

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

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

Nº Sinistro: **3180364785**

Vitima: **EDILSON DE LIMA RAMOS**

Data do Acidente: **04/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180364785**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13203504



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASE: 770.584.534-20 CPF da Vítima: 770.584.534-20 Nome completo da vítima: Edelson de Lima Ramos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Edelson de Lima Ramos</u>		CPF titular da conta <u>770.584.534-20</u>	Profissão <u>aux. serviços gerais</u>
Endereço <u>São Paulo</u>		Número <u>2498</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Rio Timbó</u>	Estado <u>RS</u>	CEP <u>58297-000</u>
Email <u>Zeduardo.silva@hotmail.com</u>		Telefone (DDD) <u>51-342-1170</u>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ DE R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome <u>Bradesco</u> NÚMERO <u>237</u>	
AGÊNCIA NÚMERO <u>2009</u> D/V <u>5</u> (Informar dígito se existir)	CONTA NÚMERO <u>7447</u> D/V <u>0</u> (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NÚMERO <u>2009</u> D/V <u>5</u> (Informar dígito se existir)	CONTA NÚMERO <u>7447</u> D/V <u>0</u> (Informar dígito se existir)

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

Rio Timbó de março de 2013
Local e Data

Edelson de Lima Ramos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00799.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00799.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:51 horas do dia 26 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, no final assinado, compareceu **Edilson de Lima Ramos**, CPF nº 770.584.534-20, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Maria José de Lima Ramos e Joaquim José Ramos, natural de Rio Tinto/PB, nascido(a) em 14/04/1972 (46 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) São Paulo, Nº 2498, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Mercadinho São Paulo, na cidade de Rio Tinto/PB, telefone(s) para contato (83) 98840-4576.

Dados do(s) Fatos:

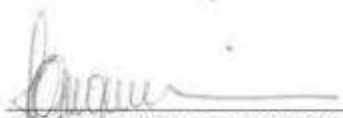
Local: Estrada Principal de Mamanguape, Quadra de Esporte Irmãozão, Mamanguape/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 04/04/17 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 04/04/2017, por volta das 17:00 horas, quando transitava em uma estrada principal que dá acesso a cidade de Mamanguape/PB, próximo a quadra de esporte; QUE conduzia o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/NXR 160 BROS, ano e modelo: 2016 de cor preta, placa: OXO 8583/PB, chassi nº 9C2KD1000GR024369, registrado em nome de Jessica Claudia Lima dos Santos, CPF nº 091.200.234-48; QUE, segundo o notificante ao chegar no endereço acima citado, conduzia o veículo normalmente, quando um cachorro atravessou a pista e que o notificante terminou por atropelar o animal, que devido ao impacto veio a cair ao solo, sendo socorrido por terceiro para o hospital geral de Mamanguape, sendo depois encaminhado para o complexo hospitalar de Mangabeira conforme certidão nº 1284/2017; EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 04/09/2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido por terceiro; Que não deseja representar criminalmente.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 26 de abril de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


EDILSON DE LIMA RAMOS

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

Procedimento Policial: 00799.01.2018.1.00.420

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Gabrielson de Lima Ramos

CPF da Vítima

770.584.534-20

Data do Acidente

04-04-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Rio Timbó 06 de março de 2017

Local e Data

Gabrielson de Lima Ramos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 19391 Atcd: Nao Regulado
Data: 04/04/2017
Hora: 20:31:37
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA F.
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDILSON DE LIMA RAMOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.04.000640

CNS: 123900222610007 Sexo: M IDENTIDADE: 1532889 Fone: 986431047

Natural: RIO TINTO/PB Data Nasc.: 14/04/1972 Id: 45 ano(s)

End.: RUA SAO PAULO,0

Bairro: VILA REGINA Cidade: RIO TINTO UF: PB

Mae: MARIA JOSE DE LIMA RAMOS

Pai: JOAQUIM JOSE RAMOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: EDILSON DE LIMA RAMOS

