



Número: **0824785-15.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDMILSON DE PONTES (AUTOR)	FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31121 349	29/05/2020 17:27	<u>2721543_CONTESTACAO_Anexo_01</u>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190423800 **Vítima: EDMILSON DE PONTES**

Data do Acidente: 16/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDMILSON DE PONTES

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, contados 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

Carta n° 14562474



Page 01267/01268 - Carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:27:07
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2005291727067470000029868380>
Número do documento: 2005291727067470000029868380

Núm. 31121349 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190423800

Vítima: EDMILSON DE PONTES

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDMILSON DE PONTES

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Documentos de identificação não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Pag. 00317/00318 - carta_03 - INVALIDEZ



00060159

Carta nº 14562545



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:27:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917270674700000029868380>
Número do documento: 20052917270674700000029868380

Num. 31121349 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190423800

Vítima: EDMILSON DE PONTES

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDMILSON DE PONTES

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Pag. 00213/00214 - carta_03 - INVALIDEZ



00070107

Carta nº 145933525



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:27:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917270674700000029868380>
Número do documento: 20052917270674700000029868380

Num. 31121349 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190423800

Vítima: EDMILSON DE PONTES

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDMILSON DE PONTES

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente notificado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	---

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190423800 Vítima: EDMILSON DE PONTES

Data do Acidente: 16/11/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDMILSON DE PONTES

Informamos que o

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Durante o processo de graduação completa a
Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12.50%

Valor a indenizar: $12.50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 1.687,50

Recebedor: **EDMILSON DE PONTES**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000200-3

Conta: 0000040378-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
8ª Delegacia Seccional
2ª Delegacia Distrital



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

OCORRÊNCIA N°276 /2019

DESCRIÇÃO:

Aos CATORZE dias do mês de JUNHO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de Guarabira/PB, na Delegacia de Polícia, onde se achava presente o Bel. SEVERINO GOMES DE ASSIS, Delegado de Polícia Civil, respondendo pela 2ª DD, comigo escrivã (o) de seu cargo, ai por volta das 08h40min, compareceu o (a) senhor (a):

NOME	EDMILSON DE PONTES		
NACIONALIDADE	BRASILEIRO	ESTADO CIVIL	DIVORCIADO
PROFISSÃO	SERVENTE DE LIMPEZA		
NATURALIDADE	PARAIBA/PB	DATA NASC.	DE 15/0/1964
RG	929.743. SSP/PB	CPF	844.793.887-53
FILIAÇÃO	PAI NÃO DECLARADO E MARIA ODETE DE PONTES		
ENDEREÇO	RUAMANOEL FRANCISCO DO NASCIMENTO, 69, BAIRRO NORDESTE 01 GUARABIRA/PB.		

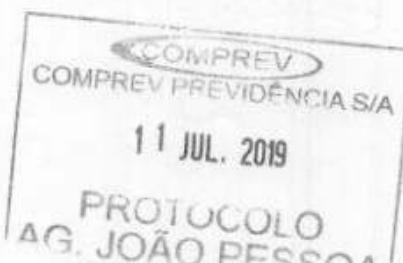
HISTÓRICO:

AFIRMA O NOTICIANTE QUE NO DIA 16/1/2018 POR VOLTA DAS 17H10MINM SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO TRAXX JL500-8, DE COR VERMELHA, DE PLACA/QFO 4148/PB, ANO/MOD 2015 DE PROPRIEDADE DE LUANA DOS SANTOS, QUNADO SAIU DE SEU TRABALHO PARA SUA RESIDENCIA QUANDO IA PASSANDO NO TREVO DO PROXIMO AO MOTOL INTIMO VEIO UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA E COLIDIU COM A AMOTO DO NOTICIANTE, QUE FOI SO CORRIDO PELO Corpo do Bombeiro de Guarabira para o Hospital Regional de Guarabira/Pb e de lá foi encaminhado para o Trauminha na cidade de João Pessoa que ficou internado uma semana e foi cirurgiado. Vêr diagnóstico em anexo. O REFERIDO É VERDADE DO FÉ.

Guarabira/PB 14 de Junho de 2019

Edmilson de Pontes
Assinatura do(a) noticiante

DELEGACIA DE ANDRA ALMEIDA SILVA
SUBSEÇÃO DE POLICIA





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 276/2019

Aos catorze dias de junho de dois mil e dezenove, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do (a) Dr(a). **SEVERINO GOMES DE ASSIS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 08h40min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

EDMILSON DE PONTES, brasileiro, divorciado, servente de limpeza, natural de Lagoa de Dentro/PB, filho de pai não declarado e Maria Odete de Pontes, RG: 929.743 SSP/PB, CPF: 844.793.887-53, residente na rua Manoel Francisco do Nascimento, 69, Nordeste 01 Guarabira/PB tel. 991050600

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato: ACIDENTE DE MOTO
- 2) Data do fato : 16/11/2018
- 3) Local do fato: PRÓXIMO AO MOTEL ÍNTIMO GUARABIRA/PB.
- 4) Hora do fato: 17H10MIN

5) Breve resumo do fato:

Disse o noticiante que na data e hora acima mencionado sofreu um acidente de moto, quando ia conduzindo a. MOTO TRAXXO 50C-8, DE COR VERMELHA, ANO/MOD 2015, DE PLACA/QFQ/4148/PB DE PROPIEDADE DE LUANA DOS SANTOS, quando saiu de seu trabalho para sua casa, quando ia passando no trevo próximo ao motel íntima, veio uma moto não identificada e colidiu com a moto do noticiante; Que foi socorrido pelo Corpo de Bombeiro de Guarabira para o Hospital Regional desta cidade e de lá foi encaminhado para o Trauminha na cidade de João Pessoa onde ficou internado uma semana e foi cirurgiado. Vê diagnóstico em anexo.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Não há.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Edmilson de Pontes
Comunicante

[Signature] MAT 90481-3
Escrivã(o)/Agente

COMPREV
COMPREV RISCOS E PREVIDÊNCIA S/A

10 SET. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

844.793.887-53 Edmilson de Pontes

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Sope

Estado:

PB

Número:

Complemento:

844.793.887-53

58340-000

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: do Brasil

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 02003

CONTA: 40378

(informar o dígito se existir)

(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.

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 6.194/74, art. 39, §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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a). sim Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Início da
atividade
beneficiário
declarante

Local e Data: São Paulo, 10/07/2019 TESTEMUNHAS

Nome: Edmilson de Pontes

CPF: 844.793.887-53

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: COMPROVADO
CPF: _____

Assinatura

Ass



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Dados da ocorrência			
Data: <i>16-05-2018</i>	Ocorrência N°: <i>07</i>	VTR: <i>R.21</i>	Ponto Base:
Hora do aviso: <i>17.18</i>	Hora de saída: <i>17.34</i>	Hora no local: <i>17.45</i>	Hora no hospital: <i>17.58</i>
VTR de apoio:			
Endereço: <i>Rua Dr. Francisco do Nascimento - N. 69</i>		Nº <i>511</i>	
Complemento:		Bairro: <i>PIRAI</i>	
Ponto de referência: <i>INTIMOS MOTEL</i>		Cidade: <i>GUARABIRA-PB</i>	
Dados da vítima			
Nome: <i>EDMILSON DE LIMA</i>		Idade: <i>54</i>	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Raça:	<input type="checkbox"/> Negro <input checked="" type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Branco	<input type="checkbox"/> Indígena	<input type="checkbox"/> Amarelo
Endereço:	Telefone:		
Bairro: <i>PIRAI</i>	Cidade: <i>GUARABIRA-PB</i>		
Tipo da ocorrência			
<input checked="" type="checkbox"/> Colisão: <i>MOTO</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Vítima de queda: _____ metros	
<input type="checkbox"/> Ferimento por arma de fogo	<input type="checkbox"/> Queda de moto	<input type="checkbox"/> Afogamento	<input type="checkbox"/> Crise Convulsiva
<input type="checkbox"/> Ferimento por arma branca	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Urgência Cardíaca	<input type="checkbox"/> Suicídio
<input type="checkbox"/> Agressão física	<input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta	<input type="checkbox"/> Urgência Respiratória	<input type="checkbox"/> Socorrido por 3º
<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica	<input type="checkbox"/> Recusa
<input type="checkbox"/> Desmoronamento/Desabamento/Soterramento	<input type="checkbox"/> Desmoronamento/Desabamento/Soterramento	<input type="checkbox"/> Urgência Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Combate a incêndio
<input type="checkbox"/> Intoxicação: Agente:	<input type="checkbox"/> Alagamento	<input type="checkbox"/> QTA () COCB () Outros	<input type="checkbox"/> QTA () COCB () Outros
<input type="checkbox"/> Queimadura: Agente:	Grau(s): _____	Superfície Corporal Queimada (regra da palma da mão): _____	
<input type="checkbox"/> Transporte: Origem: _____	Destino: _____	<input type="checkbox"/> Outros: _____	
Condições de segurança		Situação da vítima	Posição da vítima
Ativação do air bag: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Em automóvel	<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Decúbito ventral
Usava capacete: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	<input checked="" type="checkbox"/> Em motocicleta	<input type="checkbox"/> Passageiro dianteiro	<input checked="" type="checkbox"/> Decúbito dorsal
Usava cinto: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Em bicicleta	<input type="checkbox"/> Passageiro traseiro	<input type="checkbox"/> Decúbito lateral
Em faixa de pedestre: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> Garupa/carona	<input type="checkbox"/> Deambulando
Outros:	Outros:	Outros:	
Localização das lesões		Exame da vítima	
01. Abrasão		A - Vias Mídiares	
02. Amputação		<input type="checkbox"/> Permeáveis	<input type="checkbox"/> Não Permeáveis
03. Avulsão		<input type="checkbox"/> Vômito	<input type="checkbox"/> Eupnéia
04. Contusão		<input type="checkbox"/> Sangue	<input type="checkbox"/> Apnéia
05. Empalamento		<input type="checkbox"/> SecrAÇÃO	<input type="checkbox"/> Dispnéia
06. Encravamento		<input type="checkbox"/> Queda da língua	<input type="checkbox"/> Bradipnéia
07. Esmagamento		<input type="checkbox"/> Corpo estranho	<input type="checkbox"/> Taquipnéia
08. FAB		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Ruidosa
09. FAF			
10. Fratura aberta			
11. Fratura fechada			
12. Laceração			
13. Luxação			
14. Paralisia			
15. Queimadura			
16. Outros:			
Exame da vítima			
B - Ventilação		C - Circulação	
<input type="checkbox"/> Permeáveis		<input type="checkbox"/> Não Permeáveis	
<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Eupnéia	
<input type="checkbox"/> Fria		<input type="checkbox"/> Apnéia	
<input type="checkbox"/> Quente		<input type="checkbox"/> Dispnéia	
<input type="checkbox"/> Bradipnéia		<input type="checkbox"/> Bradipnéia	
<input type="checkbox"/> Taquipnéia		<input type="checkbox"/> Taquipnéia	
<input type="checkbox"/> Ruidosa		<input type="checkbox"/> Ruidosa	
D - Circulação		E - Perfusão Capilar	
<input type="checkbox"/> Peso		<input type="checkbox"/> Pálida	
<input type="checkbox"/> Cianótica		<input type="checkbox"/> Pálida	
<input type="checkbox"/> Ictérica		<input type="checkbox"/> Pálida	
<input type="checkbox"/> Sudorese		<input type="checkbox"/> Pálida	
<input type="checkbox"/> Aumentada		<input type="checkbox"/> Normal	
<input type="checkbox"/> Diminuída		<input type="checkbox"/> > 2 segundos	
<input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Ausente	
F - Neurológicas			
<input type="checkbox"/> Isocoria		<input type="checkbox"/> Anisocoria	
<input type="checkbox"/> Midriase		<input type="checkbox"/> Foto reagente	
<input type="checkbox"/> Miose		<input type="checkbox"/> Não fotoreagente	
		<input type="checkbox"/> Otorragia	
		<input type="checkbox"/> Rinorrágia	
		<input type="checkbox"/> Convulsões	
G - Sinais vitais			
Início	PA <input checked="" type="checkbox"/> mmHg	FC <input type="checkbox"/> bpm	FR <input type="checkbox"/> ipm
Final	PA <input checked="" type="checkbox"/> mmHg	FC <input type="checkbox"/> bpm	FR <input type="checkbox"/> ipm
			SPO ₂ <input type="checkbox"/> %
			T <input type="checkbox"/> °C

