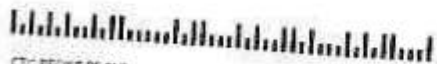




Luiz  
ez

**LUIZACRED**

Consulte sua fatura na internet  
ou nos caixas eletrônicos do Itaú.



CTC RECIFE PE 017

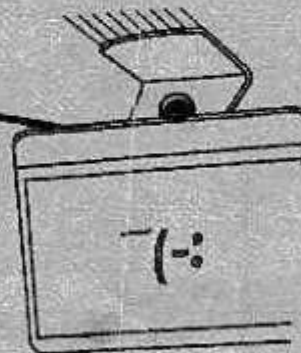


EDSON RAMOS DE ARAUJO  
R MONTE CASTELO 43  
MANDACARU  
58027-495 JOAO PESSOA - PB



771109429019010000000020830 251113

Data de Postagem: 25/11/2019  
Data de Vencimento: 06/12/2019  
Data de fechamento (emissão): 23/11/2019  
Data prevista de fechamento da próxima fatura: 22/12/2019



Mude para a  
**Fatura Digital.**  
Mais rapidez e facilidade para você.



Titular **EDSON RAMOS DE ARAUJO**  
Cartão **5309.XXXX.XXXX.9576**

Para que esperar a fatura impressa? Mude já para a Fatura Digital. Acesse: [magazineluiza.com.br/luiza/red](http://magazineluiza.com.br/luiza/red) > Cartão Luiza > Fatura Digital

### Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	517,05
1 Pagamentos efetuados	500,00
2 Saldo levantado	17,05
3 Encargos (financiamento + moratório)	28,62
4 Lançamentos atuais	439,80
<b>5 Total desta fatura</b>	<b>485,47</b>

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

vencimento

**06/12/2019**

A) pagamento total

R\$

**485,47**

ou

B) pagamento mínimo\*

R\$

**72,82**  
**+12x 63,86**

Veja outras opções de  
parcelamento na  
2ª folha dessa fatura.

\* Você pode pagar qualquer valor acima de R\$ 72,82. O que restar para o valor total será parcelado em 12X, com encargos.

### Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.450,00
Limite utilizado no mês	485,47
Resto de encargos (Parcelas)	70,00

B) Pagamento mínimo: o valor pago será considerado como entrada de um financiamento, e o saldo restante será dividido em parcelas fixas com juros iguais ao do parcelamento (Parcelas Fixas) da fatura. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo para financiamento, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

### Pagamentos efetuados

DATA	VALOR EM R\$
10/11 CREDITO PAGAMENTO LOJA	- 250,00
15/11 CREDITO PAGAMENTO LOJA	- 250,00
<b>5 Total dos pagamentos</b>	<b>- 500,00</b>

### Lançamentos: compras e saques

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
24/10	NENEM MATERIAL DE 01/02	56,50
16/11	PLANO DI RIO DE JANEIR	38,21
16/11	PAG*LAIFEconfecco CABELO	12,00
16/11	PAG*Compras CABELO	93,80
20/11	SUPER SANTIAGO INT01/02	77,70

**Lançamentos no cartão (final 9576) 278,21**

### Lançamentos: produtos e serviços

DATA	PRODUTOS/SERVIÇOS	VALOR EM R\$
17/08	PARCELAMEN FATURA 03/04	153,73
	Principal (R\$ 125,00) + Juros (R\$ 28,73)	

Continua...

**Itaú**

**Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75793 25037.262042 00168.710002 1 000**

Número do Documento: 00179250372/0024839  
Nome do Pagador/CPF/CNPJ: EDSON RAMOS DE ARAUJO - 009.331.434-51  
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ: LUIZACRED S/A SCFI - 02.206.577/0001-60  
Endereço do Beneficiário: RUA AMAZONAS DA SILVA, 27, 2ª A, VILA GUILHERME - SÃO PAULO - SP

