
Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200068734

Vítima: PEDRO MOREIRA RAMALHO

Data do Acidente: 18/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PEDRO MOREIRA RAMALHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

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

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

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PEDRO MOREIRA RAMALHO

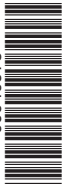
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

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

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



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



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200068734

Vítima: PEDRO MOREIRA RAMALHO

Data do Acidente: 18/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PEDRO MOREIRA RAMALHO

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: PEDRO MOREIRA RAMALHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003571

Conta: 0000018795-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 125 794 974 80 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: Pedro Moreira Ramalho 6 - CPF: 125 794 974 80
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Celso Augusto de Almeida 9 - Número: 184 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Boa Ventura 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58993-000
15 - E-mail: pedro.moreira.ramalho@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 999 1415 20 42

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1176 8 CONTA: 31673 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CIVIL) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Ventura 05/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0181/2020

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

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

Local do fato: Boa Ventura-PB

NOTIFICANTE

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

VÍTIMA

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

HISTORICO DO FATO

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

Itaporanga-PB, 05 de Fevereiro de 2020.

Pedro Moreira Ramalho

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Policial responsável pelo registro: Sergio Luiz de Sousa
Mat.:137.327-7

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 125 794 924 80 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 Nº 445/2012

5 - Nome completo: Pedro Moreira Ramalho 6 - CPF: 125 794 924 80
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Celso de Vasconcelos 9 - Número: 184 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Bra Ventura 13 - Estado: PR 14 - CEP: 58993-000
15 - E-mail: pedro.moreira@hotmail.com 16 - Tel. (DDD): 99 99121520

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1176 8 CONTA: 31673 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Tapoanga 05/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



HOSPITAL

ANTONIO TARGINO

LAUDO MÉDICO

BUCCO-MAXILO FACIAL

CIRURGIA GERAL

CIRURGIA PLÁSTICA

CIRURGIA TORÁCICA

CIRURGIA VASCULAR

CIRURGIA COM VIDEO

CLÍNICA MÉDICA

TRONCEFALOGRAFIA

ENDOSCOPIA

NEFROLOGIA

NEUROCIRURGIA

ORTOPEDIA

RRINOLARINGOLOGIA

RAIO X

STENO

TRAUMATOLOGIA

UROLOGIA

ANGIOGRAFIA DIGITAL

ANGIOPLASTIA

BRONCOFIBROSCÓPIA

ENDOSCOPIA

LETROCARDIOGRAMA

TOMOGRAFIA CMP

UTI MÓVEL

Atesto por este documento que
pelo o paciente Pedro M.
Lima foi submetido
a Tratamento Cirúrgico
de pé por FRATURA
ABERTA ESQUERDA com
Placa e Parafusos Após
Acidente de MOTOCICLETA
dia 18/10/2017.

02/01/20

MELHORE SUA LETRA

Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

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

Amaro Jorge Pinto Neto

CRM - PB 8258

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO MOREIRA RAMALHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000018795-5

Nr. da Autenticação 60536C451171219D

ANTONIO GILVAN RAMALHO
RUA CEL. ZUZA LACERDA, 184 - CENTRO
BOAVENTURA/PB CEP: 58550-020 (AG: 154)



Ligação: MONOFÁSICO
Cl/Sbc: RES MTC 61 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 12 - 157 - 520 - 8340 Referência: Jan / 2020
Medidor: 00009111151 Emissão: 20/01/2020

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Creta Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-890
CNPJ 08.095.183/0001-40 Ins. Est. 18.115.823-0

Nota Fiscal/Conta: Energia Elétrica Nº 037 591 825
Cód. para f.él. Automático: 00033743416

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

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

UC (Unidade Consumidora): 5/374341-6

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002. Aproveite o 13º e regularize suas contas em atraso: podemos regular para você com até 6 anos não houve base!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
18/12/19	18724	20/01/20	18811	1
				87
				32