CORPO DE COMBATE DO BOMBEIRO MILITAR DA PARAÍBA
3º BATALHÃO DE BOMBEIROS MILITARES
ESTADO DA PARAÍBA - BRASIL

[Assinatura]

Alergia: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?	Usa medicamentos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?
Doença conhecida: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?	Ingeriu alimentos: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Qual?

Relatório

Foi feito o deslocamento para premer atendimento ao SAMU no atendimento à 02 (duas) vítimas que colidiram motocicleta ao chegarmos no local as vítimas já estavam recebendo os primeiros socorros pela equipe do samu. A vítima feminina de portes de 54 anos que sofreu fractura fechada do membro inferior direito (fíbula), consciente e orientada foi socorrida na viatura de conserto para o Hospital Regional de Guarabira-PB, para atendimento médico.

Procedimentos efetuados

<input type="checkbox"/> Desencarceramento	<input type="checkbox"/> Ventilação de resgate	<input type="checkbox"/> Rolamento 90°	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia
<input type="checkbox"/> Retirada com KED	<input type="checkbox"/> Desobstrução de VAS	<input type="checkbox"/> Rolamento 180°	<input type="checkbox"/> Reposição volêmica
<input type="checkbox"/> Curativo compressivo	<input type="checkbox"/> Aspiração de VAS	<input type="checkbox"/> Exposição da vítima	<input type="checkbox"/> RCP
<input type="checkbox"/> Curativo oclusivo	<input type="checkbox"/> Estabilização da cervical	<input type="checkbox"/> Imobilização de MMSS	<input type="checkbox"/> Defibrilação
<input type="checkbox"/> Curativo de 3 pontos	<input type="checkbox"/> Retirada rápida	<input type="checkbox"/> Imobilização de MMII	<input type="checkbox"/> Auxílio ao parte
<input type="checkbox"/> Elevação cavaleiro	<input type="checkbox"/> Retirada de capacete	<input type="checkbox"/> Controle de hipotermia	<input type="checkbox"/> Prevenção/orientação
<input type="checkbox"/> Outros			

Recepção de pertences

PROTÓCOLO
AG. JOAQUIM FERREIRA

Termo de recusa

Eu,	, portador(a) do RG ou CPF N.º _____
UF _____, declaro para todos os fins que recusei ser atendido pelo Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba, através da viatura:	
assumindo desta forma, total responsabilidade quanto ao agravamento do meu quadro clínico.	
Guarabira - PB,	de _____ de 20 _____.

VÍTIMA OU RESPONSÁVEL

TESTEMUNHA 1

TESTEMUNHA 2

Dados da vítima

Receptor (ass. e carimbo):

MATERIAL e EQUIPAMENTO

QTDE	MATERIAL	QTDE	EQUIPAMENTO
02	Luva de procedimentos		Colar cervical
02	Luva estéril N° _____		Máscara de O ₂ c/ reserv: () adulto () infantil
02	Máscara de proteção		Cânula orofaringea N° _____
02	Sonda de aspiração traqueal N° _____		Ambu: () adulto () infantil () neo
02	Extensor de O ₂		DEA
02	Catéter nasal		Oxímetro de pulso
02	Gaze		Tala moldável tamanho () G () M () P () PP
02	Compressa		Francha
02	Atadura cm		Estabilizador lateral de cabeça
02	SF 0,9%		Tirante aranha
02	SRL		KED: () adulto () infantil () NEO
02	Manta aluminizada		KIT Desastre
02	Protetor para queimados		Colchão a vácuo
02	Lençol descartável		Desencarcerador
02	KIT parto		Tracionador de fêmur
02	LGE		Outros:
02	Água		