Tel/Doc. Responsavel: 986431047 / IDENTIDADE: 1532889

Pront. encia: UNIDADE DE SAUDE TRAUMA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

TA: FR:

TC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2s:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bom [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsão

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

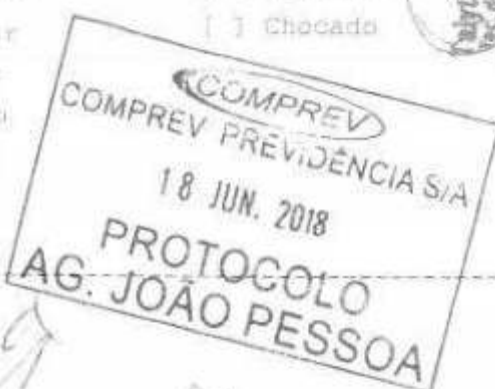
[] Regular [] Chocado

[] Vômito

Observação

Pront. Principal

Estado de risco (D)



História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico: Fratura do rádio e ulna conduta

Prescrição: En camélias de B... e internar o paciente para tratamento cirúrgico

Dr. Rômulo Soares de Castro
033.002832 / CRM/PE 2832
CPF: 191.583.590-68

- Redução
- Imobilização
- Internação resp.

- Valor

Dr. Rômulo Soares de Castro

033.002832 / CRM/PE 2832

CPF: 191.583.590-68

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Reservação p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO

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

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residente ☐ Transferido ☐ Desleteria ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON DE LIMA RAMOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02009-5

CONTA: 000000007447-0

Nr. Autenticação

BRADESCO3008201805000000000023702009000000007447168750 PAGO



Emissão: 20/03/2018 Referência: Rev/2010 ENERGISA PARÁIBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO B330, Km 25 - Creta Residencial - João Pessoa - PB - CEP 58071-480
 Roteiro: 12.298.745-3280 Nº medidor: 00001320862 CNP: 08.085.802/0001-40 Ins. Est. ICMS 16.015.023

Nota Fiscal: Simão de Energia Elétrica 0000 0000 0000
Cód. para Deb. Automática: 000000000000

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

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

UC (Unidade Consumidora): 5/582128-5

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - "TSE" foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

- Letreiro chegou no chuveiro? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não, não, não é preciso. É um bom jeito de economizar.

- Chame os vizinhos e a equipe de manutenção para trocar o transformador de energia, já. - Ministério da Saúde

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
18/01/10	10430	20/02/10	10456	1	121	30

Demonstrations

CC)	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Custo	Imposto	Base Calc	Imposto	Por(%)	Por(%)	Por(%)	Por(%)
				Total	Base	ICMS	Base	ICMS	Por(%)	Por(%)	Por(%)	Por(%)
0601	Consumo - 44 kWh-SR	30.000	0,254240	7.627,20	7.627,20	27	7.627,20	2.059,33	0,28	0,28	0,28	0,28
0601	Consumo - 51 e 136 kWh-SR	70.000	0,435910	30.513,70	30.513,70	27	30.513,70	8.238,69	0,28	0,28	0,28	0,28
0601	Consumo - 121 e 220 kWh-SR	21.000	0,663780	13.939,38	13.939,38	27	13.939,38	3.763,53	0,16	0,16	0,16	0,16
0610	Subsídio			37,90	37,90	27	37,90	10,32	0,44	0,44	0,44	0,44
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS												
0607	CONTROLE PÚBLICA			9,52	9,52	0	9,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 01/2016			0,06	0,06	0	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 01/2016			1,19	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0604	COMPENS. INDICADOR-DE ANUAL 12/2017			-2,97	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0606	Devolução Subsídio			-25,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCy Codigo de Classificação do Item	TOTAL	73,17	88,74	24,24	1,01	4,49
-------------------------------------	-------	-------	-------	-------	------	------