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	CMV	Alm	Line	Rat	Out
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		Tributos		Tributos		Tributos		Tributos	
		T							

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA E DEFESA SOCIAL
SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA SOCIAL
SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA SOCIAL

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5452161 SSP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

FILIAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS
ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
06119219971

VALIDEZ
20/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA DO EMISSOR

32584580707
PE079781306

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA ELYDIO FIORESEDO, 22 - CENTRO
ITAPORANGA / PE CEP: 5670000 (A/C: 154)

Ligação: MONOFÁSICO -
Car/Sbc: RES MTC 81 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3110 Referência: Out / 2019
Medidor: 00008887427 Emissão: 14/10/2019

energisa
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA E
Br 220, Km 25 - Distrito Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-41
CNPJ 08.096.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.822

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 002.477.8
Cód. para Ddt. Automática: 000002821

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

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

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

Canal de contato
Conecte o Energisa On7 Q, nosso aplicativo para smartphones e tablets ofereça mais comodidade e facilidade para você. Baixe o app agora e avise a falta de luz, confira se houve desligamento programado na sua região, solicite serviços ou esclareça dúvidas. Tudo na palma da mão, sem filas e sem burocracia.

ANTONIO GILVAN RAMALHO
RUA DEL ZUZA LACERDA 194 - CENTRO
BOA VENTURA / PB CEP: 58580000 (A.Q. 154)



Ligação: MONOFÁSICO
Cid/Soc: RES MTC 61 / RESIDENCIAL - BARRA RENDA
Roteiro: 12 - 157 - 520 - 5940 Referência: Jan/2020
Medidor: 00009111151 Emissão: 20/01/2020

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Redentor - J. da Pesca / PB - CEP: 5071690
CNPJ: 09.095.185/0001-40 Ins. Est. 16.715.823-0

Nota Fiscal/Conta d'Energia Elétrica Nº 07.581.925
Cód. para Fv. Automático: 090 3743416

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAN
Jan / 2020	20/01/2020	18/02/2020	030.875.644-77 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/374341-6

Canal de contato

• Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Aproveite a 13ª e regularize suas contas em stress, podemos negociar para você começar a ano novo numa boa!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 18/12/19	Data 20/01/20			
Leitura 19724	Leitura 18611	1	87	32

Demonstrativo

CCl	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor	Base Calc	Alíq	Valor	Base Calc	Alíq	Valor	Base Calc	Alíq	Valor
		Tributos Totais (R\$)		CND (R\$)		CND (R\$)		Fol. (R\$)		Fol. (R\$)		Fol. (R\$)	
0601	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,280580	8,08	8,08	27	2,16	8,08	0,08	0,37			
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,482170	33,35	33,35	27	8,73	33,35	0,32	1,49			
0601	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	87,000	0,893260	80,31	80,31	27	18,26	80,31	0,81	2,77			
0601	Adic. B. Amarela			2,59	2,59	27	0,70	2,59	0,02	0,12			
0610	Subsídio			44,41	44,41	27	11,99	44,41	0,44	2,04			
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS													
0804	JUROS DE MORA 11/2019			1,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00			
0805	MULTA 11/2019			1,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00			
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 11/2019			1,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00			
0808	Devolução Subside			-29,94	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00			

CCl Código de Classificação do item TOTAL 122,89 147,74 30,06 147,74 1,47 6,76
Tarifa de Tributos: A133001Wh 0,181720 A141001Wh 0,311520 A152001Wh 0,487270

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

Pelo exposto, eu *Belchior Rodrigues do Santos*

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura *invalida* da Vítima *Pedro Moreira Romallo*