Nosso Número  
Valor do Documento  
Vencimento

**recibo do pagador**  
175/79250372-6  
R\$ 485,47  
06/12/2019  
Autenticação Mecânica

**Banco Itaú S.A.**

**341-7**

**34191.75793 25037.262042 00168.710002 1 000**

Local de Pagamento		Data de Vencimento	
Pague sua fatura em qualquer banco, mesmo após a data de vencimento. Dê preferência para o pagamento até a data de vencimento para não gerar encargos e/ou restrição contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.		06/12/2019	
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ		Agência / Código Beneficiário	
LUIZACRED S/A SCFI - 02.206.577/0001-60 RUA AMAZONAS DA SILVA, 27, 2ª A, VILA GUILHERME - SÃO PAULO - SP		2040/01687-1	
Data do Documento	Número do Documento	Espécie BOC	Assinatura
06/12/2019	00179250372/0024839	FT	N
Valor do Documento	Quantidade	Data de Processamento	Valor
175	R\$	22/11/2019	
Instruções de responsabilidade do beneficiário:		Nossa Número	
Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (I) Pagar quantia, a partir do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante da Fatura em parcelas iguais, com os mesmos juros de Parcelas Fixas; (II) optar por uma das opções de Parcelas Fixas disponíveis na 2ª folha de sua fatura, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.		175/79250372-6	
		(I) Valor do Documento	
		R\$ 485,47	
		(II) Descrição / Abatimentos	
		(III) Juros / Multa	
		(IV) Valor Pago	
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP			
EDSON RAMOS DE ARAUJO - 009.331.434-51 R MONTE CASTELO 43 - MANDACARU - 58027-495 JOAO PESSOA - PB -			
Sacador Avalista:			

[illegible]21/01/2020  
149.82

Downloaded at 22:22 11 February 2015

[illegible]

Utilitário de consumo

Study title & objectives	Study location	Study population	Study period
Study 1: A study of the effect of a new drug on the treatment of hypertension in patients with a history of myocardial infarction.	USA	1000 patients with a history of myocardial infarction and hypertension	1990-1995
Study 2: A study of the effect of a new drug on the treatment of hypertension in patients with a history of myocardial infarction.	USA	1000 patients with a history of myocardial infarction and hypertension	1990-1995
Study 3: A study of the effect of a new drug on the treatment of hypertension in patients with a history of myocardial infarction.	USA	1000 patients with a history of myocardial infarction and hypertension	1990-1995
Study 4: A study of the effect of a new drug on the treatment of hypertension in patients with a history of myocardial infarction.	USA	1000 patients with a history of myocardial infarction and hypertension	1990-1995
Study 5: A study of the effect of a new drug on the treatment of hypertension in patients with a history of myocardial infarction.	USA	1000 patients with a history of myocardial infarction and hypertension	1990-1995

1000

**THE UNIVERSITY OF CHICAGO**

Para informações adicionais do seu livro, procure o endereço: **Editora Nova, P.O. Box 100, 10000, New York, NY 10001, U.S.A.** ou **Editora Nova, Rua do Carmo 100, 00100, Rio de Janeiro, RJ, Brasil**. Para pedidos de livros, escreva para: **Editora Nova, Rua do Carmo 100, 00100, Rio de Janeiro, RJ, Brasil**. Para informações adicionais do seu livro, procure o endereço: **Editora Nova, P.O. Box 100, 10000, New York, NY 10001, U.S.A.** ou **Editora Nova, Rua do Carmo 100, 00100, Rio de Janeiro, RJ, Brasil**.

Address: \_\_\_\_\_

[illegible]

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 109–116

1

1

Source: *Author's calculations*.

MARCELO LUCENA RODRIGUES

College year: Freshman & seniors

George W. Bush	as Public Administrator
----------------	-------------------------

[illegible]

Let's take 100

Year	United States (%)	European Union (%)
1950	55	55
1960	65	65
1970	64	62
1980	70	68
1990	75	72
2000	76	73

00000000



1

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

**Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)**  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

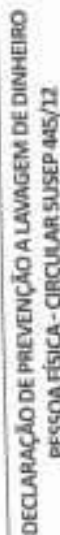
Pelo exposto, eu Marcelo Antonio Rodrigues de Lucena  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 005705364, 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Edson Remes de Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 009331434-51  
do sinistro de DPVAT cobertura Integral da Vítima Edson Remes de Araujo  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 009331434-51, 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>Rua Prof Oswaldo de Miranda Pereira</u>	Número: <u>860</u>	Complemento: <u>Sala 204</u>
Bairro: <u>Guararapes</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>marcelolucena.adv@gmail.com</u>	CEP: <u>58033-420</u>	Tel.(DDD): <u>(33) 970349565</u>

