

# 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:** RJ

## DANOS

## Dano

Perda funcional completa de um dos membros inferiores  
Perda completa da mobilidade de um dos ombros**% Dimensão Graduação**70 1 0  
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 medico 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 susceptível(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 íntegra 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 S2 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 Nº 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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Arcoverde, 29 de fevereiro de 2012.

  
ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)

04 ABR. 2012

BANCA ECONÔMICA FEDERAL

032-877347758-1

01/FEV/2012

HORA DE 14:57:53

NYT, 15,020345-4

TERM 041308

**LOCALIDADE: ARCOVERDE**

VINCULADA: 0915

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

0915.00016937-0

NOME: KLEYBSON CARLOS COSTA RAM

**SALDO POR DATA LIMITE**

SEMIAS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

RETA  
28/01

VALOR

0.05 C

RESUMO EM 31/01

BALDO CONTABIL

0.08

RESUMO DO DIA

## SALDO BLOQUEADO

0.00

**ALDO DISPONIVEL**

0.08 C

**SALDO TOTAL**

0.00 C

Disque CAIXA - 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA - 0800 725 7474

Reclamações, sugestões e elogios

WWW.Caixa.gov

032-87234758-1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 156A. CIRCUNSCRICAO - ARCOVERDE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **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 - Culposos (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:**

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

BOLETIM DE OCORRENCIA  
1004026



**(NOTICIANTE) - KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**  
Mãe: **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 EMILIO DE MIRANDA, 266, 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, RENAVAL 262817478, CHASSI 9C2KC1660AR190126, HONDA CG 160 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**

x *Kleybson Costa Ramos*  
KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS  
(NOTICIANTE)

*[Handwritten signature]*

B.O. registrado pelo policial: VALDNER 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.

04 ABR. 2012

Arcoverde/PE, 29 de fevereiro de 2012.



*Kleybson Carlos Costa Ramos*  
Kleybson Carlos Costa Ramos

ARCOVERDE CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS  
Augusto Pereira de Souza Tabelião  
Elizabeth M. A. de Souza Lucena - Substabelece  
Celia Maria Bezerra Lucena - Substabelece

Reconheço como verdadeira(a) a(s) firma(s) do  
*Kleybson Carlos Costa Ramos*

Arcoverde-PE, 29 fevereiro 2012

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

O Tabelião *Arabela M. Azevedo de Souza*

R. Alcides Cursino, 54 - Centro Emolumentos 2,79

CEP: 56.506-530 - Arcoverde - PE TSNR 0,56

Fone: (87) 3821.0484 TOTAL 3,35

Arabela M. Azevedo de Souza

Escreva



CONTATOS  
(87) 3491.0360/ 3431.8823  
(87) 3229.0324/ 3761.9362  
(87) 3229.0324/ 3761.9362

04 ABR. 2012



# CEMEFA

## CENTRO MÉDICO DE ARCOVERDE

2012  
27 Anos

### 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;  
Clínico das contusões e escoriações.

SEQUELAS: Uso contínuo de medicação analgésica;  
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

Dr. Luiz Guido  
Médico  
CRM 8649

04 ABR. 2012



FICHA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

COD. Procedimento 06.009	CBO 6	IDADE	FICHA NO. 04 Data: 26/11/11 Hora de Entrada: 03:20
NOME: Kleyson Carlos Costa Ramos			
D.N. 19/11/83	SEXO: male	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL self
FILIAÇÃO: Carlos Alberto Ramos e Sandra de Fátima Costa Ramos			
RG	CPF	CN/FLS/LIV	
ENDEREÇO R: Imídio de Miranda		NO. 266	BAIRRO: S. Cristóvão
MUNICÍPIO Arcoverde	UF	TEL.	
ACOMPANHANTE			
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA: Adelaime			

ATENÇÃO MÉDICA

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

Periclite de modo intenso  
na coluna cervical e  
costas

EXAME FÍSICO:

Encaminhado

AR  
AD  
ACV  
ALC

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Cervicalgia

SOLICITAÇÃO DE EXAMES: Ressonância de coluna cervical e torácica

04 ABR. 2012

Adelaime Fátima  
CRM 9634  
CPF 042.753.24-4

CONDIÇÃO		HISTÓRICO	
HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE MEDICAÇÃO	
	Uso de - 37		
	Uso de		

Nelson Batista Filho  
CRM 9634  
CPF 047.153.734-46

PARÂMETROS							
Data-HORA	PA	P	R	T	FC	HGT	

#### RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

#### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

#### CONDIÇÕES DE ALTA

DATA	HORA	CURADO	TRANSFERIDO	INTERNADO
MOTIVO DA ALTA:				

Assinatura e carimbo do Médico

Nelson Batista Filho  
CRM 9634  
CPF 047.153.734-46

## NOTA DE EMPENHO

FONTE DE RECURSOS

0	2	4	4
Nº EMPENHO	2	9	3
	0	4	0

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA

HOSPITAL RUY DE BARROS CORREIA

5 3 0 4 0 4

ATIV. OU PROJ.