Controle de material e equipamento

MATERIAL	MOTIVO	Liberado
		h ____ min
		h ____ min
		h ____ min

Componentes da Guarnição

Guarnição	Posto	Matrícula	Nome de guerra
Chefe	3º SGT B4	519.693-1	EMANUEL
Socorrista 1			
Socorrista 2			
Condutor	SD GU	526.083-3	ARLICIO/20

Assinatura: _____

Socorrista
Gustavo Gonçalves LUCENA
2º Ten. BM
527.449-4

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: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDMILSON DE PONTES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00200-3

CONTA: 000000040378-4

Nr. da Autenticação E0ECB701B301738F



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:27:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917270674700000029868380>
Número do documento: 20052917270674700000029868380

Num. 31121349 - Pág. 12



1

00371160

bbdbdbdbdbdbdbdbdbdbdbdbdbdbdbdb

CTC RECIFE PE PB
EDMILSON DE PONTES
R PADRE ZEFERINO MARIA 406
CASA CENTRO
58340-000 SAPE PB

DATA DE VENCIMENTO: 08/06/19 - DATA DE POSTAGEM: 24/05/19



23182305710550200010264851102246319

Periodo de Uso
de 17/04/2019 a 16/05/2019

Vencimento
08/06/2019

Valor pago na última conta: R\$ 42,96

1 Plano: Contratado 83-99105-0600
Oferta Comparta Claro MIX
Aplicativos Digitais
Claro Controle 4GB + Minutos ilimitados (158)
Descontos Claro Controle 4GB + Minutos ilimitados (158)

Services Inclusos no seu Plano

Bônus de internet promocional 12 meses - 2GB

Sub Total - Piso Contratado

R\$ 41,99

2. Outros Lançamentos

Sub Total Outros Lançamentos

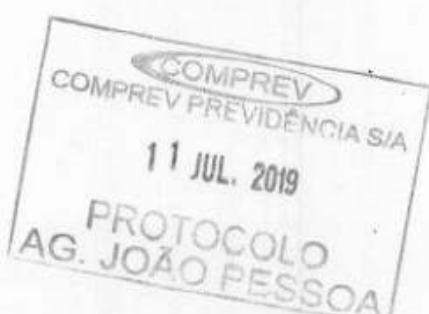
RS 0.92

Total at Page

RS 42.91

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.

* Os dados Encargos por atraso sinalizam o percentual de contas que permanecem pagas a 30 dias ou mais da data da fatura (30+). Se houver multas ou débitos bancários, o resultado não é representado.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:27:07

<http://pie.tipp.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917270674700000029868380>

Número do documento: 20052917270674700000029868380

Núm. 31121349 - Pág. 13

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC EST. 160158230

REAVISO DE CONTA

CDC: 0000280012 - 6

06 - 001 - 409 - 3140 B
PEDRO JOSE DA SILVA
RUA DA REPUBLICA 390
JOAO PESSOA
Domicilio:
Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA PLACAS

VARADOURO
CEP: 58.010-18
Coordenadas: -7,121236, -34,889865

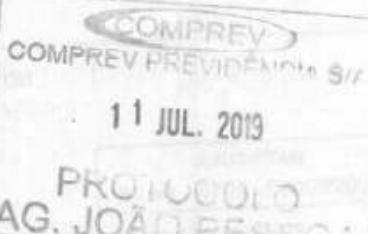
Para Uso do Entregador

- Mudou-se
- Endereço Insuficiente
- Não Existe o N° Indicado
- Desconhecido
- Recusado

- Não Procurado
- Ausente
- Falecido
- Informação Escrita pelo Porteiro

Reintegrado em:

Ass./ Num.Carteiro:



ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC EST. 160158230

REAVISO DE CONTA

CDC: 0000280012 - 6

06 - 001 - 409 - 3140 B
PEDRO JOSE DA SILVA
RUA DA REPUBLICA 390
JOAO PESSOA
Domicilio:
Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA PLACAS

VARADOURO
CEP: 58.010-18
Coordenadas: -7,121236, -34,889865

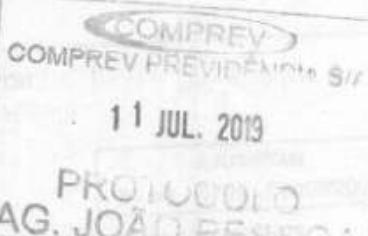
Para Uso do Entregador

- Mudou-se
- Endereço Insuficiente
- Não Existe o N° Indicado
- Desconhecido
- Recusado

- Não Procurado
- Ausente
- Falecido
- Informação Escrita pelo Porteiro

Reintegrado em:

Ass./ Num.Carteiro:





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

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/BIBLIOTECAWEB/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 RESSEGURADO. 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 Floriana de Silva Bernone

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624-69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edmilon de Pontes Inscrito (a) no CPF sob o N° 844.793.887-53

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Edmilon de Pontes

Inscrito (a) no CPF sob o N° 844.793.887-53, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

Recuso informar

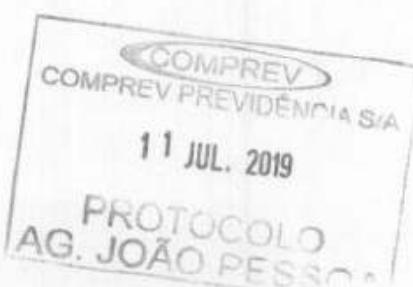
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço:	<u>Rua da República</u>	Número:	<u>390</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58010-180</u>
E-mail:				Tel.(DDD):