Local e Data: João Pessoa 09/01/20

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante



Central de Atendimento: Jairo Consultoria em Interação e Gestão, 99 Rua da Liberdade, 100 - Centro, Curitiba - PR, 80010-000, Brasil  
 Captação e Registros: Rômulo de Souza, 99 Rua da Liberdade, 100 - Centro, Curitiba - PR, 80010-000, Brasil  
 Captação e Registros: Rômulo de Souza, 99 Rua da Liberdade, 100 - Centro, Curitiba - PR, 80010-000, Brasil

11/10/2009 10:00:00 AM

[illegible][illegible]

Pelo presente se transcreve abaixo transcreve-se  
 a qualidade de Procurador (a) intermediário (a) do Revolucionário  
 Inscrição (a) no CPN/UNH 005205364, 33  
Edson Rios de Araujo inscrita (a) no Cód. a. nº 0003451  
 de dentro de CPMAT colômbia brasil da Vila Edson Rios de Araujo  
005205331 03451 conforme deliberado em 03 de Outubro de 2003.

Coleta: ☐ Presença ☐ Ausência  
 Nome: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_

Declaramos, sob as penas da lei, que os resultados apresentados no presente trabalho não foram influenciados por qualquer tipo de manipulação estatística ou qualquer outro tipo de procedimento que possa comprometer a veracidade dos dados aqui apresentados. Assina: \_\_\_\_\_, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

[illegible]

Local # 10000 Joe Kene 9/11/90



## CERTIDÃO

Nº. 0063/2019

Atendendo solicitação de CHRYSTOFANES OLIVEIRA FERNANDES e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 153117 pertencentes a **EDSON RAMOS DE ARAUJO** que foi atendido dia 11/08/2018 às 23H25min, apresentando trauma em pé direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 5º pododáctilo direito. Realizado redução e imobilizado.

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

João Pessoa, 18 de janeiro de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	EDSON RAMOS DE ARAUJO
DATA DE NASCIMENTO	27/01/78
NOME DA MÃE	SEVERINA RAMOS DE ARAUJO

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.100.726
DATA DO ATENDIMENTO	11/08/18
HORA DO ATENDIMENTO	17:39
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10	T14.9 + V29.9

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, pupilas isocóricas e fotorreagentes, abdome sem queixas, apresenta trauma em perna e pé do lado direito.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax  
RX de perna direita  
RX de pé direito

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

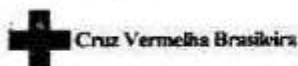
### TRATAMENTO:

Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	11/08/18
DATA DA EMISSÃO:	31/10/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1100726



<b>Identificação do paciente</b>						
ID 653808	Nome EDSON RAMOS DE ARAUJO		Sexo Masculino			
Data de nascimento 27/01/1978	Idade 40 anos 6 meses 15 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário		
Mãe SEVERINA RAMOS DE ARAUJO		Pai JOSE DE CARVALHO RAMOS				
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO		Responsável (Parentesco) ROSANGELA LIMA DA SILVA - ESPOSO(A)				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87206834	DDD Fixo		Fone Fixo		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2122634	Nº Cns 898000508590134				
Local de procedência BESSA		Tipo BAIRRO	UF PB			
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
<b>Endereço</b>						
CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro PROJETADA			
Número 09	Complemento	Bairro JACARE				
<b>Admissão</b>						
Data e Hora 11/08/2018 17:39:57	Número da pulseira 1000005713430		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco		Origem do paciente RESIDENCIA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
<b>Indicadores e Transporte</b>						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou				
<b>Sinais Vitais</b>						
PA _____ X _____ mmHg		Pulso	Temperatura			
<b>Exames complementares</b>						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA						Tempo 01min 20seg

Imprimir



**AREA AMARELA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

*EDSON RANOS DE ARAUJO*

Paciente <b>MARIA NUBERLINA DA SILVA OLIVEIRA</b>		BAE 1100724	Data/Hora Entrada 11/08/2018 17:28:57	Data Baixa
Data de nascimento 27/07/1981	Idade 37a 15d	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 987150208
Mãe <b>MARIA DAS GRACAS DA SILVA OLIVEIRA</b>				Prontuário
Endereço <b>DO JASMIM, SN</b>		Bairro <b>INDÚSTRIAS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>OUTROS</b>		Motivo <b>CORTE</b>	Profissional <b>CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO</b>	Nº Cons. Regional <b>6311/</b>
Data/Hora Classificação 11/08/2018 17:59:22			Data/Hora Prescrição 11/08/2018 18:08:32	

### Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 2 HORAS COM CAPACETE APRESENTANDO:

A) VIAS AÉREAS PÉRVIAS COM COLAR CERVICAL E SEM DOR OU CREPITAÇÕES A PALPAÇÃO DA COLUNA CERVICAL

B) RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE, EUPNEICO

C) HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, FC:72 BPM

D) ECGL: 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

E) ABDOME: INDOLOR, DEPRESSÍVEL E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. TRAUMA EM PERNA/PÉ DIREITO. ESCORIAÇÕES DIVERSAS. SEM DOR LOMBAR. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. VAT: HÁ MENOS DE 10 ANOS.