Inscrito (a) no CPF sob o Nº *125.294.974* / *80*, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u><i>Rua Barão de Figueiredo</i></u>	Número: <u><i>22</i></u>	Complemento: <u><i>Casa</i></u>
Bairro: <u><i>centro</i></u>	Cidade: <u><i>Itaporanga</i></u>	Estado: <u><i>SP</i></u>
E-mail: <u><i>pedro.moreira@hotmail.com</i></u>	CEP: <u><i>58780000</i></u>	Tel.(DDD): <u><i>999421520</i></u>

Local e Data: *Itaporanga 05/02/2020*

Belchior Rodrigues do Santos

Assinatura do Declarante



HOSPITAL ANTONIO TARGINO
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 18/10/2017
HORA: 28:50:44

Prontuário
930985



Atendimento
2260280



Reserva/Guia



AMBULATORIO

Paciente
PEDRO MOREIRA RAMALHO [CPF: 12579497480]

Endereço
CEL. ZUZA LACERDA
Bairro

Nome da Mãe
MARIA LUCIMERE MOREIRA RAMALHO

Responsável
PEDRO MOREIRA RAMALHO
Bairro
CENTRO

Sexo Est. Civil
M

Num. Complemento
184 CASA
Cidade
BOA VENTURA

Endereço
RUA
Cidade
ITAPORANGA

Dt Nasc. 11/11/1995
Telefone 8334931002

R.G.

Profissão

Código CNS
707608223831992

UF
PB

COMISSÃO DE ARQUIVO

Dr. Mariuce

Dr. Italo

Dr. Luciano Holanda

Dr. André

Dr. Atenciosa

Nome
184
Telefone
34931002

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

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

Sector
3009 SECRETARIA SUS

Convênio
50 SUS

Acomodação
POSTO: - ENFERMARIA: - LEITO:

Data min. para alta - 18/10/2017 Data máx. para alta - 18/10/2017

Atendente - SOCORRO

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [X] Não Data admissão 18/10/2017 Data alta 19/10/17
Internação anterior..? [] Sim [] Não Hora admissão : Hora alta 08:00:
Alta....: Curado.....: [] Melhorado.....: [X] Inalterado.....: [] Clínica..: Médica.....: []
Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []
Transferido...: [] Falecimento...: [] Evasão.....: [] Obstétrica...: []

Diagnóstico:

Internação.: 0408020423 5524
Definitivo...: X 599

Histórico:

ORTESE/PROTESE

Alta - 1
Perm - 2
Transf - 3
Óbito - 4

Raio X:
[X] Simples
[] C/Contraste

Uti
Entrada ____/____/____
Saída ____/____/____

Motivo

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

Caract. Trat. [] []

Carimbo e Assinatura do Médico

RX REALIZADO
EM 18/10/17

RX DE CONTROLE
REALIZADO 18/10/17

PACIENTE: Pedro Moreira Maranhão

CONVÊNIO: Unif

SUS ☒

PRONTUÁRIO: 930985/2260280

DATA: 18.10.17 CIRURGIA: Pro Cirurgico de Família e Cirurgião

CIRURGIÃO: Dr.º Maranhão

AUXILIAR:

ANESTESISTA: Dr.º Alexandre Abreu

CIRCULANTE: INB N.º CARRO: Sala - 04

HORÁRIO: INÍCIO: 15:00 FINAL: 16:30

CÓD.	MEDICAMENTO	QUANT.
1880	ÁGUA DESTILADA	02
28819	RANITIDINA	01
2070	ATROPINA	
2020	DIPIRONA	02
70181	PROSTIGMINE	
2062	METOCLOPRAMIDA	
1961	EFEDRINA	
4286	GARAMICINA	
5304	DEXAMETASDONA	01
5398	HEPARINA	
1929	ARAMIN	
1899	AMINOFILINA	
70971	TRANSAMIN	
70033	NAUSEDRON 8	01
70572	TILATIL 40mg	01
5380	HIDROCORTISONA	
5339	FENERGAN	
2038	FUROSEMIDA	
4650	CEFALOTINA 1g	02
70238	QUELICIM	
1872	ADRENALINA	
5673	DOPAMINA	
2003	CLORETO DE SÓDIO	
1910	CLORETO DE POTÁSSIO	
2046	GLICOSE 50%	
1767	CEFTRIAXONA	
70335	SOLU-MEDROL 500mg	
1902	BICARBONATO DE SÓDIO	
2054	GLUCONATO DE CÁLCIO	
403792	TORADOL	
4855	DICLOFENACO SÓDICO	
CÓD.	PSICOTRÓPICOS	QUANT.
73210	TRAMAL	
46850	FENOBARBITAL	
8885	DIEMPAX 10mg	
3034	DIMORF 0.2mg	
3026	DIMORF 1.0mg	
3982	DOLANTINA	
8869	HIDANTAL	
69655	DORMONID	
9962	KETALAR	
70254	ALFENTANILA	
CÓD.	ANESTÉSICOS	QUANT.
126233	NIMBIUM	
2216	PANCURON	
82031	PROPOFOL	
3042	FENTANIL	01
70548	TRACUR	
8834	HALOTANO	
128872	SEVORANO	
2780	ISOFLURANO	
8958	TIOPENTAL	
2160	NEOCAINA 0,5% C/V	01
70750	NEOCAINA 0,5% S/V	
9024	NILPERIDOL	
3212	ETOMIDATO	

9091	LIDOCAINA GELEIA	
2119	LIDOCAINA 2% S/V	
2801	LIDOCAINA 2% C/V	01
1996	NEOCAINA PESADA	

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

CÓD.	FIOS	QUANT.
	ACIFLEX N°	
	ETHIBOND N°	
2113	MONONYLON N° 2-0	02
	CROMADO S/A N°	
	CROMADO C/A N° 2-0	01
	VICRYL N°	
	MONOCRYL N°	
	PROLENE N°	
	ALGODÃO C/A N°	
	ALGODÃO S/A N°	
3360	FITA CARDIACA	
CÓD.	SOLUÇÕES	QUANT.
149217	ÁLCOOL	3cm
2631	ÉTER	2cm
3611	PVPI TÓPICO	
3603	PVPI DEGERMANTE	
2330	ÁGUA OXIGENADA	
4111	VASELINA	
304000	CLOREXIDINA 0,05% 1cm	
CÓD.	GASES HOSPITALARES	QUANT.
	AR COMPRIMIDO	
	OXIGÊNIO 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	1.500ml
	SORO GLICOSADO 500ml	
	SORO RINGER 500ml	1.500ml
	HISOCEL	
	MANITOL	
CÓD.	OUTROS	QUANT.
	Adiphacon 1/1 Sala 01	
	Paralut 50 cent. N: 16 = 01	
	11 11 N: 18 = 04	
	11 11 N: 20 = 02	
	Phaco de Ph. com 7 furos = 01	

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME DO PACIENTE: <i>Edes Muel Buel</i>		
Nº DO PRONTUÁRIO:	Nº DO ATENDIMENTO:	
DATA DA OPERAÇÃO: <i>18/10/11</i>	ENFERMARIA:	LEITO:
OPERADOR: <i>Dr. Amaro</i>		
1º AUXILIAR:	2º AUXILIAR:	
3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR: <i>Dr. Amaro</i>	
ANESTESISTA: <i>Dr. Amaro</i>	TIPO DE ANESTESIA: <i>Dr. Amaro</i>	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>FRATURA ANTERIOR</i>		
TIPO DE OPERAÇÃO: <i>STEINERSS ANTERIOR</i>		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:		

RELATÓRIO IMEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

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

<i>1. Incisão em S</i>
<i>2. Preparo e Anestesia</i>
<i>3. Apoiar no Ombro Direito</i>
<i>4. Após incisão, fazer o corte</i>
<i>5. Retirar de Fúrcula de Esquerda</i>
<i>6. Abordagem em Fúrcula de Esquerda</i>
<i>7. Fazer e fazer o corte</i>
<i>8. Retirar os ossos da fúrcula</i>
<i>9. Retirar de Fúrcula de Esquerda</i>



HOSPITAL
ANTONIO TARCINO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Pedro Moreira Ramalho.