Adiantum vittatum (L.) Presl

VENCIMENTO
27/02/2019

TOTAL A PAGAR
R\$ 73,17

Histórico de Consumo (kWh)

118	137	114	125	137	110	135	114	120	120	98	113
Feb/17	Mar/17	Apr/17	Mar/17	Jun/17	Jul/17	Aug/17	Sep/17	Oct/17	Nov/17	Dec/17	Jan/18

RESERVATO DO EXCCO

9908.00cb.ddc7.bb7c.5e49.8240 fa02 de0c

Indicadores de Qualidade 12/2012 - Rio Tinto

	Limites da ANEL	Acurado	Limite de Tensão (V)
DC MENOR	8,4	0,30	NOMINAL
DC TRIMESTRAL	12,94		
DC ANUAL	25,56		
PC MENOR	8,67	0,30	CONTRATADA
PC TRIMESTRAL	7,36		
PC ANUAL	14,72		
RAMO	9,80	0,02	LIMITE INFERIOR
CAPI	1,73		
			LIMITE SUPERIOR

--	--	--

Discriminação	Valor (R\$)	%
Emissões de Dívidas Energéticas	15,25	17,48
Compra de Energia	13,65	20,80
Serviço de Transmissão	2,03	2,70
Energias Setoriais	3,97	4,98
Impostos Diretos e Encargos	40,60	54,04
Outros Serviços	3,00	0,00
Total	78,24	100,00

Value of EUSD (Rm 10,504,7158 + 2.7%)

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Sal-a-Peida, tendo um desconto de R\$26,27

Faturas em atraso

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 721206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 455.536.024-91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edilson de Lima Ramos inscrito
(a) no CPF sob o nº 770.584.534-20 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima
Edilson de Lima Ramos, inscrito (a) no CPF sob o nº 770.584.534-20 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e pora fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-Declaro ainda, sob as penas da lei, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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



Endereço	Número		Complemento
<u>Av. Alameda Rossi</u>	<u>58</u>		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Alameda</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58038-460</u>
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>Zeduardo.wk@hotmail.com</u>	<u>99342-1170</u>		<u>98663-4900</u>

João Russo 13 de Junho de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jessica Claudia Lima dos Santos,
RG nº 3.588.334, data de expedição 28/09/2007
Órgão SSP, portador do CPF nº 093.200.234-48, com
domicílio na cidade de Rio Tinto, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua São João, Aldeia Plant - mor nº 2329
complemento Santa Elizabeth, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Edilson de Lima Ramos cujo o condutor era
Edilson de Lima Ramos

Veículo: Moto
Modelo: BRSS 160
Ano: 2016
Placa: 0X0-8523
Chassi: 9C2K D1000GR024369
Data do Acidente: 04/04/2017
Local e Data: Rio Tinto, 24-05-18

Jessica Claudia Lima dos Santos
Assinatura do Declarante

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



PIMENTEL
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Notário - Promotor de Justiça - Região de Inibara
Registro de Títulos e Documentos e Pessoa Jurídica

ADSON HUGO PIMENTEL
TITULAR
Rua da Megalena, 29 - Centro - Rio Tinto - Paraíba
56.207-000 Fone: (51) 3351-2342 adsonpimentel@gmail.com

Reconheço, como autêntica e verdadeira, as (s) Firmas (s) de:.....
JESSICA CLAUDIA LIMA DOS SANTOS.....
Em test. da verdade, Rio Tinto-PB 24/05/2018 09:50:15
Felipe Ricardo Nobrega da Silva - Escrevente
(2018-001767)CNPJ:R\$ 46,48 PRAPEM:R\$ 0,26 REPJ:R\$ 1,70
SEL0 DIGITAL: AG:07411-3488
CONTATE A AUTENTICAÇÃO EM <https://selonotat.1000.me>

Felipe Ricardo Nobrega da Silva
ESCRIVENTE AUTORIZADO

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



CERTIDÃO

Nº. 1284/2017

Atendendo solicitação de EVANDRO G DO NASCIMENTO de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficta de atendimento ambulatorial nº 19391 e Prontuário Nº 2017.04.000640 pertencentes a **EDILSON DE LIMA RAMOS**, que foi atendido dia 04/04/2017 às 20h51min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço direito.

Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/04/2017 com alta médica dia 13/04/2017.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à Saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de setembro de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





Ortopedia

ENCAMINHAMENTO/REFERENCIA E CONTRA-REFERENCIA

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

Para: ORTOPEDISTA

Encaminho o(a) paciente: EDILSON DE LIMA RAMOS

Residente a:

Telefone para atendimento referente a

Motivo: PACIENTE COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO, DORE DEFORMIDADE

RADIGRAFIA: FRATURA DE RADIO DISTAL

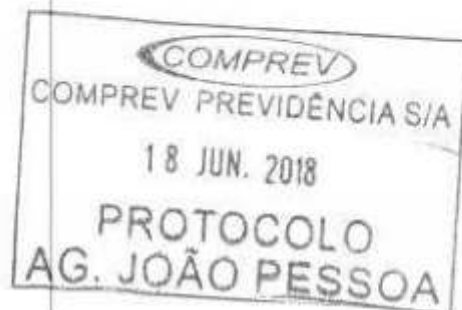
SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Dr. Edilson de Lima Ramos

Mamanguape, 04 / 04 / 2017

Horário:

Solicitante



ENCAMINHAMENTO/REFERENCIA E CONTRA-REFERENCIA

HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

Para: ORTOPEDISTA

Encaminho o (a) paciente: EDILSON DE LIMA RAMOS

Residente à: _____

Telefone: _____ para atendimento referente à _____

Motivo: PACIENTE COM TRAUMA EM PUNHO DIREITO. DOR E DEFORMIDADE

RADIGRAFIA: FRATURA DE RADIO DISTAL

SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Enc. pelo Entº Gilson

Mamanguape, __04__ / __04__ / ~~2017~~ 2017

Horário: _____


Solicitante


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

GOVERNO DA PARAIBA

Requisição de Exames

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME DO PACIENTE

IDADE

DATA

SEXO

COR

PESS

CLINICA

ENFERMEIRO

DADOS CLINICOS

MATERIAL A SER ENVIADO

EXAMES SOLICITADOS

Para X grupo B

[Assinatura]

Assinatura do Médico

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 02/04/7
Nome: Edilson Lima Ramos
Prontuário: _____ Idade: 45 Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M (X) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1/

QPD: Dor e edema em punho
HDA: Punho com dor edema e
deformidade de punho desde
muito tempo

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

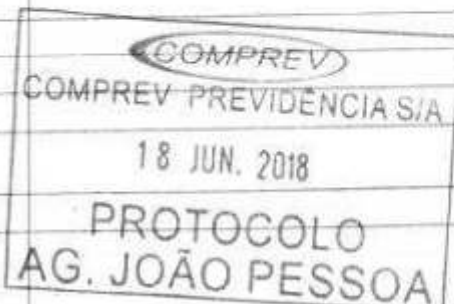
AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

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

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

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

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rios [] Casa de Taipa [] HTA
[] Trauma [] Neo [] Tabagismo
[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

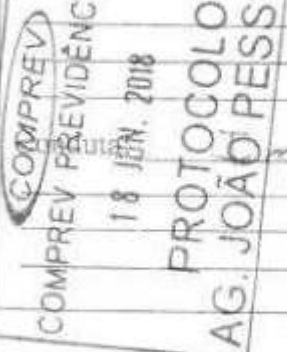
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

História Diagnóstica: Fratura do rádio distal

internação hospitalar



Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em DDH sob anestesia
- Posição de garrote
- Anestesia + anti-séptica
- A posição de campos cirúrgicos

Incisão:

- Incisão longitudinal em face
- Volar em antebraço ①
- Incisão por planos até expo-
- Sítio da fratura.