CONDUTA: PRIMEIRO ATENDIMENTO ANALGESIA  
RX DO TRAUMA  
AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML  
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

### CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

### CID10

Código	Descrição
V29.9	Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

### Conduta

Em observação

*Dr. Cicero Ludgero*  
CIRURGIAO GERAL  
CRM 6311

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>EDSON RAMOS DE ARAUJO</b>		BAE <b>1100726</b>	Data/Hora Entrada <b>11/08/2018 17:39:57</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>27/01/1978</b>	Idade <b>40a 6m 15d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>898000508590134</b>	Telefone de Contato <b>(83) 87206834</b>
Mãe <b>SEVERINA RAMOS DE ARAUJO</b>				Prontuário
Endereço <b>PROJETADA, 09</b>		Bairro <b>JACARE</b>	Município <b>CABEDELO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO</b>		Nº Cons. Regional <b>6311/</b>
Data/Hora Classificação <b>11/08/2018 18:16:20</b>		Data/Hora Prescrição <b>11/08/2018 18:16:56</b>		

**Anamnese**

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 2 HORAS COM CAPACETE APRESENTANDO: A) VIAS AÉREAS PÉRVIAS COM COLAR CERVICAL E SEM DOR OU CREPITAÇÕES A PALPAÇÃO DA COLUMNA CERVICAL B) RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE, EUPNÉICO C) HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, FC:72 BPM D) ECGL: 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES E) ABDOME: INDOLOR, DEPRESSÍVEL E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. TRAUMA EM PERNAPÉ DIREITO. ESCORIAÇÕES DIVERSAS. SEM DOR LOMBAR. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. VAT: HÁ MENOS DE 10 ANOS. CONDUTA: PRIMEIRO ATENDIMENTO ANALGESIA RX DO TRAUMA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

**MEDICAÇÃO**

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO


**CID10**

Código	Descrição
V29.9	Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

**Conduta**

Em observação

EDSON RAMOS DE ARAUJO

  
Dr. Cicero Ludgero  
CRM 6311  
CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO  
(CRM: 6311/)



**Cruz Vermelha Brasileira HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

Data:	11/08/18 18:16
Usuário:	CICERO
Boleim	1100726

Nome	EDSON RAMOS DE ARAUJO	Data de	27/01/1978	Idade	40a 6m 15d	Sexo	MASCULINO	Nº	1100726	Nº Prontuário		Data Prescrição	11/08/2018 18:16:56
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito												
Validade da Prescrição	11/08/2018 18:16:00 - 12/08/2018 18:16:00												
Convenio	SUS												
Matricula	Senha												

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

1	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML	E.V		AGORA	
	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG				
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML				

11 de Agosto de 2018

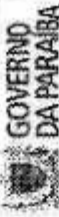
Dr. Cicero Ludgero  
Cirurgião Geral  
CRM: 6311

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO  
CRM: 6311

Assinatura e Carimbo do Profissional



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Casa Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## Receituário

Paciente: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Idade: 40

Data: 11/08/2018 19:06:45 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1100726

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA de falange proximal do 5  
pododactilo DIR. ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME  
PACTUAÇÃO.

Dr. Raiff Leite Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9350  
CNPJ 15047

Dr. RAIFF LEITE SOARES

9350/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

## Receituário

Paciente: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Idade: 40

Data: 11/08/2018 19:06:45 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1100726

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA de falange proximal do 5  
pododactilo DIR. ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME  
PACTUAÇÃO.

Dr. Raiff Leite Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9350  
CNPJ 15047

Dr. RAIFF LEITE SOARES

9350/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

# REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome EDSON RAMOS DE ARAUJO		
Data de 27/01/1978	Nº Boletim Emergência 1100726	Prontuário
Material a examinar		
<div>EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO</div> <div>RAIOLOGIA 11 08 2018 11 18 36 byfacer</div>		

11 de Agosto de 2018

Dr. Carlos Augusto  
CURADOR GERAL

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) Apresentar cópias separadas para arquivo biblioteca e arquivos clínicos





**RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS**

NOME: Edson Soares  
de Lima

Band. Med.