ALA:

LEITO:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO:

DATA: 18/01/2017.

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

1) IF 2, 3/5 ~~5ml~~

2) 10 5x 500mg

3) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

4) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

5) 1/2 1/2

6) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

7) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

8) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

9) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

10) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

11) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

12) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

13) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

14) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

15) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

16) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

17) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

18) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

19) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

20) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

21) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

22) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

23) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

24) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

25) 1/2 1/2 + 1/2 1/2

EVOLUÇÃO MÉDICA

18/01/17 Ferida em Fúculo
ferida. Ferida aberta
sem infecções.

19/01/17 Ferida aberta sem
sem infecções. Sem
Coi: 1/2 1/2

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

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

NOME: pedro monica Damasceno

IDADE:

SEXO: masculino

LEITO:

MÉDICO:

DATA: 18 / 10 / 14

MANHÃ

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

[Signature]

TARDE

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

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

NOITE

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

Marciana de Souza Pereira
TÉCNICA DE ENFERMAGEM
COREN 855932

Adrena
Atropin
Bextra
Bupivac
Bupivac
Bupivac
Cipro
Clexane
Decadron
Dipirona
Diprivan
Diprivan
Dobutrin
Dormon
Efedrina
Esmeron
Fentanyl
Flagyl
Forane
Halotan
Hidroco
Hypnom
Kefazol
Keflin
Ketalar
Lasix
Liquemil
Metherg
Morfina
Narcan
Napirin
Nimbium
Niiprid
Noradre
Norcuro
Ocilocin
Pavulon
Piasil
Profenid
Prostign
Quelicin
Rapfen
Revivan
Sevoran
Sufenta
Tilatil
Tacrium
Ultiva
Valium
Xylocain
Xylocain
Xylocain
Zofran
Água De
Água De
S. Fisiol
S. Glicos
S. de Rin
C. Hema
Plasma
Oxigênio
N²O (L/M
Ar Medic
Co₂ (L/M
MATER
Aquecec
Aguilha F
Aguilha F
Aguilha F
Cal Soda
Cateter E
Cateter F
Cateter V
Eleetrodo
Equipo d
Equipo F
Filtro Hig
Guedel

TÉCNICA ANESTÉSICA	INDUÇÃO	INTUBAÇÃO TUBO Nº	☐ ANESTESIA REGIONAL		☐ ANESTESIA REGIONAL		PUNÇÃO		EQUIPAMENTOS UTILIZADOS	
	☐ Inalatória ☐ Venosa MANUTENÇÃO ☐ Inalatória ☐ Venosa ☐ Sob Máscara	☐ Oral ☐ Nasal ☐ C/Balão ☐ S/Balão ☐ Aramado ☐ Dupla J.	☐ Peridural ☐ Raquianestesia ☐ Epidural Sacra ☐ N. Perférico ☐ Simples ☐ Complexa	☐ P Braço/Cervical ☐ Supraclavicular ☐ Interscafênico ☐ Axilar ☐ Venosa Regional	☐ Mediana ☐ Sentada ☐ DL ☐ D ☐ E	☐ Paramediana ☐ LOCAL	☐ Aspirador ☐ ECG ☐ Oxímetro ☐ VNI	☐ Baraka ☐ Bis ☐ Pa Invasiva ☐ Capnógrafo		

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



HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores de Referência
Hemácias	5,31	milh/mm3 3.90 a 6.70
Hemoglobina	14,8	g/dL H: 13,5 a 18,0 M: 12,0 a 16,0
Hematócrito	46,3	% H: 41 a 55 M: 36 a 49
V.C.M.	87,2	u3 80.0 - 98.0
H.C.M.	27,9	pg 26.0 - 32.0
C.H.C.M.	32,0	g/dL 32.0 - 36.0
RDW	14,3	11.0 - 14.5

Série Vermelha: Normocitose. Normocromia.