Achados:

- Fratura da extremidade distal
- do rádio ②

Conduta:

- R AFI com placa em T 2x1
- + 3 parafusos corticais nº 16
- + 1 fio de Kirschner 2,0.
- Controle radiológico
- Lavagem com SF 0,9%.
- Sutura por planos
- Lavagem + curativo + garrote
- Imobilização
- Roteiro de controle

Fechamento:

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

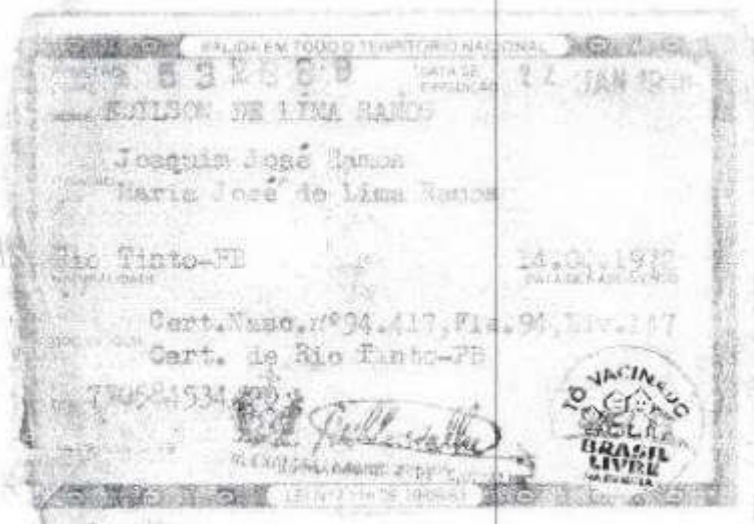
Ass: 11/04/17

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

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

MÉDICO/CRM

STX 47
De Robson





05701485



ORDEN DOS ADVOCADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIUA
IDENTIDADE DE ADVOCADO

Nome

JOSE EDUARDO DA SILVA

Matrícula

12578

JOSEFA GERVASIO DA SILVA

JOAO PESSOA-PE

RG

1.054.802-53PIPE

DATA DE ISSUAGA E VALIDADE

NÃO

DATA DE VALIDADE

03.09.2017

PSO 015.104-01

13.04.2018

ATA DA REUNIAO



COMPREV PREVIDENCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180364785 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDILSON DE LIMA RAMOS **Data do acidente:** 04/04/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações: CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

CRM: 5234195-7

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Edilson de Lima Ramos
brasileiro(a), estado civil Casado, profissão
aux. de serviços gerais, CI RG nº 4532889
CPF/MF nº 770.584.534-20, residente e domiciliado(a) à Rua
São Paulo, 2498 - Centro
Cidade de Rio Limão, Estado
Paraná, CEP: 58297000, telefone
99342-1170, 98663-4907.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

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

Rio Tinto, 06 de marzo de 2018.

Edison di Loma Prieta

OUTORGANTE

ADSON NUOV PIMENTEL
"TITULAE"
SERNICO PIMENTEL E REDISTAL
Rua do Magalhães, 100 - 2º Andar - Fátima
Aparecida - Foz de Iguaçu - Paraná - Brasil - CEP: 85800-000
Fones: (0xx41) 352-1313 / 352-1314 / 352-1315
Fax: (0xx41) 352-1316
E-mail: adson@adson.com.br
Site: www.adson.com.br

PIMENTEL
RECIBO DE CONTABILIDADE E VERDADEIRA, A(S) FIM(A)S) DE.....
E(L)S(O)S DE LING. PORTUGUESA.....
.....
.....
Ea verda. verda. Rio Preto-PR, 06/07/2010, 14:50:38
Lucas Fernando Oliveira - Secretário
FONE: 0800631310-PR 08:48 FAX: 0800631310-PR 02:22 CEP: 84.150
CICLO DIGITAL: 0806298-7605
Contato e Atendimento em 0800631310-PR 02:22

2010
Temos Obv
vante Aut. 02 an