



Número: **0801585-88.2019.8.15.0521**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoinha**

Última distribuição : **09/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Espécies de Contratos, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDJANE OLIVEIRA PONTES (AUTOR)		GEORGE ANTONIO PAULINO COUTINHO PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38364793	13/01/2021 14:26	2774732_CONTESTACAO_Anexo_02	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, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022811

Vítima: EDJANE OLIVEIRA PONTES

Data do Acidente: 04/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDJANE OLIVEIRA 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 15401547





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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200022811 Vítima: EDJANE OLIVEIRA PONTES

Data do Acidente: 04/05/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDJANE OLIVEIRA PONTES

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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. 01929/01930 - carta_03 - INVALIDEZ

00070965



Carta nº 15403784





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, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022811

Vítima: EDJANE OLIVEIRA PONTES

Data do Acidente: 04/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDJANE OLIVEIRA PONTES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01917/01918 - carta_02 - INVALIDEZ

00050959



Carta nº 15507321



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 14:26:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011314262689600000036588045>

Número do documento: 21011314262689600000036588045



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 Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022811

Vítima: EDJANE OLIVEIRA PONTES

Data do Acidente: 04/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDJANE OLIVEIRA 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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **EDJANE OLIVEIRA PONTES**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000042**

Conta: **000003960-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 982329084-91 4 - Nome completo da vítima: EDJANE OLIVEIRA PONTES

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

5 - Nome completo: EDJANE OLIVEIRA PONTES 6 - CPF: 982329084-91
7 - Profissão: 8 - Endereço: CONJUNTO LOPAL LONDIA 9 - Número: 57N 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: MULUNGU 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58354-000
15 - E-mail: (83) 996088514

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

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

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANI) Autorização de pagamento

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0042 CONTA: 00003960 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
- Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
- Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: GUARABIRA 30 DE DEZEMBRO DE 2019

Edjane Oliveira Pontes
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16 Registro de informações cadastrais Preencher corretamente de acordo com a documentação.

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17 Nome completo do Representante Legal Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.

18 CPF do Representante Legal Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.

19 Profissão do Representante Legal Preencher com a profissão do representante legal.
No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20 Renda Mensal do Titular da conta Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.

21 Dados bancários Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22 Declaração de Ausência de Laudo do IML Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.

MORTE

23 a 33 Declaração de Únicos Beneficiários A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.

35 Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).

36 CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).

37 Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38 1ª testemunha Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.

39 2ª testemunha Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40 Local e Data Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.

41 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.

42 Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.

43 Assinatura do Procurador (se houver) Assinatura do procurador devidamente nomeado.

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4025-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 14:26:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011314262689600000036588045>

Número do documento: 21011314262689600000036588045



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 32000228-1 3 - CPF da vítima: 982.329.084-91 4 - Nome completo da vítima: EDJANE OLIVEIRA PONTES

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

5 - Nome completo: EDJANE OLIVEIRA PONTES 6 - CPF: 982.329.084-91
7 - Profissão: Aux. de Produção Cont. Lencian D'A 8 - Endereço: S/N 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Mucungu 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.354-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 82-9645-3192

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0042 CONTA: 000039609
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Guarabira, 07 de Fevereiro de 2020

Edjane Oliveira Pontes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

nº 001 V002/2019





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim de ocorrência



OCORRÊNCIA Nº 277/2017

DESCRIÇÃO:

Aos VINTE E TRÊS dias do mês de AGOSTO de 2017, nesta cidade de Guarabira/PB, na 2ª Delegacia de Polícia Civil, onde se achava presente o Bel. JOÃO AMARO GOMES FILHO, Delegado de Polícia Civil, comigo o escrivão AD DOC de seu cargo, aí por volta das 16h49min, compareceu o (a) senhor (a):

NOME	EDJANE OLIVEIRA PONTES	IDADE	44
NACIONALIDADE	BRASILEIRA	DATA DE NASCIMENTO	27/04/1973
NATURALIDADE	MULUNGU/PB	ESTADO CIVIL	SOLTEIRA
FILIAÇÃO	ANTONIO FLORÊNCIO DE PONTES E DE MARIA DE OLIVEIRA PONTES	RG	1892376-SSP/PB
PROFISSÃO	AUXILIAR DE PRODUÇÃO	CPF	982.329.084-91
ENDEREÇO	CONJUNTO LEOLÂNDIA, S/Nº, MULUNGU/PB.	CONTATO	83 98451198

HISTÓRICO:

QUE DIA 04/05/2017, POR VOLTA DAS 06h30min, CIRCULAVA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA MARCA/MODELO HONDA/BIZ 125 MAIS, COR VERMELHA, PLACA NPS9244/PB, CHASSI 9C2JC4230AR115567, REGISTRADA EM NOME DE ALIENE VALENTIM DA SILVA, CONDUZIDA POR ALIENE VALENTIM DA SILVA - CNH Nº 05911983810 - CATEGORIA AB; QUE AO PASSAREM PRÓXIMO AO CONJUNTO LUCAS PORPINO, GUARABIRA/PB, O PNEU TRASEIRO DA MOTOCICLETA FUROU, A ALIENE PERDEU O CONTROLE E CAÍRAM AO CHÃO; QUE COM A QUEDA A DECLARANTE SOFREU CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA, SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA/PB, DE ONDE FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA/PB; POR ESSE MOTIVO FAZ O DEVIDO REGISTRO E PEDE CERTIDÃO, A FIM DE PROVIDENCIAR SEGURO DPVAT A QUE TEM DIREITO; Nada mais havendo a consignar, e ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, caso o quanto aqui declare não porte estritamente a verdade, e depois de lido e achado conforme vai devidamente assinado.

Edjane Oliveira Pontes
Assinatura do noticiante

Aliene Valentim da Silva - CNH Nº 05911983810

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
HARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 50200-000 - Fone: (83) 3771-8500

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado, em testemunho da verdade.
Guarabira-PB 16/11/2018 15:26:40
Hardiria Toscano de Sales - Titular
[2018-009250] EMD:R\$ 2,37 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,14
SELO DIGITAL: AHT35652-RK5A
Confira a autenticidade em <https://selodigital.pb.jus.br>



JOSE GUIDALINI NETO
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula 56.604-1



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de TML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	04/03/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDJANE OLIVEIRA PONTES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

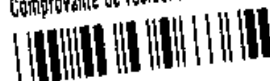
CONTA: 000000003960-9

Nr. da Autenticação 9271111470FB0643



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, EDJANE OLIVEIRA PONTES,

RG nº 1892376 2ª, data de expedição 04/01/2019 Órgão SSDS/PB

CPF nº 982329084-91, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>CONJUNTO LÉAL LONDIA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>.</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>MULUNGU</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58354-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 996088514</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: GUARABIRA, 30 DE DEZEMBRO DE 2019

Assinatura do Declarante: Edjane Oliveira Pontes





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

Declaração do proprietário do veículo



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: 020-3596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para 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

Eu, Aliene Valentin da Silva
RG nº 3.354.208, data de expedição 1/1/
Órgão GUATEMALA, portador do CPF nº 094.399.434-94
com domicílio na cidade de GUATEMALA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Chão da Boa Esperança, nº 511
complemento Zona Rural declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Edjane Oliveira Pontes, cujo o condutor era
Aliene Valentin da Silva
Veículo: Motomoto Modelo: Honda/Bis 125 Ano: 2010/2010
Placa: NPS/9244-P Chassi: 9C25C4230ARJ15564
Data do Acidente: 04/05/2017

Local e Data: 3

Aliene Valentin da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, sn - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 998160



GOVERNO
DA PARAÍBA

Documentação médica - hospitalar



Identificação do paciente					
ID 1167198	Nome EDJANE OLIVEIRA DE PONTES			Sexo Feminino	
Data de nascimento 27/04/1973	Idade 44 anos 7 dias	Estado civil	Religião	Prontuário	
Mãe MARIA DE OLIVEIRA PONTES	Pai ANTONIO FLORENCIO DE PONTES				
Escolaridade	Responsável (Parentesco) REMERSON DA SILVA SANTOS - ACOMPANHANTE				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 887108192	DDD Fixo		Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns			
Local de procedência HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA ANTONIO PAULINO FILHO	Tipo UNIDADESAUDE		UF PB		
E-mail	Naturalidade MULUNGU	CBO/R			
Endereço					
CEP 58354000	Município de residência MULUNGU	UF PB	Logradouro LEOLANDIA		
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO			
Admissão					
Data e Hora 04/05/2017 10:36:49	Número da pulseira 1000006088285	Convênio SUS		TIPO DATA HORA NOME TÊC. RAD. ASS.	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica				
Classificação de risco	Origem do paciente RUA				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS			
Indicadores e Transporte					
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Não	Tsurun Não		
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou				
Sinais Vitais					
PA X mmHg	Pulso	Temperatura			
Exames complementares					
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	EKG []
Ultrassom []					
Dados clínicos					
Osteonáutica					
Atendido por WARDIRIA TOSCANO DE SALES					

6

TOSCANO DE SALES - SERVIDOR NOTARIAL E REGISTAR
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - TITULAR

Guarabira-PB 16/11/2018 15:26:40

Wardiria Toscano de Sales - Titular

[2018-009251] EMUL:R1 2,37 FRENTE:R1 0,28 FRENTE:R1 0,47 ISS:R1 0,12

SELO DIGITAL: AHT35653-1X2W

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

04/05/2017 10:35

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 14:26:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011314262689600000036588045>

Número do documento: 21011314262689600000036588045

Num. 38364793 - Pág. 13



SECRETARIA DA SAÚDE
COMPLEXO DE SAÚDE DE GUARABIRA

Ad 07.20'

FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

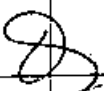
FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº:	CLÍNICA:
DO HOSPITAL:	
PARA O HOSPITAL:	
MÉDICO ASSISTENTE: <u>Yrajá Arruda</u>	DATA: <u>04.05.17</u>

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:	
NOME: <u>Edgare Oliveira da Ponte</u>	SEXO: <u>F</u>
PROFISSÃO:	DOCUMENTO: Nº: IDADE:
ENDEREÇO: <u>Lealândia</u>	BAIRRO:
MUNICÍPIO: <u>Guarabira</u>	ESTADO: <u>PE</u>

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:
<u>Pac. vítima de acidente de motocicleta apresentando otorragia e desorientação.</u>
<u>Glasgow = 12.</u>
<u>PA: 110x80</u>

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:	
<u>① Dileplices 75</u>	
TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR GUARABIRA - PE Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PE. CEP: 56200-000 - Fone: (81) 3611-8922 Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade. Guarabira-PE 16/11/2018 15:26:40 - Wardiria Toscano de Sales - Titular [2018-009252] EMUL:R\$ 2,37 FAPEN:R\$ 0,20 FEPJ:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12 SELO DIGITAL: AHT35654-NOLM Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br	

DIAGNÓSTICO: <u>TCE leve (otorragia)</u>
PROVÁVEL: _____ CID: _____

ASSINATURA DO PROFISSIONAL (CARIMBO):	 <u>Yrajá E. de Arruda</u> Cirurgia Geral CRM 2597
---------------------------------------	--



04/05/17 - 13:00h - NCMs
Paciente vítima de acidente de
moto, com TCE leve, pendente de consor-
tório.

Glasgow 15
Pupila nro/foto ⊕
Sem déficits focais
Ausência de meningeais

TC crânio:

Ausência de hemorragia
contusão temporal à esq de pg. realme.

CD: Obs. Neurologia rigorosa
Repetir TC crânio às 18:00h.

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 56200-000 - Fone: (83) 3271-4502
Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Guarabira-PB 16/11/2018 15:26:40
Wardiria Toscano de Sales - Titular
[2018-009252] ENUL:R\$ 2,37 FAREN:R\$ 0,28 EREMS:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Tomas Catão Monte Brasil
Neurociência
CRM/PB 7742

04/05/17 14:00h

Paciente vítima de acidente de moto
com contusões pelo abdômen; sem lesões;
⊕ Papéis apilados;

Rx: sem lesões ocultas

CD = SAT 5000 UDT 1500h
Alta da unidade

Dr. Matheus Enomoto
MÉDICO
CRM-PB 10204

Dr. Renato



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

BE = 998160

NOME: EDJANE OLIVEIRA DE PONTES

DATA: 10/05/2017

A

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA BRANDA *ciente*
2. SRL 1500 ML EV 24H *1a 2a 3a*
3. OMEPRAZOL 40MG + AD 10 ML EV 1X/D *06*
4. DIPIRONA 1 G EV 6/6 H *S/N*
5. NAUSEDRON 8MG + AD 8/8H *S/N*
6. FENITOINA 100 MG VO 8/8H *16 24 08*
7. CETOPROFENO 100+ SF 100 EV 12/12H *16 04*
8. DECADRON 4MG EV 8/8H *16 24 08*
9. CABECEIRA 30 GRAUS *Att.*
10. SSVV + CCGG *ciente*

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: TCE + CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA

ECG 15

PIFR

SEM DEFICITS FOCAIS

DOR RETROAURICULAR DIREITA E FACIAL DISCRETO DIREITA

CONDUTA : SEGUE EM VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA

*Por hoje tem exames. Melhora importante
TC crânio. Contusão temporal em fase
focal de absorção.*



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
GUARABIRA - TOSCANO DE SALES - Titular
Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (82) 3311-9109

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.

Guarabira - PB 16/11/2018 15:26:40
Márcia Toscano de Sales - Titular
[2018-009254] EML: R\$ 2,37 FAREN: R\$ 0,28 FEPJ: 0,07 ISS: R\$ 0,12
SELO DIGITAL: HHT35656-XLZX
Autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Col. Alta hospitalar

com receita

*Thaise Aguiar TOSCANO
Neurocirurgia
CRM 14.47*



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

BE = 998160

NOME: EÓJANE OLIVEIRA DE PONTES

DATA: 09/05/2017

A

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA BRANDA *Ciente*
2. SRL 1500 ML EV 24H *1a 2a 3a*
3. OMEPRAZOL 40MG + AD 10 ML EV 1X/D *06*
4. DAPIRONA 1 G EV 6/6 H S/N *07*
5. NAUSEDRON 8MG + AD 8/8H S/N
6. FENITOINA 100 MG VO 8/8H *06 2A 08*
7. CETOPROFENO 100+ SF 100 EV 12/12H *06 04*
8. DECADRON 4MG EV 8/8H *06 2A 08*
9. CABECEIRA 30 GRAUS ATT.
10. SSVV + CCGG ATT.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: TCE + CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA

ECG 15

PIFR

SEM DEFICITS FOCAIS

DOR RETROAURICULAR DIREITA E FACIAL DISCRETO DIREITA

CONDUTA : SEGUE EM VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA

*Soluto / TC
Lab*

HCT (134) 22

MGT - 227 mg/L (10/05)

PA - 100x70 (10/05)

E

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTURNO E REGISTRO

WARDIRIA TOSCANO DE SALES - TITULAR DE REGISTRO

Av. Dom Pedro II, nº 41 - Centro - Guarabira - PB. CEP: 51.201-100 (02) 3271-8500

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.

Guarabira-PB 16/11/2018 15:26:40

Wardiria Toscano de Sales - Titular

[2018-009253] EMDL:R4 2,37 FAPFEL:R4 0,28 FEFJ:R4 0,47 ISS:R4 0,12

SELO DIGITAL: AHT35655-SLX7

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

Dra. THAISE AGRA TEIXEIRA
NEUROCIRURGA

[Assinatura]



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: EDJANE OLIVEIRA DE PONTES 998360 DATA: 08/05/2017

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Lonanjo A

1. DIETA BRANDA *eiute*
2. SRL 1500 ML EV 24H *19 30 30*
3. OMEPRAZOL 40MG + AD 10 ML EV 1X/D *04 F*
4. DAPIRONA 1 G EV 6/6 H *S/N 20*
5. NAUSEDRON 8MG + AD 8/8H *S/N*
6. FENITOINA 100 MG + SF 100 IV 8/8 HORA *16 24 08*
7. CABECEIRA 30 GRAUS
8. SSVV + CCGG

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: TCE + CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA

ECG 15

PIFR

SEM DEFICITS FOCAIS

CONDUTA : SEGUE EM VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA

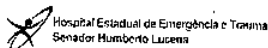
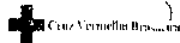
Gustavo V. A. Neves Porto
CRM: 7680/PB
Neurocirurgião



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRO
VIAADRIA TOSCANO DE SALES - TUBAR
Av Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 56200-000 - Fone (83) 3271-1251

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Guarabira-PB 16/11/2018 15:26:40
Mardiria Toscano de Sales - Titular
[2018-009249] EMDL:R\$ 2,37 FAREJO:R\$ 0,28 FEP:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12
SELLO DIGITAL: AHT35651-YS1U
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA							
Nome	Data de		Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
EDJANE OLIVEIRA DE PONTES	27/04/1973		44	FEMININO	998160	101863	07/05/2017 13:25:01
Motivo do Atendimento	Setor	Posto de Trabalho		Leito	Prescrição válida a		
ACIDENTE DE MOTOCICLETA	AREA LARANJA	AREA LARANJA - UDC A		LEITO 07	07/05/2017 22:00:00		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apazamento
1. DIETA	0.0			ORAL				atenção!
2. FENITOINA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		16 - 24 - 08
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
3. DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	AMP		E.V.		6/6H		16 - 22 - 04 - 10
Diluir em AGUA DESTILADA	1.0	AMP						
4. ONDANSETRONA 4MG/2ML	4.0	MG		E.V.		8/8H		16 - 22 - 04 - 10
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
5. OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		16 - 22 - 04 - 10
6. OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							atenção!
7. CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							atenção!

JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO
CRM: 7030

Dr. Lavoisier Feitosa Neto
Especialista em Endocrinologia
Registro CRM-PB 7030

07 de Maio de 2017

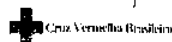
Assinatura e Carimbo do Profissional



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WILSON TOSCANO DE SALES - Tabelião
Aut. Don. Pedro II, nº 41 - Centro - Guarabira - PB. CEP: 58200-000 - Fone: (33) 3211-8502

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Guarabira-PB 16/11/2018 15:26:40
Márcia Tossano de Sales - Titular
[2018-009251] EML:RS 2.37 FWPEN:RS 0.28 FESJAT:0.47 ISS:RS 0.12
SELO DIGITAL: AMT35633-1YXW
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PREScrição Médica

Nome		Data de		Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
EDJANE OLIVEIRA DE PONTES		27/04/1973		44	FEMININO	998160	101863	06/05/2017 09:05:51
Motivo do Atendimento	Setor	Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a		
ACIDENTE DE MOTOCICLETA	AREA LARANJA	AREA LARANJA - UDC A		LEITO 07		06/05/2017 22:00:00		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1. DIETA	0.0			ORAL				
2. Solução Fisiológica 0.9%	1500.0	ML		E.V.		24H		12-22-33
3. FENTONINA 50MG/ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		16-21-08
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4. DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	AMP		E.V.		6/6H		18-22-04-10
Diluir em AGUA DESTILADA	1.0	AMP						
5. ONDANSETRONA 4MG/2ML	4.0	MG		E.V.		8/8H	Observação: SN	5/11
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
6. OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		06
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
7. OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							
8. CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