Local e Data:

João Pessoa, 10/07/2019

Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017

1. UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO:

CÓDIGO DA UNIDADE: 0012998

R. JOAO PIMENTEL FILHO, 447 - GUARABIRA - PB

DATA / HORA DO ATEND: 16/11/2018 18:02

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA

CNPJ: 08.778.268/0036-90

ATEND POR: HRG

2. DADOS CADASTRAIS DO PACIENTE:

NOME: EDMILSON DE PONTES

SEXO: MASCULINO

EST CIVIL: SOLTEIRO(A) SUS: 702702145560860 DN.: 15/03/1964 54 ANOS

ENDERECO: RUA FRANCISCO DO NASCIMENTO, 69

BAIRRO: NORDESTE I

CIDADE/UF: GUARABIRA - PB

CEP: 58200000

MAE: MARIA ODETE DE PONTES

PAI:

3. ATENDIMENTO:

TIPO DE ATENDIMENTO

- [] 01 - ATENDIMENTO URG/EMERGENCIA
- [] 02 - PRIMEIRA CONSULTA
- [] 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE
- [] 04 - ATEND. URG/EMERG. P/ OUTRA UNID.
- [] 05 - 1^a CONSULTA ANUAL P/ OUTRA UNID.
- [] 06 - CONSULTA SUBSEQUENTE P/ OUTRA UNID.

MEDICAÇÃO:

- [] PRESCRITA
- [] APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- [] OBSERVAÇÃO
- [] OUTRO HOSPITAL
- [] OBITO
- [] RESIDENCIA
- [] INTERNAÇÃO
- [] AMB. /SUS
- [] OUTROS

4. COD. PROCEDIMENTO:

ATV PROF.

TIPO

GRUPO

FAIXA ETÁRIA

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

5. DADOS DE EXAMES CLÍNICOS, TRATAMENTOS E DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

Idoso mot-mot. Nexo nexo de comecar, apesar
e vomit. Dor em pi dura.

Glucose 15

Toux + Abdomen seu offuso

CONFIRA
COMO O ORIGINAL
27/12/18
Mat: 991843-3
27/12/18

6. MATERIAIS - MEDICAMENTOS & OUTROS RECURSOS:

edura em farmácia dura.

03: Ciproflox 100mg + 300mg cada dia

7. DIAGNOSTICO:

Dinossa 1g + 1m a Dr. Vildemar Berniro Jr.
ap de febre e pi dura UROLOGISTA
AM-PB10557 / RDE 6388

8. CID

9. ASS. PACIENTE/ACOMPAN./RESPONSÁVEL:

10. DIGITAL:

ASS/CARIMBO MEDICO

ASS/CARIMBO REV. TÉCNICO

ASS/CARIMBO REV. ADM.

COMPRAV. PREVIDÊNCIA S/A

11 JUL. 2019

PROTÓCOLO





CERTIDÃO

Nº. 0523/2019

Atendendo solicitação de **EDMILSON DE PONTES** 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 Ambulatorial nº 182446 e Prontuário nº 2018.11.002173 pertencente ao requerente foi atendido dia 16/11/2018 às 22H30min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em tornozelo direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/11/2018 com alta médica dia 23/11/2018.

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

João Pessoa, 11 de abril de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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: 182446 Atd: Nao Requisitado
Data: 16/11/2018
Hora: 22:30:53
Repcionista: GABRIELA DA COSTA SERI
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDMILSON DE PONTES Num. de vezes atendido: 1
CNS: 702702145560860 Sexo: M IDENTIDADE: 929743 Fone: 996194115
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/03/1964 Id: 54 ano(s)

End.: RUA RUI DE FREITAS ALBUQUERQUE, 94ESPLANADA

Bairro: CENTRO Cidade: GUARABIRA UF :PB

Mae: MARIA QUETE DE PONTES Pai: NAO DECLARADO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: JARDINEIRO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: IRMAG

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Placa: HOSPITAL GUARABIRA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXMOTO AS 17:00/GUARABIRA

Vitima de violencia por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

• Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemias:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

OR: Principal

TRAUMA EM MIP:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem Grave

Politraumatizado Convulsao

Hemorragia Displasie

Diarreia Agitado

Regular Chocado

Vomito

Observacao

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIM)



11 JUL. 2019

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Histórico - Exame Físico (hora do atendimento médico)

Na ma e e de na 11 JUL 2019 foram feitos exames de luz de luz

Diagnóstico

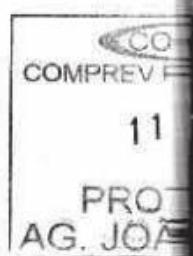
Eduardo Paz Lyras Médico CRM-PB 11620 foram realizadas exames de luz de luz

Procedimentos

Ronaldo da meniscos

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM



Reservado p/ libertacao

Assinatura da Enfermeira

PROCEDIMENTO DESEJADO

DESENCO DO PASTORNE

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

Reservas António de Proença

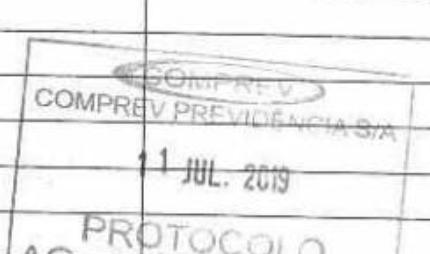
Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura o Carimbo do M.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Edmilson de Pente				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 22/11/18	Cirurgião: Dr. André Siqueira	1º Assistente: Dr. Daniel			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I:			T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Fratura luxação tornozelo D					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
Ortezanótese					
					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim	Descreva:		
		2 () Não			
Biópsia de Congelação:		1 () Sim			
		2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II - João Pessoa - PB