Tratamento com  
insulina e insulina  
em p.<sup>o</sup> D em  
uso diário, visando  
a eutímico (SIC)  
que manter  
em futuro de  
F. de 3<sup>o</sup> P.D.D.  
Tratamento Curativo  
do mesmo.

CD. 597.5

Assinatura e Carimbo  
Dr. Lauri E. C. Junior  
Cirurgião de Pq. e Torção  
CRM-PE 4218 / CRM-PE 10000  
TEOT 13339

7  
10  
58

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
 EDSON RAMOS DE ARAUJO

DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR / UF  
 2122634 SSP PB

C.R.N.  
 009.331.434-51

DATA NASCIMENTO  
 27/01/1978

FOTOGRAFIA

FUNÇÃO  
 JOSE DE CARVALHO RAMOS  
 SEVERINA RAMOS DE  
 ARAUJO

PERMISSÃO  
 1280603785

ACC  
 23

Nº REGISTRO  
 05339336039

VALIDADE  
 15/04/2021

1ª SUBSTITUIÇÃO  
 31/10/2011

OBSERVAÇÕES  
 A :

Assinatura do Portador

LOCAL  
 JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
 18/04/2016

65045600810  
 PB032443757

DEPT. DE (PAT. DE)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1280603785

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1280603785

SEM INFORMAÇÕES  
 CONDIÇÃO DE VIGÊNCIA DE  
 CONDIÇÃO DE VIGÊNCIA DE

21734  
 21/08/2015  
 21/11/2015

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE  
 AMALIA GONCALVES DE LUCENA  
 ANTONIO REIS DE LUCENA

João Pessoa  
 25-03-54  
 009.705.364-37

Presidente da OAB-PB

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL  
 CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
 Identidade de Advogado

21734  
 21/08/2015  
 21/11/2015

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE  
 AMALIA GONCALVES DE LUCENA  
 ANTONIO REIS DE LUCENA

João Pessoa  
 25-03-54  
 009.705.364-37

Presidente da OAB-PB

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

DETRAN - PB Nº 013747700143  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO  
 1 - 0034464267-4 - 00/00000000 - 2017

EDSON RAMOS DE ARAUJO

CPF / CNPJ  
 00933143451

PLACA  
 OEX7468/PB

NOVO - PB 9C2JC4110BR803909

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

2011 2011

2 P/124 /CI

PARTIC

VERMELHA

IPVA - FAIXA LPVA - PARCELAMENTO / COTAS - 00/00/0000 - 2- 3-

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO  
 \*\*\*\*\* SEGURO P A G O 18/08/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CABEDELO-PB

18/08/2017  
 7976

32280



Agência Viena da Silva  
 Diretor de Tráfego - DETRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
 TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013747700143 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO  
 2017 18/08/2017

VIA - CPF / CNPJ - PLACA  
 1 - 00933143451 - OEX7468/PB

RENAVAM - MARCA / MODELO  
 00344642674 HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB - DE TAR - Nº CHASSI  
 2011 9 9C2JC4110BR803909

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) - DENATRAM (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)  
 \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - TOTAL A SER PAGADO (R\$)  
 \*\*\*\*\* SEGURO P A G O

PAGAMENTO - DATA DE QUITAÇÃO  
 COTA ÚNICA PARCELADO 18/08/2017

SEGURODORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.008/0001-04

7976-1610037-20170818



**DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO**  
**DO BILHETE DE SEGURO DPVAT**

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2017 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	PB/OEX-7468
CHASSI Nº:	9C2JC4110BR803909
RENAVAM:	00344642674
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 185,50 (CENTO E OITENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020



Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento, das 8h às 20h: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200004580 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDSON RAMOS DE ARAUJO **Data do acidente:** 11/08/2018 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.9)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Edson Ramos de Araujo  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado  
Profissão: Aux Serviços Gerais  
Identidade: 2122634 CPF: 009.331.434-51  
Endereço: Rua Monte Castelo 43, Mandacaru

### OUTORGADO:

Nome: Marcelo Antonio Rodrigues de Lucena  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Separado  
Profissão: Advogado  
Identidade: 21734 CAB-PB CPF: 009.705.364-37  
Endereço: Rua Prof. Osvaldo de Miranda Pereira 860