LEUCOGRAMA

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

Série Branca: Neutrofilia.

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

Série Plaquetária: Plaquetas normais ao exame do esfregaço.

Método: AUTOMAÇÃO ABX FENRA 85
 Material: SANGUE TOTAL

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



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

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

Unidade Centro - Rua Sandra Borborema, 61, Centro, Fone: 83 2102.5577 / 98838.9135
 Unidade Integração - Rua Sebastião Donato, 25, Centro, Fone: 83 3063.4048 / 98198.2506
 Unidade Prata - Rua Rodrigues Alves, 1049, Prata, Fone: 83 98184.1741
 Unidade Cruzeiro - AV. Almirante Barroso, 1493, Cruzeiro, Fone: 83 98838.9151
 Unidade Catolé - AV. Vigário Calixto, 877, Catolé, Fone: 83 3063.5577 / 98840.5088
 Unidade José Pinheiro - Rua Campos Sales, 463B, José Pinheiro, Fone: 83 98184.1720

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

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

ENFERMAGEM

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

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

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

Início do jejum:/..... Hora:

 Alergias: Não

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

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

Consentimento Informado Assinado: () Sim () Não

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

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

Exames Anexos:

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

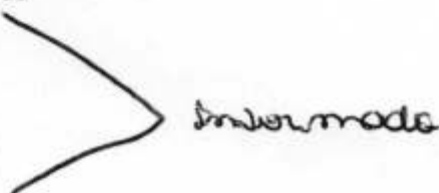
Risco Cirúrgico: () Presente () Ausente Realizado em/...../..... Médico:

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. Roupas Íntima | () | () |
| d. Esmalte | () | () |
| e. Outras Próteses | () | () |



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

Avaliação Pré Anestésica: () Sim () Não

Medicação Pré Anestésica Administrado: Hora:

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

 Responsável: Bianca

UNIDADE PRÉ-ANESTÉSICA

Hora da Admissão:

13:50

Check List

☒ Identificadores do Paciente	☒ Retirado Roupas Íntimas
☒ Exames de Imagem	☒ Risco Cirúrgico
☒ Exames laboratoriais	☒ Consentimento Cirúrgico
☒ Retirado Adornos e Próteses	☒ Termo de Autorização de Amputação

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

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

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

Drenos:

OBS:

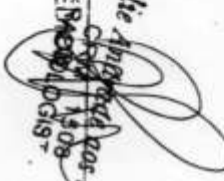
Responsável:

 João Daniel de Oliveira
T.C. Enfermagem
CRM 542003


LAUDO RADIOLOGICO

INICIAL= FRACTURA DE ANTERRACO
CONTROLE= FRACTURA DE ANTERRACO COM OSTEOSINTESE

DATA 18 / 10 / 17


Rosalie Angélica dos Santos
CRM 11.108
Médico Radiologista

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANCA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLICIA CIENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO P-239



Pedro Ramalho Moreira
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.897.931 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/09/2010

NOME PEDRO MOREIRA RAMALHO

FILIAÇÃO ANTONIO GILVAN RAMALHO
MARIA LUCIMERE MOREIRA RAMALHO

NATURALIDADE ITAPORANGA-PB DATA DE NASCIMENTO 11/11/1995

OCC ORIGEM NASC.N.4.526 FLS.444 LIV.A/06
CARTORIO BOA VENTURA-PB

CPF João Pessoa - PB

Assinatura do Diretor
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 16.062 DE 2006/03

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
125.794.974-80

Nome
PEDRO MOREIRA RAMALHO

Nascimento
11/11/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA E DEFESA SOCIAL
SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA SOCIAL
SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA SOCIAL

