



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
31121349	29/05/2020 17:27	<a href="#">2721543_CONTESTACAO_Anexo_01</a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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

Carta nº 14562474

Pag. 01267/01268 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 14593525





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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:

<b>Declaração do Proprietário do Veículo</b>	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. 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

Pag. 00105/00106 - carta\_03 - INVALIDEZ

00020053



Carta nº 14766135



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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 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%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐

DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

844793.887-53 Edmilson de Pontes

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

844793.887-53

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ 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 OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: do Brasil

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(informar o dígito se existir)

CONTA:

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 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. 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

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(a), 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 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.

Local e Data:

Nome:

CPF:

Assinatura:

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura:

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

OCORRÊNCIA Nº 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, aí 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 FRANC ISCO DO NASCIMENTO, 69, BAIRRO NORDESTE 01 GUARABIRA/PB.		

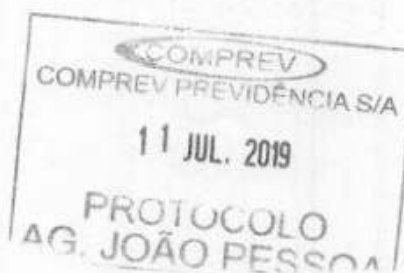
**HISTÓRICO:**

AFIRMA O NOTICIANTE QUE NO DIA 16/1/20/2018 POR VOLTA DAS 17H10MINM SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO TRAXXJL500-8, 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

*[Assinatura]*  
TRANSMITE DE ASSIS ALMEIDA SILVA  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA







**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, escrevã(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  
4) Local do fato: PROXIMO AO MOTEL ÍNTIMO GUARABIRA/PB.  
Hora do fato: 17H10MIN

7) Breve resumo do fato:

Disse o noticiante que na data e hora acima mencionado sofreu um acidente de moto, quando ia conduzindo a. MOTO TRAXXOL 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 íntimo, 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 Trauma 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, escrevã(o) que digitei.

*Edmilson de Pontes*  
Comunicante

*[Assinatura]*  
MAT 90.481-3  
Escrivã(o)/Agente



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 ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

844793.887-53 Edmilson de Pontes

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

844793.887-53

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ 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 OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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. 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

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(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

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 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.

Assinatura digital da vítima ou beneficiário (se aplicável)

Local e Data:

Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

11 JUL 2013

PROTOCOLADO

AG. 10/2013

AG. 10/2013

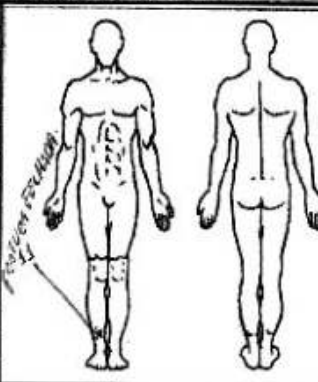
AG. 10/2013

AG. 10/2013

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 16-11-2018				Ocorrência N° 07		VTR: R-21		Ponto Base:	
Hora do aviso: 17.18		Hora de saída: 17.34		Hora no local: 17.45		Hora no hospital: 17.58			
VTR de apoio:									
Endereço: RODOVIA PB-057								N° 511	
Complemento:				Bairro: P. P. P.					
Ponto de referência: INTIMOS MOTEL				Cidade: GUARABIRA-PB					
Dados da vítima									
Nome: EDNILSON DE LIMA				Idade: 54		Sexo: M F			
Raça:		<input type="checkbox"/> Negro <input checked="" type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarelo							
Endereço: RUA MARCEL FRANCISCO DO NASCIMENTO - N° 69				Telefone:					
Bairro: VILAGELO				Cidade: GUARABIRA-PB					
Tipo de ocorrência									
<input checked="" type="checkbox"/> Colisão: MOTO		<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"/> Suicida			
<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"/> 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"/> 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 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:		Outros:			
Localização das lesões				Exame da vítima					
01. Abrasão 02. Amputação 03. Avulsão 04. Contusão 05. Empalamento 06. Encravamento 07. Esmagamento 08. FAS 09. FAF 10. Fratura aberta 11. Fratura fechada 12. Laceração 13. Luxação 14. Paralisia 15. Queimadura 16. Outros:									
				A - Vias aéreas		B - Ventilação			
				<input type="checkbox"/> Permeáveis <input type="checkbox"/> Não Permeáveis		<input type="checkbox"/> Eupnéia			
				<input type="checkbox"/> Vômito		<input type="checkbox"/> Apnéia			
				<input type="checkbox"/> Sangue		<input type="checkbox"/> Dispnéia			
				<input type="checkbox"/> Secreção		<input type="checkbox"/> Bradpnéia			
				<input type="checkbox"/> Queda da língua		<input type="checkbox"/> Taquipnéia			
				<input type="checkbox"/> Corpo estranho		<input type="checkbox"/> Ruidosa			
				<input type="checkbox"/> Outros					
				C - Circulação					
				Pulso		Pele			
				<input type="checkbox"/> Pulso radial		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Cianótica	
				<input type="checkbox"/> Pulso braquial		<input type="checkbox"/> Fria		<input type="checkbox"/> Ictérica	
				<input type="checkbox"/> Pulso carotídeo		<input type="checkbox"/> Quente		<input type="checkbox"/> Pálida	
				<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Sudorese			
				<input type="checkbox"/> Aumentado		Perfusão Capilar			
				<input type="checkbox"/> Diminuído		<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> > 2 segundos	
				<input type="checkbox"/> Ausente		<input type="checkbox"/> Ausente			
				D - Neurológico					
				<input type="checkbox"/> Isocoria		<input type="checkbox"/> Anisocoria		<input type="checkbox"/> Otorrágia	
				<input type="checkbox"/> Midriase		<input type="checkbox"/> Foto reagente		<input type="checkbox"/> Rinorrágia	
				<input type="checkbox"/> Miose		<input type="checkbox"/> Não fotoreagente		<input type="checkbox"/> Convulsões	
Escala de Coma de Glasgow									
Abertura ocular									
Melhor resposta verbal									
Melhor resposta motora									
Total									
Sinais vitais									
Inicial		A		X		mmHg/FC		bpm FR	
Final		A		X		mmHg/FC		bpm FR	
								SPO2 % T °C	
								SPO2 % T °C	

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba  
3º Batalhão de Bombeiros Militares  
Pelotão de Atendimento Pré-Hospitalar  
16/11/2018  
SUELIO MOREIRA TORRES



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?	
<b>Relatório</b>			
<p>Foi feito o deslocamento para o local onde ocorreu o acidente. Ao chegar ao local, foram encontradas 02 (duas) vítimas que colidiram com o veículo. As vítimas já estavam recebendo os primeiros socorros pela equipe do SAMU. A vítima EDMILSON DE SOUZA, de 54 anos, com ferimento fratura fechada do membro inferior direito (fêmur), consciente e orientado, foi socorrido na viatura do SAMU para o Hospital Regional de Guarabira-RN, para atendimento médico.</p>			
<b>Procedimentos efetuados</b>			
<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"/> Desfibrilação
<input type="checkbox"/> Curativo de 3 pontos	<input type="checkbox"/> Retirada rápida	<input type="checkbox"/> Imobilização de MMII	<input type="checkbox"/> Auxílio ao parto
<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			
<b>Recepção de portadores</b>			
<p>Término de recusa</p> <p>Eu, _____, portador(a) do RG ou CPF N.º _____</p> <p>UF _____, declaro para todos os fins que recusei ser atendido pelo Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba, através da viatura: _____</p> <p>assumindo desta forma, total responsabilidade quanto ao agravamento do meu quadro clínico.</p> <p>Guarabira - PB, _____ de _____ de 20____.</p>			
VÍTIMA OU RESPONSÁVEL		TESTEMUNHA 1	TESTEMUNHA 2
Destino da vítima			
		Receptor (ass. e carimbo):	
<b>Materiais e equipamentos</b>			
QTD	MATERIAL	QTD	EQUIPAMENTO
02	Luva de procedimentos		Colar cervical
02	Luva estéril N°		Máscara de O <sub>2</sub> c/ reserv: ( ) adulto ( ) infantil
02	Máscara de proteção		Cânula orofaríngea N°
	Sonda de aspiração traqueal N°		Ambu: ( ) adulto ( ) infantil ( ) neo
	Extensor de O <sub>2</sub>		DEA
	Cateter nasal		Oxímetro de pulso
	Geze		Tala moldável tamanho ( ) G ( ) M ( ) P ( ) PP
	Compressa		Prancha
	Atadura cm		Estabilizador lateral de cabeça
	SF 0,9%		Tirante aranha
	SRL		KED: ( ) adulto ( ) infantil ( ) NEO
	Manta aluminizada		KIT Desastre
	Protetor para queimados		Colchão a vácuo
	Lençol descartável		Desencarcerador
	KIT parto		Tractionador de fêmur
	LGE		Outros:
	Água		
<b>Controle de materiais e equipamentos</b>			
MATERIAL		NOTA	LIBERAÇÃO
			h _____ min _____
			h _____ min _____
			h _____ min _____
<b>Componentes da Guarnição</b>			
Guarnição	Posto	Metrícula	Nome da guerra
Chefe	3º SGT B4	519.693-1	EMANUEL
Socorrista 1			
Socorrista 2			
Condutor	SD B4	526.083-3	DERIVADO