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Edson Ramos de Araujo



João Pessoa 05.12.2018  
Local e data

Edson Ramos de Araujo

Assinatura do  
(reconhecer firma por



50170

Escritório Notarial e Registro  
Rua Maria Angélica Siqueira Costa 100  
Tambá

1º OFFÍCIO DE NOTAS  
2º TABELÃO DE PROTESTO  
3º TABELÃO DE PROTESTO  
4º TABELÃO DE PROTESTO  
5º TABELÃO DE PROTESTO

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:

EDSON RAMOS DE ARAUJO

Em test. da verdade, João Pessoa-PB 05/12/2018 17:50:44

Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar

(2018-029315)EPR:R\$ 19,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEP:R\$ 1,00

SELO DIGITAL: AHT47509-3DR7

Confira a autenticidade em <https://selodigital.com.br>

TIAGO DIONÍSIO DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004129/20

**Vítima:** EDSON RAMOS DE ARAUJO

**CPF:** 009.331.434-51

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**Data do acidente:** 11/08/2018

**Titular do CPF:** EDSON RAMOS DE ARAUJO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA : 009.705.364-37

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### EDSON RAMOS DE ARAUJO : 009.331.434-51

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020  
Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA  
CPF: 009.705.364-37

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004129/20

**Número do Sinistro:** 3200004580

**Vítima:** EDSON RAMOS DE ARAUJO

**CPF:** 009.331.434-51

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/08/2018

**Titular do CPF:** EDSON RAMOS DE ARAUJO

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA : 009.705.364-37**

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020

Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

CPF: 009.705.364-37

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020

Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004129/20

**Número do Sinistro:** 3200004580

**Vítima:** EDSON RAMOS DE ARAUJO

**CPF:** 009.331.434-51

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**Data do acidente:** 11/08/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EDSON RAMOS DE ARAUJO

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

DUT

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/01/2020

Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

CPF: 009.705.364-37

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



---

**Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200004580**

**Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 11/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EDSON RAMOS DE ARAUJO**

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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200004580                      Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Data do Acidente: 11/08/2018                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDSON RAMOS DE ARAUJO

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

DUT	Apresentar cópia do documento para confirmação do nome do proprietário. A solicitação está sendo realizada em caráter excepcional, pois não foi possível identificar na documentação apresentada.
-----	---

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 Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200004580**

**Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 11/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), EDSON RAMOS DE ARAUJO**

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 17/10/2018, emitido pelo Dr. LAURI F C JUNIOR CRM nº 0000 - PE, da Instituição SUS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

009331 434-51 Edson Romes de Araujo

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1909

CONTA: 4595

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autoriza 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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)

**CAIA**

0000 0000 0000 0000 - 5246 69

EDSON RAMOS DE ARAUJO

1909 013 00045667-3 07/21 30

MasterCard

debito

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

009331 434-51 Edson Romes de Araujo

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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1909

CONTA: 4595

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autoriza 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (seu nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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)



**CAI A**

0000 0000 0000 0000 - 5246 69

EDSON RAMOS DE ARAUJO

1909 013 00045667-3 07/21 30

MasterCard

debito

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: 153117 Atd: Nao Regula  
Data: 11/08/2018  
Hora: 23:25:08  
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES D  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.08.001709

CNS: 898000508590134 Sexo: M IDENTIDADE: 2122634 Fone: 987206834

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/01/1978 Id: 40 ano(s)

End.: RUA / PROJETADA, 0

Bairro: JACARE Cidade: CABEDELO UF: PB

Mae: SEVERINA RAMOS DE ARAUJO

Pai: JOSE DE CARVALHO RAMOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUXILIAR DE CONTROLE SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Tel/Doc. Responsavel: 987206834 / IDENTIDADE: 2122634

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

EC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

TRAUMA NO PE DIREITO; O MESMO ENCAMINHADO PELO  
HOSPITAL DE TRAUMA CONFORME PACTUACAO

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIC)

*Rx e Medicação do Trauma em p.d.*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*refere dor em 5º P.D. Checo Rx e Rx de F. 5º P.D.  
(D: Redução imediata e talo aderente  
Rx controle*

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

030106006-1  
030309020-2  
040805019-5 (SE

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Rx Curfule : Ba ushant

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

*Adriana*  
*Andressa*  
*Carla*

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO

*Eliane Lacerda de Araujo*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do M

*Dr. Lacerda*  
Carimbo de P  
CRM-PS 6218/14  
TEC