06 de Maio de 2017

JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO
CRM: 7030

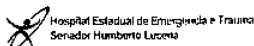
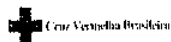


[Assinatura]

Assinatura e Carimbo do Profissional

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRO
Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 56200-000 - Fone: (33) 3271-9502
Autentico a presente copia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Guarabira-PB 16/11/2018 15:26:40
Márcia Tiscano de Sales - Titular
(2018-009253) EML:RN 2,37 FAPEN:RN 0,28 EPD:RN 0,47 ISS:RN 0,12
SELO DIGITAL: 8H135635-817
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





A

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	EDJANE OLIVEIRA DE PONTES	Data de	27/04/1973	Idade	44	Sexo	FEMININO	Nº	998160	Nº		Data Prescrição	05/05/2017 10:13:25
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector		Posto de Trabalho	Leito							Prescrição válida a	05/05/2017 10:13:25

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprezamento
1 DIETA	0.0			ORAL				
2 Solução Fisiológica 0.9%	2000.0	ML		E.V.		24H		
3 DÍPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	AMP		E.V.		6/6H		
Diluir em AGUA DESTILADA	1.0	AMP						
4 ONDANSETRONA 4MG/2ML	4.0	MG		E.V.		8/8H		
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
FENTONINA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
CABECEIRA ELEVADA A 30º	0.0						ATT.	
OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0						ATT.	

05 de Maio de 2017

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 6018

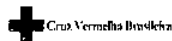


TOSCANO & ASSOCIADOS - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
AV. DOM PEDRO II, 140, C.A. 1 - GUARABIRA - PB - CEP: 58200-000 - Fone: (33) 3271-8502

Autentico a presente cópia reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Guarabira-PB 16/11/2018 15:26:40
Márcia Tosi de Sales - Titular
[2018-009254] EMUL:R\$ 2,37 FAPEN:R\$ 0,26 REPJUR: 0,47 ISSR\$ 0,12
SELO DIGITAL: AHT35656-VLZX
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Assinatura e Carimbo do Profissional





RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PREScrição Médica

Nome		Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
EDJANE OLIVEIRA DE PONTES		27/04/1973	44	FEMININO	998160		04/05/2017 10:53:49
Motivo do Atendimento	Setor	Posto de Trabalho			Leito	Prescrição válida a	
ACIDENTE DE MOTOCICLETA						04/05/2017 10:53:49	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1. Solução Ringer Lactato 500ml	1000.0	ML		E.V.		AGORA		
2. DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	AMP		E.V.		AGORA	Observação: diluir em ed	15:00
3. PARÉCER ORTO	0.0							
4. SOLICITAÇÃO DE PARÉCER NEUROCIRURGIA	0.0							

RHAISSA MARIA ASSUNÇÃO ANDRADE DE

CRM: 99863

Assinatura e Carimbo do Profissional

TOSSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTURNO EM NEUROLOGIA
RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090
FONE: (31) 3271 1237
FAX: (31) 3271 1237
E-MAIL: TOSSCANO@GMAIL.COM
TOSSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTURNO EM NEUROLOGIA
RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090
FONE: (31) 3271 1237
FAX: (31) 3271 1237
E-MAIL: TOSSCANO@GMAIL.COM



NCR 04/05/17
22:32

Paciente mulher de 44 anos, internada em
neurologia.