# 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

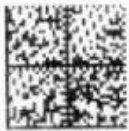
---

---

Nr. da Autenticação E0ECB701B301738F







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

00321166

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



7218210573065020000004465130240519

Com este boleto você pode verificar se o  
seu plano está correto e se não há nada a pagar.  
Para internet - verificar seu plano de  
dados e se não há nada a pagar.  
Para celular - verificar seu plano de  
dados e se não há nada a pagar.

**ClaroClube**

Saldo de pontos em: 14/05/19  
Pontos resgatados em: 30/04

2.888  
0

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

Vencimento  
08/06/2019

**Veja aqui o que está sendo cobrado:**

1. Plano Contratado	R\$	41,99
2. Outros Lançamentos	R\$	0,92
<b>Total</b>	<b>R\$</b>	<b>42,91</b>

Valor pago na última conta: R\$ 42,66

1. Plano Contratado 83.99105 0600  
Oferta Conjunta Claro MIX  
Aplicativos Digitais  
Claro Controle 4GB + Minutos Ilimitados (158)  
Desconto Claro Controle 4GB + Minutos Ilimitados (158)

Valor R\$  
59,99

Serviços Incluídos no seu Plano  
Bônus de internet promocional 12 meses - 2GB  
Pacote de Dados Controle 4GB

18,00

Sub Total - Plano Contratado

R\$ 41,99

2. Outros Lançamentos  
Juros e Multa

0,92

Sub Total - Outros Lançamentos

R\$ 0,92

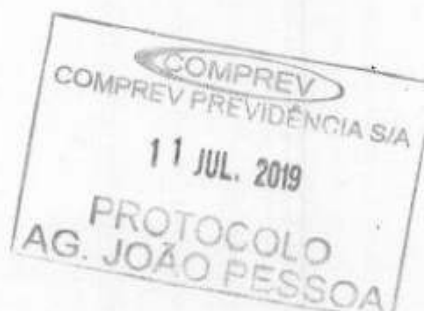
Total a Pagar

R\$ 42,91

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



\* Cobrança Encargos por atraso: juros calculados na primeira conta. Juros de capitalização para o FJST e FJST 101 (1% a 0,5% do valor devido - evento da capitalização) - verifique no site de reclamações registrado no Procon/PA.



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. 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.: 160156230

**REAVISO DE CONTA**

CDC: 0000280012 - 6

06 - 001 - 409 - 3140

B

PEDRO JOSE DA SILVA  
RUA DA REPUBLICA 390  
JOAO PESSOA

VARADOURO

CEP: 58.010- 18

Coordenadas: -7,121236, -34,889865

Domicilio:

971 Medidor: 00008162616

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA PLACAS

**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:

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

11 JUL. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



**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.: 160156230

**REAVISO DE CONTA**

CDC: 0000280012 - 6

06 - 001 - 409 - 3140

B

PEDRO JOSE DA SILVA  
RUA DA REPUBLICA 390  
JOAO PESSOA

VARADOURO

CEP: 58.010- 18

Coordenadas: -7,121236, -34,889865

Domicilio:

971 Medidor: 00008162616

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA PLACAS

**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:

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

11 JUL. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA







**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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>2</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>3</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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, Flaviana do Silva Amorim

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

Edmilson de Pontes Inscrito (a) no CPF sob o Nº 844.793.887 / 53

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Edmilson de Pontes

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 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.