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em TDA

Anestesia e anti-refluxo

Aperições corporo esternal

Incisão:

Lateral e medial e hombro glo ②

Achados:

Brecha devançá hombro glo ②

Conduta:

Redução cravado do molde de mola de fixação com dois parafusos espinhosos

Redução de subluxação lateral + fuso de dois parafusos transversais

Reparo ligamento deltóide

Sutura por planos

Limpeza

Cerramento

COMPREV

11

Fechamento:

PRO

AG. JO

OBS:

Data: 22/11/18

Dr. Daniel B. da
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9

MÉDICO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Ednilson da Costa **Data da Admissão:** 16/11/18
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____
Nome da Mãe: _____ **Bairro:** _____
Endereço: _____ **Cidade:** _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____
Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____
Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** / /

QPD: _____

HDA: Recomendação:
Proibição:
Atenção (SAC):

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

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

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

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

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de
[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____ *Rx*Hipóteses Diagnósticas: *Fax fcv 7 O tnm*Conduta: *Reeducação + fala 100%**Assinado por: Suelio Moreira Torres - 29/05/2020 17:27:07*
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



LAVOU DO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

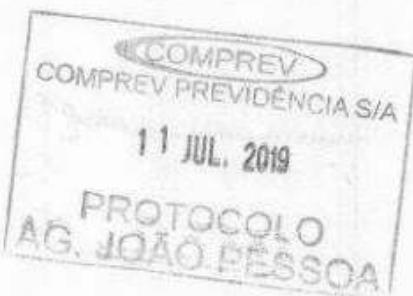
NOME: EDMILSON DE PONTES					PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 54 A	SEXO: MAS	COR	CLÍНИCA <i>Ortopedia</i>	ENF.:17	LEITO: 162	
DATA DE ADMISSÃO: 16/11/2018		DATA DE ALTA: 23/11/218		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura exposta do Maléolo Medial e posterior do tornozelo</i> CID S82.5						
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>						
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo Medial, posterior e aumento do espaço claro medial</i>						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA						
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/>						
ÓBITO						
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta e fixação interna com parafuso e fechamento da pínça com parafuso suprasíndesmal. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>						
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc... REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.						
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "Inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.						
MEDICAÇÕES PARA CASA: cefalexina + profenid						
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão.(DR. ANDRE SIQUEIRA) Dr. Yury Cordeiro						
CRM-PB: 11507 Ortopedia e Traumatologia						





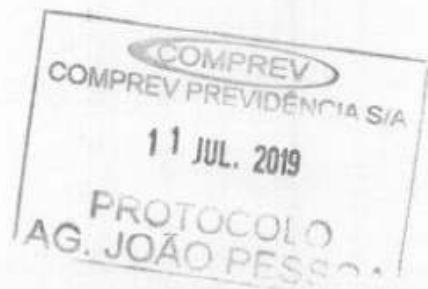
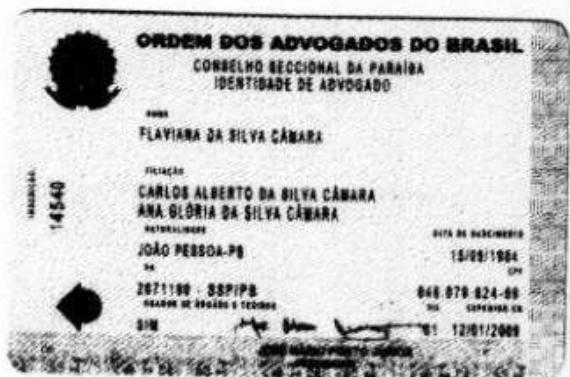
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:27:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917270674700000029868380>
Número do documento: 20052917270674700000029868380

Num. 31121349 - Pág. 26



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:27:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917270674700000029868380>
Número do documento: 20052917270674700000029868380

Num. 31121349 - Pág. 27



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:27:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917270674700000029868380>
Número do documento: 20052917270674700000029868380

Num. 31121349 - Pág. 28



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:27:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917270674700000029868380>
Número do documento: 20052917270674700000029868380

Num. 31121349 - Pág. 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:27:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917270674700000029868380>
Número do documento: 20052917270674700000029868380

Num. 31121349 - Pág. 30



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **844.793.887-53**

Nome: **EDMILSON DE PONTES**

Data de Nascimento: **15/03/1964**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:48:50** do dia **18/07/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **A8F2.E86B.96DE.FB03**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

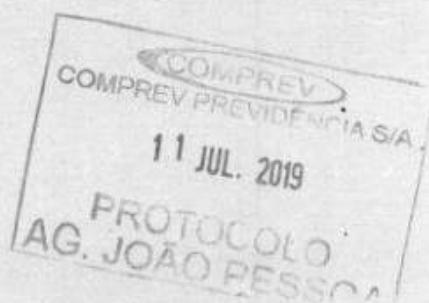


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014081973144
 DETRAN - PB 4281808945