ASSISTENCIA A MEDIA E ALTA COMPLEXIDADE DA REDE AM 1 0

1 2 6 0 7 0 9 3 4 3

ELEMENTO

OUTROS SERV.S. DE TERCEIROS-PESSOA FISICA

3 3 9 0 3

DATA DE EMISSÃO

DIA	MÊS	ANO
28	11	2011

DEDUZIDO DA NPCO  
NUMERO: 013027

P	FIS	1	X
P	JUR	2	-

0	4	1	9	7	5	4	6	4	5

NOME DO CREDOR

KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS

ENDEREÇO

RUA EMÍDIO DE MIRANDA N. 256

ARCOVERDE

PE

ORDINARIO C/ISS

MATRÍCULA FUNCIONAL

DISPENSA

PROCESSO DE LICITAÇÃO

DATA

SALDO ANTERIOR

2.001,94

VALOR EMPENHADO

720,00

SALDO ATUAL

1.281,94

E S P E C I F I C A Ç Ã O

UNID.

QUANTIDADE

PREÇO

UNITÁRIO

TOTAL

valor que se empenha para fazer face as despesas com serviço prestado como TEC. RADIOLOGIA NO RAIO-X DIGITAL DESTES HRRBC/OUT/2011.

REC. 0244/SUS/2011.

LE015704.PES.FISICA.COFIN.OUT/2011

C/C 130004042.

1

720,00

720,00

PEDIDO Nº

PROCESSO Nº

TOTAL

720,00

DEDUZIDO DA DOTAÇÃO PRÓPRIA

28 11 DE 2011

VISTO

28 DE 11 DE 2011

MATERIAL RECEBIDO  
SERVIÇO PRESTADO  
SUPRIM. INDIVIDUAL  
PERMITIDO EM LEI

ASS. RESPONSÁVEL DCO.

ORDENADOR DE DESPESA

ASS. DO RESPONSÁVEL

LÍQUIDO A RECEBER

SEISCENTOS E OITENTA E QUATRO REAIS\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

IMPOSTO DE RENDA:

0,00

DESCONTOS

IMPOSTO SOBRE SERVIÇOS:

36,00

OUTROS DESCONTOS:

0,00

TOTAL DE DESCONTOS:

36,00

LÍQUIDO A RECEBER:

684,00

RECEBI EM

*Kleybson Carlos Costa Ramos*  
CREDOR/RESPONSÁVEL LEGAL

ÓRGÃO EMISSOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE Nº

IDENTIFIQUEI:

NOME / MATRÍCULA

04 ABR. 2012

LIQUIDADO EM:

28 11 DE 2011

AUTORIZO O PAGAMENTO EM:

28 11 2011  
PA 002657





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE  
PERNAMBUCO

VI GERES - ARCOVERDE  
HOSPITAL REGIONAL RUY DE BARROS CORREIA

SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA



GOVERNO DE  
Pernambuco

FICHA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA/URGÊNCIA

COD. Procedimento	CBO	IDADE	FICHA NO. 04
01.06.009-6	6		Data: 26/11/11 Hora de Entrada: 03:5
NOME: Kleybson Carlos Costa Ramos			
D.N. 19/11/83	SEXO: male	PROFISSÃO	ESTADO CIVIL solt.
FILIAÇÃO: Carlos Alberto Ramos e Sandra de Fátima Costa Ramos			
RG	CPF	CN/FLS/LIV	
ENDEREÇO R: Imídio de Miranda	NO. 266	BAIRRO: S. Cristóvão	
MUNICÍPIO Arcoverde	UF	TEL.	
ACOMPANHANTE			
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA FICHA: Adelaine			

ATENÇÃO MÉDICA

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

paciente de modo a ser  
na coluna e  
calos

EXAME FÍSICO:

Exame físico

AR  
AD  
ACV  
ALC

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Lesões

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Exame de coluna e calos e fratura

06 AGO 2012

Valdora - 7

COD. Procedimento

M. A. M.

R.

NOME XEN DE

D. N. A. A. A. A. A.

NOME: XEN DE

R. A. A. A. A. A.

ENDERECO D. A. A. A. A. A.

MUNICIPIO, A. A. A. A. A.

ACOMPANHANTE

RESPONSABILIDADE DO RESPONSÁVEL DA FICHA

## PARÂMETROS

Data-HORA

PA

P

R

T

FC

HGT

ATEIÇÃO MÉDICA

T. HGT

R. A. A. A. A.

FC

PA

PEDIÁTRICO

ORTOPÉDICO

CIRÚRGICO

QUEIXA PRINCIPAL

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

EXAME FÍSICO:

AR

AD

ACV

VLC

## DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

## CONDIÇÕES DE ALTA

DATA

HORA

CURADO

TRANSFERIDO

INTERNADO

MOTIVO DA ALTA:

an. Salda Filho  
9834  
1449



# 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;  
Clínico das contusões e escoriações.

SEQUELAS: Uso contínuo de medicação analgésica;  
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