→ Co. neurol. =

- Glorquia 15
- Su. déficit lateral
- Curvatura de Vanier

→ Co. = TC de Crânio CONTRA
• sem lesões estruturais

DR. EMERSON MAGNO BEZERRA
NEUROCIRURGO
CRM-PB 6755



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 14:26:27

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011314262689600000036588045

Número do documento: 21011314262689600000036588045



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 04/05/2017	Ocorrência Nº: 04	VTR: AR-36	Ponto Base: 3º BOM	
Hora do aviso: 06:29	Hora de saída: 06:30	Hora no local: 06:34	Hora no hospital: 06:40	
VTR de apoio:				
Endereço: Rodovia PB 057			Nº:	
Complemento:		Bairro: ZONA RURAL		
Ponto de referência: PRÓXIMO MOTEL CASA BLANCA		Cidade: GUARABIXA		
Nome: EDJANE OLIVEIRA DE PONTES		Idade:	Sexo: ☐ M ☐ F	
Raça:	☐ Negro ☐ Pardo ☐ Branco ☐ Indígena	☐ Amarelo		
Endereço: LEOLLÂNIA		Telefone:		
Bairro:		Cidade: CUITÉ		
☐ Colisão: ☒ X		☐ Vítima de queda: _____ metros		
☐ Ferimento por arma de fogo	☐ Queda de moto	☐ Afogamento	☐ Crise Convulsiva	
☐ Ferimento por arma branca	☐ Atrópelamento	☐ Urgência Cardíaca	☐ Suicida	
☐ Agressão física	☐ Queda de bicicleta	☐ Urgência Respiratória	☐ Socorrido por 3º	
☐ Capotamento	☐ Choque elétrico	☐ Urgência Obstétrica	☐ Recusa	
☐ Desmoronamento/Desabamento/Soterramento	☐ Urgência Psiquiátrica	☐ Combate a Incêndio		
☐ Intoxicação: Agente: _____	☐ Alagamento	☐ QTA () COCB () Outros		
☐ Queimadura: Agente: _____	Grau(s): _____	Superfície Corporal Queimada (regra da palma da mão): _____		
☐ Transporte: Origem: _____	Destino: _____	☐ Outros: _____		
Ativação do air bag: ☐ sim ☐ não	☐ Em automóvel	☐ Condutor	☐ Decúbito ventral	
Usava capacete: ☐ sim ☐ não	☐ Em motocicleta	☐ Passageiro dianteiro	☐ Decúbito dorsal	
Usava cinto: ☐ sim ☐ não	☐ Em bicicleta	☐ Passageiro traseiro	☐ Decúbito lateral	
Em faixa de pedestre: ☐ sim ☐ não	☐ Pedestre	☐ Garupa/carona	☐ Deambulando	
Outros: _____	Outros: _____	Outros: _____		
01. Abrasão		☐ Permeáveis	☐ Não Permeáveis	☐ Eupnéia
02. Amputação		☐ Vômito	☐ Apnéia	
03. Avulsão		☐ Sangue	☐ Dispnéia	
04. Contusão		☐ Secreção	☐ Bradipnéia	
05. Empalamento		☐ Queda de língua	☐ Taquipnéia	
06. Enclavamento		☐ Corpo estranho	☐ Ruídos	
07. Esmagamento		☐ Outros		
08. FAF		☐ Pulso radial	☐ Normal	☐ Cianótica
09. FAF		☐ Pulso braquial	☐ Fria	☐ Ictérica
10. Fratura aberta		☐ Pulso carotídeo	☐ Quente	☐ Pálida
11. Fratura fechada		☐ Normal	☐ Sudorese	
12. Laceração		☐ Aumentada	☐ Diminuída	☐ Normal
13. Luxação		☐ Ausente	☐ Ausente	☐ > 2 segundos
14. Parafasia		☐ Isocoria	☐ Anisocoria	☐ Otorrágia
15. Queimadura		☐ Miocose	☐ Foto reagenta	☐ Rinorrágia
16. Outros: HEMATOMA		☐ Não fotoreagente	☐ Convulsões	
Abertura ocular				
Melhor resposta verbal				
Melhor resposta motora				
Total				

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 14:26:27
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101131426268960000036588045
Número do documento: 2101131426268960000036588045

Alérgico: ☐ sim ☐ não Qual?	Uso medicamentos: ☐ sim ☐ não Qual?
Doença conhecida: ☐ sim ☐ não Qual?	Ingeriu alimentos: ☐ sim ☐ não Qual?

VÍTIMA CONSCIENTE E DESORIENTADA COM HEMATOMA NO CRÂNIO LADO ESQUERDO DA CABEÇA E UMA HEMORRAGIA NA ORELHA DIREITA. ESCORIAÇÕES EM MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES.

NOTA DE PLACA: 9244 CUIÇÊ PB / BIS

☐ Desencarceramento	☐ Ventilação de resgate	☐ Rolamento 90°	☐ Oxigenoterapia
☐ Retirada com KED	☐ Desobstrução da VAS	☐ Rolamento 180°	☐ Reposição volêmica
☐ Curativo compressivo	☐ Aspiração da VAS	☐ Exposição da vítima	☐ RCP
☐ Curativo oclusivo	☐ Estabilização da cervical	☐ Imobilização da MMSS	☐ Desfibrilação
☐ Curativo de 3 pontos	☐ Retirada rápida	☐ Imobilização da MMI	☐ Auxílio ao parto
☐ Elevação cavaleiro	☐ Retirada da capote	☐ Controle da hipotermia	☐ Prevenção/orientação
☐ Outros			

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 vítima:
 assumindo desta forma, total responsabilidade quanto ao agravamento do meu quadro clínico.

Guarabira - PB, _____ de _____ de 20 _____.