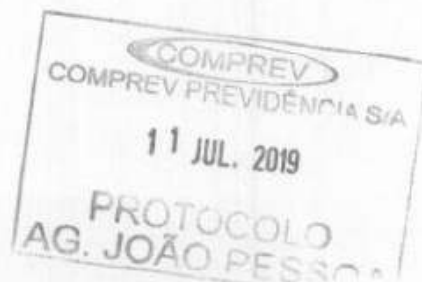
Endereço: <u>Rua da República</u>	Número: <u>390</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58010-180</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data: João Pessoa, 10/07/2019

Flaviana do Silva Amorim

Assinatura do Declarante

DLRDL001 V001/2017







## 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 Burty, 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, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 11 de abril de 2019

Rosângela 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 BORITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
59056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 182446 Atcd: Nao Regular  
Data: 16/11/2018  
Hora: 22:30:53  
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERI  
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDMILSON DE PONTES

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.11.002173

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, 94 ESPLANADA

Bairro: CENTRO Cidade: GUARABIRA UF: PB

Mae: MARIA QUITE DE PONTES

Pai: NAO DECLARADO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: JARDINEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Pesp.: IRMAO

Tal/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Placência: HOSPITAL GUARABIRA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

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

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

FC:

TP:

[ ] Politraumatizado

[ ] Convulsao

Peso:

Altura:

[ ] Hemorragia

[ ] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[ ] Diarreia

[ ] Agitado

Circ. Abd:

223:

[ ] Regular

[ ] Chocado

[ ] Vomito

Q. Principal

TRAUMA EM MIB

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A

11 JUL. 2019

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

Observacao

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIG)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

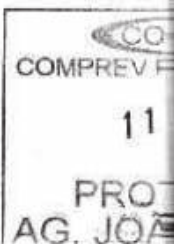
Eduardo Paz Lyra  
Médico  
CRM-PB 17437



Data 3 Hora 1 PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Me







## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Deitado em DDA  
Anestesia e anti-espasmo  
Aplicação campos estéreis

### Incisão:

Lateral e medial e tornozelo ②

### Achados:

Artrose leve a moderada tornozelo ②

### Conduta:

Redução cruenta do material medial  
fixação com dois parafusos esponjosos  
Redução de subluxação lateral + fixação  
de dois parafusos transossais  
Reparo ligamento deltoide  
Sutura por planos  
Limpeza  
Curativos

CÓMPREV

1

### Fechamento:

PRC

AG. JO

### OBS:

Data: 22/11/18

Dr. Daniel B. R.  
Ortopedia e Tra  
CRM-PB 9

MÉDICO/

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





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Edmilson da Silva Data da Admissão: 16/11/18  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1

QPD: \_\_\_\_\_  
HDA: Medicação  
100 mg 2x ao dia  
de 080 (SIC)

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  
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ 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-reposouso ☐ 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.



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. 23



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] 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: *Rx + voz @ Trismo*Conduta: *Redução de voz + fala bot*  
*Trismo*

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - F



# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: EDMILSON DE PONTES				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 54 A	SEXO: MAS	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.:17	LEITO: 162
DATA DE ADMISSÃO: 16/11/2018		DATA DE ALTA: 23/11/2018		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>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					

## RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

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 pinça com parafuso suprasindesmial. 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.

## 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

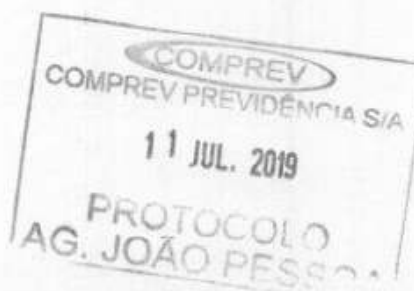
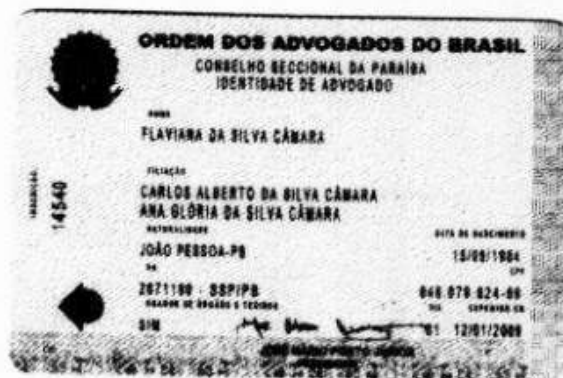
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB-11917















BRASIL

Serviços Barra GovBr

([HTTP://BRASIL.GOV.BR](http://BRASIL.GOV.BR))



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

Digito 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.)

[vicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaExibir.asp](http://vicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaExibir.asp)

1/2





**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTERIO DAS CIDADES**

DETRAN - PB N° 014081973144  
4281808945

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO  
PRT 20180260012034 6

VIA 1 0107420168-1 00/00000000

LUANA DOS SANTOS  
RUA JOSE AMERICO 395  
NORDESTE 1  
58205000 GUARABIRA - PB

70327704363 01041487PE

SEVERINO TITO DA SILVA

NOVO PLACA ANT. DE 951EXKBA1DE011989

PAS/CICLOMOTO/MAG APPLIC GASOLINA

MOTO TRAXX/31500-8 2013 2014

2 1/43 761 PARTIC VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA  
N. MOLOF : J61P39FMB137010439

GUARABIRA - PB 23/07/2018  
41984 16437

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
11 JUL. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA



**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV**  
**AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTES VEÍCULO, PARA:**

VALOR R\$ 2.300,00

NOME DO COMPRADOR: Edmilson de Pontes

RG: 929.743 CPF/CNPJ: 844.793.887-53

ENDEREÇO: R. Padre Ze Ferino Moura,  
nº 406, Centro, Sape - PB

LOCAL E DATA: João Pessoa, 24/10/2018

Luana dos Santos  
 ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas consequências até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

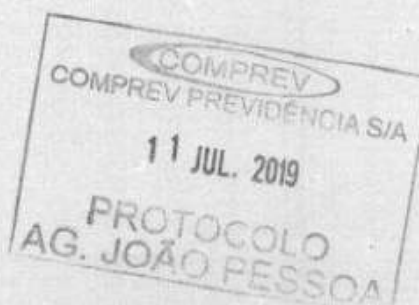
b) O comprador tem o prazo máximo de 30 dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o DETRAN, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).

c) É obrigatório o reconhecimento de firma do requerente 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  
 FPPCA LIMA e Moura, 105 - Centro - Guarabira - PB  
 CEP: 51.200-000. Fone: (31) 3374-3000  
 E-mail: cartorio@fatima-paolino.com.br

RECORNECO, como autêntica e verdadeira, a(s) FIMAS(S) de:  
 LUANA DOS SANTOS  
 EDMILSON DE PONTES  
 Em test. da verdade, Guarabira-PB 24/10/2018 14:01:32  
 Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto  
 (2018-0097226) EML:R\$ 18,96 FPPENR\$ 0,56 FPPJ:R\$ 3,80 ISSR\$ 0,00  
 SELO DIGITAL: AHS28963-0F71, AHS28964-W0MZ  
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



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

DETRAN - PB Nº 014081973144  
4281808945

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
ERT 20180200012034-6

1 0107420168-7 00/00000000

LUANA DUE SANTOS  
RUA JOSE AMERICO 335  
NORDESTE 2  
58205000 GUARABIRA - PB

7052708460 060414H/18

SEVERINO TITO DE SILVA

NOVO PE 0818XKEA1080FF985

PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC GASCARANA

MOTO TRAXX/2015/0000 2015/000000

3 7/11 701 00100 00000000 VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA  
N. Motor 1 JL1P39FM913T010439

GUARABIRA - PB 23/07/2018  
41980 16457

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
18 JUL. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV**  
**AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTES VEÍCULO, PARA:**

VALOR R\$ 2.300,00

NOME DO COMPRADOR: Edmilson de Pontes

RG: 929.243 CPF/CNPJ: 844.793.887-53

ENDEREÇO: R. Padre Ze Ferino Moura,  
nº 406, Centro, Sape - PB

LOCAL E DATA: João Pessoa, 24/10/2018

Luana dos Santos  
 ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

1º O vendedor tem obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ser considerado solidariamente pelas penalidades impostas e suas consequências, de acordo com a legislação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 154 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB);

2º O prazo será prazo máximo de 30 dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o comprador e para de inscar em infração de trânsito (Art. 223 do CTB), e é obrigatório o reconhecimento da firma do comprador e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE;

DE ACORDO, Edmilson de Pontes  
 ASSINATURA DO COMPRADOR

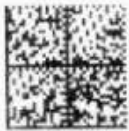
**FP FÁTIMA PAULINO**  
 Serviço Notarial