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
 PRT 20180200012034-6

1	0107420168-7	0000000000
EUANA DOS SANTOS RUA JOSÉ AMÉRICO 395 NORDESTE, 1 58205000 GUARABIRA - PB		
70327704469 00041187PE		
SEVERINO TITO DA SILVA		
NOVO PB 951BXKBA416011989		
PAS/CICLOMOTOR/NO APLIC GASOLINA		
MOTO TRAXX/11300/8 2019-2020		
3/1/19 761 PARTIC VERMELHA		
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		
DOC. N.º 014081973144 N. MOTO: 1JL1P39FMB13T010439		
GUARABIRA - PB 23/07/2018 41980 16137		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:27:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917270674700000029868380>
 Número do documento: 20052917270674700000029868380

Num. 31121349 - Pág. 32

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ 2.300,00

NOME DO COMPRADOR: Edmilson de Pontes

RG: 929.743 CPF/CNPJ: 844.793.887-53

ENDERECO: R. Padre Le Ferino Moreira,
nº 406, Centro, Sape - PB

LOCAL E DATA: João Pessoa, 24/10/2018

Luana dos Santos

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

4) O vendedor tem a obrigatoriedade legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias. Neste caso de que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas consequências até a data da sua comunicação (Lei Federal nº 8.903 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

5) O comprador tem prazo de 05 (cinco) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, caso não haja infração em trânsito (Art. 233 do CTB).
e) O comprador reconhece o documento de compra e venda e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO, Edmilson de Pontes

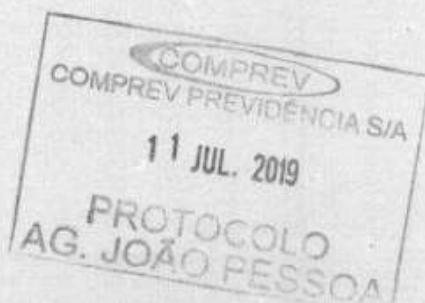
ASSINATURA DO COMPRADOR

**FP FÁTIMA PAULINO
SERVIÇO NOTARIAL**

FÁTIMA PAULINO - Serviço Notarial
Fiscalização Móvel 155 - Centro - Guarabira - PB
CEP: 58.000-000 - Fone: (83) 3221-3200
E-mail: cartoriofaturadigital@uol.com.br

RECONHEÇO, COMO AUTÉNTICA E VERDADEIRA, AQUI FÁTIMA PAULINO
LUANA DOS SANTOS
EDMILSON DE PONTESES
Em testo da verdade, Guarabira-PB 24/10/2018 14:45:32
Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto
(2018-007226)EMOL:R\$ 18,96 FARPEIRAS 0,56 FEPJ:R\$ 3,80 ISSNRS 0,00
SELO DIGITAL: ANS28963-QFT, ANS28964-WHZ
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CARTÓRIO
do
município
de
Guarabira
do Estado
da Paraíba
do Brasil
ofício
de
notaria
e
de
certidão
de
autenticação
de
documentos
e
assinatura
eletrônica
e
de
selo
digital



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N° 014081973144
4281808945

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
FRT 2018020001-034-6

1	01074-0165-7	400/00000000
EUANA UCB 2018020001-034-6		
RUA JOSÉ AMÉRICO 345 NORDESTE 2 58205000 GUARABIRA - PB		
20527384453		LE0414H7P
SEVERINO TITO DA SILVA		
MOTOCICLO - PE - 1581ZKZERAD6030709		
PAS/CICLOMOTOR/NAO APLTC		BARULHOSA
MOTO TRAXX/PASSAGER		2011/12/01
3/3	CI	SARTORIUS
		VEFMELHA
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		
PERÍODO VALIDO PARA RETIRADA TRANSFERÊNCIA N. MOTOC 1 JL1P39FMB13T010439		
GUARABIRA - PB 428180		23/07/2018 16137



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:27:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917270674700000029868380>
 Número do documento: 20052917270674700000029868380

Num. 31121349 - Pág. 34

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ 2.300,00

NOME DO COMPRADOR: Edmilson de Pontes

RG: 929.743 - OFICINA: 844 793 887-53

ENDERECO: R. Padre Ze Ferino Moreira,
nº 406, Centro, Sape - PB

LOCA DE DATA: João Pessoa, 24/10/2018

Luanas dos Santos
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

o) O vendedor tem a obrigatoriedade legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser-lhe-se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas consequências a partir da data da comunicação (Lei Federal nº 8.533 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

o) O comprador tem prazo, máximo de 15 dias, contados da data da aquisição para proceder à transferência do veículo para o seu nome, para de inscrever em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).

o) É obrigatório o reconhecimento do firmado acima e do vendedor, exclusivamente na modalidade de AUTENTICIDADE.