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5452161 SSP PE

CPF
039.247.064-09

DATA NASCIMENTO
13/04/1978

FILIAÇÃO
ADELSON DOS SANTOS
ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO
06119219971

VALIDADE
20/06/2022

1ª HABILITAÇÃO
14/06/2007

OBSERVAÇÕES

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
21/06/2017

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA DO EMISSOR

32584580707
PE079781306

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1424948517

PROIBIDO PLASTIFICAR
1424948517

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS
RUA ELYDIO FIORESEDO, 22 - CENTRO
ITAPORANGA / PE CEP: 5670000 (A/C: 154)

Ligação: MONOFÁSICO -
Car/Sbc: RES MTC 81 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 7 - 154 - 25 - 3110 Referência: Out / 2019
Medidor: 00008887427 Emissão: 14/10/2019

energisa
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA E
Br 220, Km 25 - Distrito Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-111
CNPJ 08.056.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.822

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 002.477.8
Cód. para Dth. Automática: 000002821

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

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

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

Canal de contato
Conecte o Energisa On7 Q, nosso aplicativo para smartphones e tablets ofereça mais comodidade e facilidade para você. Baixe o app agora e avise a falta de luz, confira se houve desligamento programado na sua região, solicite serviços ou esclareça dúvidas. Tudo na palma da mão, sem filas e sem burocracia.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB N° 013813926973
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD RENAVEN PRT 201810000000813-7

1 0058848455-5 00/00000000 2018

NOME
 THIAGO BENTO DA SILVA

CPE/CNPJ
 70544479483

PLACA
 OGE1448/PB

PLACA ANT/UF
 NOVO PB 9C2KC1680ER427401

ESPECIE TIPO
 CAR/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
 ALCO/GASOL

MARCA/MODELO
 HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FIAN ANO TAU
 2013 2014

CAP/POT/CIL
 2 P/149 /CI

CATEGORIA
 PARTIC

COR PREDOMINANTE
 PRETA

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

PAGA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2º
 ***** 0

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

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

LOCAL
 BOA VENTURA-PB

DATA
 07/03/2018

31623 42479

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

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

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

136-616856840-2

15/MAL/2020

HORA DE 11:08:54

TERM 061173

LO1. 13.023135-5

LOCALIDADE: BOA VENTURA

AG. VINCULADA: 35/1

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

3571.00018796-5

NOME: PEDRO MOREIRA RAMALHO

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DIA LIMITE
24/04

SALDO

0.00

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

DIA LIMITE
09/05

SALDO

12.50

153.69

RESUMO EM 14/05
SALDO

166.19

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

0.00

166.19

166.19

136-616856840-2

19 VIA

CARTA DE ESCLARECIMENTO

Eu, Pedro Moreno Ramalho,
SINISTRO nº 32000 68734, inscrito no CPF nº 125 794 924 80
residente e domiciliado (o) na Rua
cel Zuga fazenda 184, centro, Boa Ventura, P.B.

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

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

Ainda disponibilizamos nossos e-mails:

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

Desde já, agradeço a compreensão.

Itaporanga/PB, 09 de março de 2020.

Edilson Rodrigues do Santos
PROCURADOR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA MEMBRO ANTEBRAÇO DIREITO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações: 130320-X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Pedro Moreira Ramalho, brasileiro (a),
estado civil solteiro, profissão estudante, residente e domiciliado (a)
Rua Cel. Zúlio Azevedo, Nº 184, Bairro Centro,
município de Bom Ventura, estado Paraná, CEP 58.993-000,
portador (a) do RG nº 3.892.931 e CPF nº 125.294.974.80.

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

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

Processo de natureza imaterial.

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

Itaporanga/PB 05 / Fevereiro / 2020.

X Pedro Moreira Ramalho

OUTORGANTE

CPF nº 125.294.974.80

Obs: Reconhecer firma em Cartório por autenticidade ou verdadeira.