**FÁTIMA PAULINO - Serviço Notarial**  
 Presidência Municipal 105 - Centro - Guarabira - PB  
 CEP: 56.200-000 Fone: (33) 3277.2000  
 E-mail: contato@fatima-paulino.com.br

RECONHEÇO, COMO AUTÊNTICA E VERDADEIRA, A(S) FIRM(A)S DE  
LUANA DOS SANTOS  
EDMILSON DE PONTES

Em test. da verdade, Guarabira-PB 24/10/2018 14:31:32  
 Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto  
 (2018-009226) R\$ 18,96 FNPEN: R\$ 0,36 FEPJ: R\$ 3,00 ISBDR: R\$ 0,00  
 SELO DIGITAL: #HS20963-0F71, #HS20964-00H2  
 Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>





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

00321166

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



7218210573065020000004465130240519

Com este boleto você pode verificar se o  
 seu plano está correto e se não há  
 nada a pagar. Se não estiver correto,  
 você pode cancelar o plano e  
 receber o dinheiro de volta.  
 Para mais informações, ligue 119

## ClaroClube

Saldo de pontos em: 14/05/19  
 Pontos resgatados em: 30/04

2.888  
 0

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

Vencimento  
 08/06/2019

Veja aqui o que está sendo cobrado:			
1. Plano Contratado	R\$	41,99	
2. Outros Lançamentos	R\$	0,92	
<b>Total</b>	<b>R\$</b>	<b>42,91</b>	

Valor pago na última conta: R\$ 42,66

1. Plano Contratado 83.99105 0600  
 Oferta Conjunta Claro MIX  
 Aplicativos Digitais  
 Claro Controle 4GB + Minutos Ilimitados (158)  
 Desconto Claro Controle 4GB + Minutos Ilimitados (158)  
 Serviços Incluídos no seu Plano  
 Bônus de internet promocional 12 meses - 2GB  
 Pacote de Dados Controle 4GB

Valor R\$  
 59,99  
 18,00

Sub Total - Plano Contratado

R\$ 41,99

2. Outros Lançamentos  
 Juros e Multa

0,92

Sub Total - Outros Lançamentos

R\$ 0,92

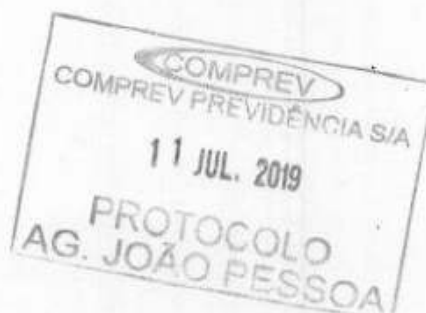
Total a Pagar

R\$ 42,91

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



\* Cuidado: Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. A taxa de juros para o FJST é 11,91% (11,91% a 0,5% do valor das  
 -dividas da Capital - 11,91% - de acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal e a Lei de Responsabilidade Fiscal



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

## 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





## 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



## 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





# PROCURAÇÃO

Outorgante: Edmilson de Pontes  
 civil solteiro, profissão Servico gratis, brasileiro(a), estado  
 R. Padre Zeferino nº 406, residente e domiciliado à Rua  
 Município de Sape, bairro Centro  
 portador(a) do Rg nº 1929743, Estado de (o) Paraná, Cep: 844793887-53  
 SSP/ PR e CPF nº 844.793.887-53

Outorgado: Flaviana da Silva Camore  
 estado civil solteiro, profissão advogada, brasileiro(a),  
 Rua de República, nº 340, residente e domiciliado(a) à  
 Município de João Pessoa, bairro Centro  
 portador (a) do RG nº 2671190, Estado de (o) Paraná, Cep: 58010-180  
 SSP/ PR e CPF nº 365.023.914-60

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) Edmilson Pontes ocorrido em 10/11/2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza inodolidez

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

João Pessoa 14 de 06 de 2019.



Edmilson de Pontes  
 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

**CPF:** 844.793.887-53

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 16/11/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** EDMILSON DE PONTES

### 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](http://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](http://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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO LUNA DIAS



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235044/19

Número do Sinistro: 3190423800

Vítima: EDMILSON DE PONTES

CPF: 844.793.887-53

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 16/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDMILSON DE PONTES

### 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](http://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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