VÍTIMA OU RESPONSÁVEL

TESTEMUNHA 1

TESTEMUNHA 2

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA

Receptor (ass. e carimbo):

Wesley E. de Arruda
 Chefe Geral
 2597

01 Luva de procedimentos	01 Colar cervical
02 Luva estéril N°	Máscara de O ₂ c/ reserv. () adulto () infantil
03 Máscara de proteção	Cânula orofaríngea N°
Sonda de aspiração traqueal N°	Amбу: () adulto () infantil () neo
Extensor de O ₂	DEA
Cateter nasal	Oxímetro de pulso
04 Gaze	Tala moldável tamanho () S () M () P () PP
Compressa	02 Prancha
Atadura cm	Estabilizador lateral de cabeça
SF 0,9%	Tirante aranha
SRL	KED: () adulto () infantil () NEO
Manta alumínio	KIT Desastre
Protetor para queimados	Colchão a vácuo
Lençol descartável	Desencarcerador
KIT parto	Tracionador de fêmur
LGE	Outros:
Água	

01 FRANCHA

VÍTIMA GRAVE COM SUSPEITA DE TCE

h min
 h min
 h min

Guarnição	Posto	Matrícula	Nome de guerra
Chefe	12 SGT	521495-5	JUNIO
Socorrista 1	SD		VIRGÍNIO
Socorrista 2			
Condutor	32 SGT		ROSSANO

Socorrista
 2597





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Edjane Oliveira Pontes
DATA DE NASCIMENTO 27/04/73
NOME DA MÃE Maria de Oliveira Pontes

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 101863
BOLETIM DE ENTRADA N.º 998160
DATA DO ATENDIMENTO 04/05/17
HORA DO ATENDIMENTO 10:36
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Contusão temporal esquerda
CID 10 S06.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando otorragia direita, não usava capacete, refere dor abdominal e em coxa esquerda, sem outras queixas, glasgow 14, ASIA-E. Avaliado pela Traumatologia, Neurocirurgia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

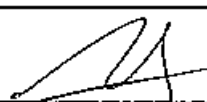
RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: contusão temporal esquerda

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de trauma craniano

ALTA HOSPITALAR: 10/05/17
DATA DA EMISSÃO: 07/08/17


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Pedido de Prorrogação

Requerimento: 181873208
Benefício Nº: 6186115554
Data: 24/07/2017

Dados do Requerimento

NIT (PIS/PASEP): 12759761448

Nome: EDJANE OLIVEIRA PONTES

Endereço: CONJ LEO LANDIA SN

Bairro:

CEP - Município - UF: 58354000 / MULUNGU / PB

Agência da Previdência Social: 13001020

Nome da Agência: GUARABIRA

Endereço da Perícia: RUA SABIANO MAIA, 903

Bairro da Perícia: CENTRO

Município da Perícia: GUARABIRA

Exame Médico-pericial
agendado para: 21/08/2017 09:20

Termo de Responsabilidade

Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.

O Instituto não se responsabilizará pelo pagamento dos dias em que o segurado permanecer afastado do trabalho enquanto aguarda a realização do exame da perícia médica do Pedido de Prorrogação, se a conclusão médica for contrária, exceto durante o período de vigência da ACP 2005.33.00.020.219-8.

_____/_____/_____
Data

Edjane Oliveira Pontes
Assinatura

Observação Quando do comparecimento para a realização do exame médico-pericial:
1 - É obrigatório apresentar este requerimento, devidamente assinado e um documento de identificação (RG /CTPS) do segurado.
2 - Caso possua exames ou relatórios médicos, apresentá-los ao médico perito.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.862.376 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 04/01/2019

NOME
EDJANE OLIVEIRA PONTES

FILIAÇÃO
ANTONIO FLORENCIO DE PONTES
MARIA DE OLIVEIRA PONTES

NATURALIDADE
MULUNGU-PB DATA DE NASCIMENTO
27/04/1973

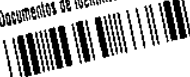
DOC. GREGM
CERT. NASC. Nº 0002652 - LV 00003 - FLS. 237 - CARTÓRIO
MULUNGU-PB

CPF
982.326.084-91

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

ESTADO DE 28/09/2021

Documentos de identificação



CARTÃO DE IDENTIDADE

Edjane Oliveira Pontes

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-262



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE Nº 013027081593
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO
VIA 1 0021012429-6 00700060000 2017

ALIENE VALENTIM DA SILVA

09439841494

NPS9244/PB

NOVO PB 9C2JC4230ART15567

PAS/MOTONETA/BAO APLIC GASOLINA

HONDA/BIZ 125 CM 2010 2010

02 27/124 /C1 PARQUE VERMELHA

COTA ÚNICA 0070070000 1º VENC. / COTAS

IPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º

3º

SEGURO P A G O 28/03/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CDITEX 143 28/03/2017

11622

SEG. DO DEBITADOR DO DEBITO PESSOA E CALÇADOS POP. 76
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE CL. POR S/CARGA 1 A 2
TRANSPORTADOS CL. 1 A 2 SEG. 10 C. 17

PB Nº 013027081593 BILHETE DE SEGURO

ALIENE VALENTIM DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
09439841494
www.seguradoralider.com.br
SÃO PAULO 0600 022 11024