DE ACORDO, Edmilson de Pontes
ASSINATURA DO COMPRADOR

FP Fátima Paulino
Serviço Notarial

FÁTIMA PAULINO - SERVIÇO NOTARIAL
Praça União, 100 - Centro - Garanhuns - PE
CEP: 56.300-000 - Fone: (81) 3227-2066
e-mail: cadastropofpn@bol.com.br

RECONHECO, COMO AUTÉNTICA E VERDADEIRA, AQUI FIRMADA:
LUANA DOS SANTOS
EDMILSON DE PONTES
Em test. da verdade, Guarabira-PB 24/10/2018 14:45:12
Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto
[2018-009224]ENOL/RN 18,76 FRPEN/RS 0,56 FEPJ:R\$ 1,80 TCBRS 0,00
SELO DIGITAL: RN520963-BF71, RN520964-BD47
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





1

0032-8346

http://www.ijerph.org

CTC RECIFE PE PB
EDMILSON DE PONTES
R PADRE ZEFERINO MARIA 406
CASA CENTRO
58340-000 SAPE PB

DATA DE VENCIMENTO: 08/06/19 - DATA DE POSTAGEM: 24/05/19



23182305710550200010264851102246315

Periodo de Uso
de 17/04/2019 a 16/05/2019

Vencimento
08/06/2019

Lezione della corona di Vittorio Emanuele
Nel Teatro S. Carlo
Ha inizio con un'antica corona
Per la quale "BRUGLIO"
Ha cominciato a cantare
Poco fa ha avuto grande successo

ClaroClube

Saldo de pontos em 14/05/19 2 883
Pontos resgatados em 30/04 0

Váia aqui o que está sendo cobrado.

1. Plano Contratado	R\$	41.99
2. Outros Lancamentos	R\$	0.92
Total	R\$	42.91

Maior valor da última conta: R\$ 42,96

1 Plano Contratado 83 99105 0600
Oferta Comparta Claro MIX
Aplicativos Digitais
Claro Controle 4GB + Minutos ilimitados (158)
Desconta Claro Controle 4GB + Minutos ilimitados (158)

Valor RS

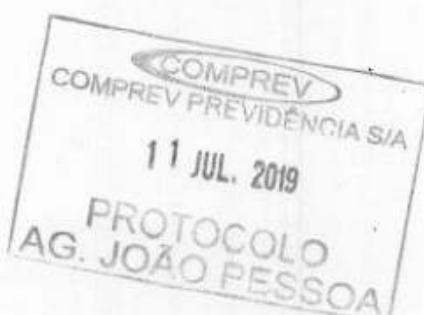
Serviços Inclusos no seu Plano

Sub Total - Plano Contratado	R\$ 41,99
2 Outros Lançamentos	0,92
Juros e Multa	
Sub Total - Outros Lançamentos	R\$ 0,92
	R\$ 42,91

卷之三

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.

* Los Encuentros por años y su cohorte fueron presentados en el informe de resultados de la Encuesta de Población y Vivienda (EPV) 2005-2006 (INEGI, 2007).



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:27:07

<http://pie.pie.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917270674700000029868380>

Número do documento: 20052917270674700000029868380

Núm. 31121349 - Pág. 36

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190423800 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON DE PONTES **Data do acidente:** 16/11/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO (MALÉOLO MEDIAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5/6/9_CIRURGIA

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:27:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917270674700000029868380>
Número do documento: 20052917270674700000029868380

Num. 31121349 - Pág. 37

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190423800 Cidade: Guarabira Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON DE PONTES Data do acidente: 16/11/2018 Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO (MALÉOLO MEDIAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5/6/9_CIRURGIA

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:27:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917270674700000029868380>
Número do documento: 20052917270674700000029868380

Num. 31121349 - Pág. 38

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190423800 Cidade: Guarabira Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON DE PONTES Data do acidente: 16/11/2018 Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO (MALÉOLO MEDIAL).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5/6/9_CIRURGIA

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:27:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917270674700000029868380>
Número do documento: 20052917270674700000029868380

Num. 31121349 - Pág. 39

PROCURAÇÃO

Outorgante: Edmilson de Pontes
civil: botteiro, profissão: Serviços gerais, brasileiro(a), estado
R. Padre Zéferino Marinho 406, residente e domiciliado à Rua
Município de Sapé, bairro Centro
portador(a) do Rg nº 1929 743, Estado de(o) Pará, Cep. 80000-000,
SSP/ PA, e CPF nº 804.993.887-53

Outorgado: Flávia da Silve Bimore
estadocivil profissão advogado, brasileiro(a),
Ruatitirro, residente e domiciliado(a) à
Município de Teas Venda, nº 340, bairro Centro
portador(a) do RG nº 2.671190 SSP/ PB, Gep.: 58010-180
e CPF nº 365.003.916-00

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o 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) Eduardo Pontes, ocorrido em 10/11/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza incidente.

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 mandado.

José Pessoa 14 de 06 de 2019

Cartório do
3º Ofício

Edmundo de Reis
Outorgante
CPF N° 844.793.887-53

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235044/19

Vítima: EDMILSON DE PONTES

Data do acidente: 16/11/2018

CPF: 844.793.887-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDMILSON DE PONTES

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

EDMILSON DE PONTES : 844.793.887-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/07/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/07/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235044/19

Número do Sinistro: 3190423800

Vítima: EDMILSON DE PONTES

Data do acidente: 16/11/2018

CPF: 844.793.887-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDMILSON DE PONTES

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

RENATO LUNA DIAS



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235044/19

Número do Sinistro: 3190423800

Vítima: EDMILSON DE PONTES

Data do acidente: 16/11/2018

CPF: 844.793.887-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDMILSON DE PONTES

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

DUT

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/07/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/07/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235044/19

Número do Sinistro: 3190423800

Vítima: EDMILSON DE PONTES

Data do acidente: 16/11/2018

CPF: 844.793.887-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDMILSON DE PONTES

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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 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: 18/10/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/05/2020 17:27:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052917270674700000029868380>
Número do documento: 20052917270674700000029868380

Num. 31121349 - Pág. 44