Dr. Luiz Guido  
Médico  
CRM 8649

06 AGO 2012

Rua Leonardo Pacheco Duque, 137, Centro - Fone 3821-0462  
Arcoverde-PE  
cemefaarc@hotmail.com



# LAUDO PARA PERÍCIA DE VIT

Nome: **Wenderson Carlos Ramalho**  
RG: **6.234.3002272**

HT: **1,70m**  
Peso: **70kg**

TTC: **Correlação de tratamento**  
Clínica das contusões e escoriações

SEOL TLV2: **Um contusão de mordedura unilateral**  
Artilhada do joelho E  
Classificação do INII  
Classificação do NISE  
Classificação com contusões

DATAS  
Acidente: **20/11/2011**  
Início do tratamento: **20/11/2011**  
Alta definitiva: **28/02/2012**

OBS: Paciente recebeu alta definitiva do tratamento, apresentando sequelas com perda de 30% da função do NISE. Perda de 40% da função laboral.

Arco Verde, 28 de fevereiro de 2012

Luiz Inocencio Guido CRM8610PE

LAUDO PERICIAL  
OBSERVAÇÃO  
HISTÓRICO  
EXAME FÍSICO  
EXAME DE LABORATÓRIO  
EXAME DE IMAGEM  
EXAME DE OUTROS  
CONCLUSÃO  
OBSERVAÇÃO  
HISTÓRICO  
EXAME FÍSICO  
EXAME DE LABORATÓRIO  
EXAME DE IMAGEM  
EXAME DE OUTROS  
CONCLUSÃO

## DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

1004037



<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b> <b>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO</b> <b>CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO</b>	
 VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS <b>218062938</b>	<b>NOME</b> ELATSON CARLOS COSTA RAMOS
	<b>DOC. IDENTIDADE / CNIL. EXCESSOR / UF</b> 6634360 SDS PE
	<b>CPF</b> 041.973.464-33
	<b>DATA NASCIMENTO</b> 19/11/1983
	<b>FLUXO</b> CARLOS ALBERTO RAMOS SANDRA DE FATIMA COSTA RAMOS
<b>PERMISSÃO</b> <input checked="" type="checkbox"/> CONDUTOR	<b>ACC</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<b>CAT. HAB.</b> AB	
<b>Nº REGISTRO</b> 03391802198	<b>VALIDADE</b> 28/05/2015
	<b>1ª EMISSÃO</b> 27/09/2004
 PROIBIDO PLASTIFICAR <b>218062938</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b> sem observações
	 ASSINATURA DO PORTADOR
	<b>LOCAL</b> ARCOVAZ - PE
	<b>DATA EMISSÃO</b> 31/05/2010
	<b>ASSINATURA DO EMISSOR</b> 55156880154 PE035941278
<b>DETROPA - PE (PERMANENTE)</b> <b>ENTÃO ENTREGUE O SEU</b>	

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:

<b>Tipo de Veículo</b> 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo			<b>Placa</b> PEL-7198/PE	
<b>Nome da Vítima</b> KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS			<b>Natureza</b> 2 - INVALIDEZ	
<b>Tipo Sinistrado</b> 3 - Motorista	<b>Data Nascimento</b> 19/11/1983	<b>Tipo de CPF</b> 0 - Possui CPF	<b>CPF da Vítima</b> 041.973.464-33	<b>Data Ocorrência</b> 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 \_\_\_\_\_ RJ \_\_\_\_\_

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](mailto: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 perícia médica, às custas da **Seguradora Líder DPVAT** para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Arcoverde(PE), 29 de fevereiro de 2012.



Kleybson Carlos Costa Ramos

ARCOVERDE - PE  
Augusto Pereira de Sousa  
Eduardo M. A. de Souza Lucena  
Célia Maria Bezerra Lucena

Reconheço como verdadeira(a) a(s) firma(s) do  
**Kleybson Carlos Costa Ramos**

Arcoverde-PE, 29 de fevereiro de 2012

Em Testemunho  
O Tabelião

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

Arabela Mª Azevedo de Souza

Escrevente



04 ABR. 2012





A CENTAURO SEGURADORA

Ref. Sinistro n.º 2012/151602  
Vítima: Kleyson Carlos Costa Ramos  
Vítima: Invalidez Parcial

**KLEYBSON CARLOS COSTA RAMOS**, brasileiro, solteiro, técnico em radiologia, natural de Arcoverde/PE, portador da carteira nacional de habilitação, categoria "AB", RG. n.º 03391803198, expedida pelo - DETRAN/PE, emitida nos 31.05.2010, CPF/MF. n.º 041.973.464-33 residente na Rua Emídio de Miranda, n.º 266, CEP 56.203-340, 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 meditou e o liberou no mesmo dia. No dia seguinte procurou o Dr. Luiz Inocêncio Guido em sua Clínica denominada CEMERVA, com quem realizou todo o seu tratamento, conforme LAUDO MÉDICO anexo, por ele suscrito.

Arcoverde, 24 de julho de 2012.

Atenciosamente,

Kleyson Carlos Costa Ramos

OUTROS



## A CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Ref.Sinistro nº 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 Carlos Costa Ramos

