA / MODELO: HONDA / CG 150 FAN ESI

ANO FAB: 2010 CAL TARE: 09 CHASSI: 9C2KC1550AR190126

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$)
SEGURADO: SEGURO PAGO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

DUT
1004032



04 ABR. 2012



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 380021

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Tipo de Veículo 09-Ciclo/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		Placa PEL-7198/PE		
Nome da Vítima KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS		Natureza 2 - INVALIDEZ		
Tipo Sinistrado 3 - Motorista	Data Nascimento 19/11/1983	Tipo de CPF 0 - Possui CPF	CPF da Vítima 041.973.464-33	Data Ocorrência 26/11/2011

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

Certidão Nº 11E0246003833 da autoridade policial sobre a ocorrência;

DUT Nº _____ () _____ () _____

RG e CPF do Sinistrado () _____ () _____

RG e CPF do(s) Beneficiário(s) () _____ () _____

Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS	Vítima	VITIMA	19/11/1983	50740-540	041.973.464-33

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).
Observações.:

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso _____ PE

Data 04 ABR. 2012
_____/_____/____/

Local da Entrega _____ RS

Data 04 ABR. 2012
_____/_____/____/


Beneficiário


Centauro Vida e Previdência

Atenção:
- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R SENADOR DANTAS, 80 , 17º ANDAR
CENTRO – Cep: 20031-204

Tel.: (21) 2297-1212 Fax: (21) 2297-1212

site: <http://www.centauroseg.com.br> e-mail: alexandre.almeida@salek.com.br
RIO DE JANEIRO - RJ

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, **KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS**, brasileiro, solteiro, técnico em radiologia, natural de Arcoverde/PE, nascido aos 19.11.83, portador da carteira nacional de habilitação, categoria "AB", RG nº 03391802198, expedida pelo – DETRAN/PE, emitida aos 31.05.2010, inscrito no CPF/MF. nº 041.973.464-33, residente na Rua Emídio de Miranda, nº 266, CEP 56.503-340, São Cristóvão - Arcoverde/PE., 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:

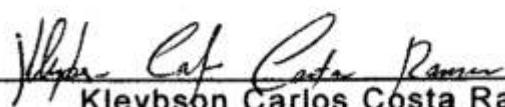
- () não há estabelecimento do IML no Município da minha residência; ou
() o estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
() o estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Arcoverde(PE), 29 de fevereiro de 2012.




Kleybson Carlos Costa Ramos

ARCOVERDE
Av. Presidente Dutra, 26 - Centro
Bairro: Centro
Cidade: Arcoverde
UF: Pernambuco
CEP: 56.506-530
Fone: (87) 3821.0484

Reconheço como verdadeira(a) a(s) firma(s) do
Kleybson Carlos Costa
Ramos
Arcoverde-PE, 29 fevereiro 2012
Em Testemunha
O Testemunho
R. Alcides Cursino, 54 - Centro
CEP: 56.506-530 - Arcoverde - PE
Fone: (87) 3821.0484
Arabela M. Azevedo de Souza

Escrevante



**À CENTAURO SEGURADORA**

Ref.Sinistro nº 2012/151605.

Vítima: Kleybson Carlos Costa Ramos

Natureza: Invalidez Parcial.

KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS, brasileiro, solteiro, técnico em radiologia, natural de Arcoverde/PE, portador da carteira nacional de habilitação, categoria "AB", RG. nº 03391802198, expedida pelo – DETRAN/PE., emitida aos 31/05/2010, CPF/MF. nº 041.973.464-33 residente na Rua Emídio de Miranda, nº 266, CEP 56.503-340, São Cristóvão - Arcoverde/PE., vem perante essa conceituada Empresa Reguladora de Seguro Obrigatório DPVAT, **esclarecer** que ao dar entrada no Hospital Regional de Arcoverde no dia 26.11.11, vítima de acidente automobilístico, não havia médico ortopedista, razão pela qual foi atendido pelo médico de plantão Dr. Nelson Batista, (ficha de atendimento de emergência anexa), que o medicou e o liberou no mesmo dia. No dia seguinte procurou o Dr. Luiz Inocêncio Guido em sua Clínica denominada CEMEFA, com quem realizou todo o seu tratamento, conforme LAUDO MÉDICO anexo, por ele subscrito.

Arcoverde, 24 de julho de 2012.

06 AGO. 2012

Atenciosamente,

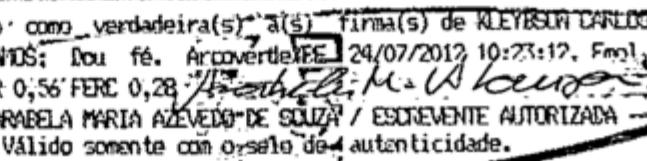



Kleybson Carlos Costa Ramos



**CARTÓRIO
DO 1º OFÍCIO
NOTAS FISCAIS**

**AUGUSTO PEREIRA DE SOUSA – Tabelião
Rua Alcides Cursino, 54 – Arcoverde – Pernambuco – CEP: 56.506-530
Fone: (87) 3821.0484 / Fax: 3821.0331 – cartnotarcoverde@hotmail.com**

Reconheço como verdadeira(s) a(s) firma(s) de KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS; Dou fé. Arcoverde/PE 24/07/2012 10:23:12, Fm1, 2,51-TN 0,56 FERC 0,28. 
ARABELA MARIA AZEVEDO DE SOUSA / ESCREVENTE AUTORIZADA
Válido somente com o selo de autenticidade.



CENTURIO SEGUNDOR

202121015112102

Name: Yelisayev Maxim Gennadievich

אדרת הארץ וארץ אדרת

Algebra 1 Test 24 9th Grade Math

Advisory Groups

Kleypasou Silos Costa Rinas



A CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Ref. Sinistro n° 2012/151605.

Vítima: KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

Natureza: Invalidez.

13 SET. 2012

KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS, brasileiro, solteiro, técnico em radiologia, natural de Arcoverde/PE, nascido aos 19.11.1983, portador da carteira nacional de habilitação, categoria "AB", registro nº 03391802198, expedida pelo DETRAN/PE, emitida aos 31.05.2010, inscrito no CPF/MF. nº 041.973.464-33, residente na Rua Emídio de Miranda, nº 266, CEP 56.503-340 – São Cristóvão - Arcoverde/PE., solicita os valiosos préstimos dessa conceituada empresa reguladora de seguros, no sentido de que seja **remarcada uma nova perícia**, tendo em vista que, **por motivos pessoais não foi possível** comparecer à perícia marcada anteriormente para o dia 20.08.12, no Hotel Tavares Correia em Garanhuns/PE.

Arcoverde, 28.08.12

31 AGO. 2012

Atenciosamente,

Kleybson C. Costa Ramos
Kleybson Carlos Costa Ramos



ELIZABETH HORNIG, 1910-1980