2017 28/03/

ALIENE VALENTIM DA SILVA

RENALVAZ MARCA/MODELO

09439841494 NPS9244

00210124296 HONDA/BIZ 125 CM

PRÊMIO TARIFÁRIO

2010 9 9C2JC4230ART15567

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00

SEGURO P A G O

SEGURO P A G O

11622-1125276-20170828

SEGURO LÍDER - DPVAT

contato: 06.046.00000001-04



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - TITULAR
Av. Dom Pedro II, 143 - Centro - Guarabira - PB, CEP 52250-000 - Fone: (31) 3271-1751

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Guarabira-PB 16/11/2018 15:26:40
Wardiria Toscano de Sales - Titular
[2018-009249] EMUL:R\$ 2,37 FASEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,12 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: ANT35651-Y5IU
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipb.jus.br>

DUT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200022811 **Cidade:** Mulungu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDJANE OLIVEIRA PONTES **Data do acidente:** 04/05/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIANO COM CONTUSÃO TEMPORAL E OTORRAGIA ESQUERDA

Descrição do exame físico: VÍTIMA APRESENTA SINAIS CLÍNICOS E QUEIXAS DE VERTIGEM E REFERE CEFALÉIAS DE REPETIÇÃO. USA CONTINUAMENTE FLUNARIZINA 10 MG APÓS ESTE TRAUMA.

Resultados terapêuticos: TRAUMA CRANIANO COM CONTUSÃO EM TEMPORAL ESQUERDO E OTORRAGIA ESQUERDA TRATADO CLINICAMENTE COM MEDICAÇÃO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES- ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019468/20

Vítima: EDJANE OLIVEIRA PONTES

CPF: 982.329.084-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/05/2017

Titular do CPF: EDJANE OLIVEIRA
PONTES

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



EDJANE OLIVEIRA PONTES : 982.329.084-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br 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: 14/01/2020
Nome: EDJANE OLIVEIRA PONTES
CPF: 982.329.084-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2020
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.360.364-31

EDJANE OLIVEIRA PONTES

Cristina Limeira Alves





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: EDJANE OLIVEIRA PONTES
Data do Acidente: 04/05/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 982.329.084-91

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☒ CPF da vítima (cópia simples)
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
☐ Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
☐ CPF da vítima (cópia simples)
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): EDJANE OLIVEIRA PONTES
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal
CPF do portador: 982.329.084-91
E-mail: 983.996.088.514
Data: 30/12/2019 Assinatura: Edjane Oliveira Pontes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Porto de Atendimento (Nome do ponto): AGÊNCIA DOS CORREIOS DE GUARABIRA
Atendente: JOÃO RINALDO DE CARVALHO
Data: 30/12/2019 Assinatura: JOÃO RINALDO DE CARVALHO





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12759761446

Número do Benefício: 6186115554

Espécie: 91

Número do Requerimento: 180507917

Ao Sr. (a): EDJANE OLIVEIRA PONTES

Endereço: CONJ LEOLANDIA SN

CEP: 58354000

Município: MULUNGU

UF: PB

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 24/07/2017, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi prorrogado até 17/09/2017.

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 17/09/2017, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação.

A partir de 17/09/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data, 21 de Agosto de 2017

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência

GUARABIRA

Endereço: RUA SABINIANO MAIA, 803, CENTRO

CEP: 58200000

Município: GUARABIRA

UF: PB

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 14:26:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011314262689600000036588045>

Número do documento: 21011314262689600000036588045



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12759761446

Número do Benefício: 6186115554

Espécie: 91

Número do Requerimento: 180507917

Ao Sr. (a): EDJANE OLIVEIRA PONTES

Endereço: CONJ LEOLANDIA SN

CEP: 58354000

Município: MULUNGU

UF: PB

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 16/05/2017, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 04/08/2017.

Informamos que o pagamento do seu benefício será mantido até 21/08/2017.

A partir de 21/08/2017 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Se, poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento do Pedido de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Informamos, ainda, que foi reconhecido o nexo entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 2º do artigo 20 da Lei 8.213, de 24/07/1991. O benefício foi concedido em espécie acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar Recurso por parte do empregador à Junta de Recursos da Previdência Social.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data, 12 de Junho de 2017

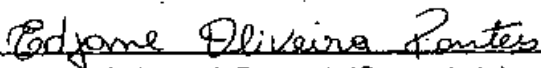
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência
CEP: 58200000

GUARABIRA
Município: GUARABIRA

Endereço: RUA SABRIANO MAIA, 803, CENTRO
UF: PB

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente,


Assinatura do Requerente / Representante Legal



Comunicação de Acidente de Trabalho	
Número da CAT:2017.169.397-3/01	

Informações do Emitente

Emitente	1 - Empregador	Data Emissão	05/05/2017
Tipo de CAT	1 - Inicial	Comunicação Obto	
PHIação	1 - Empregado	E-mail	JALYFERNANDATST@GUARAVES.COM.BR

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	GUARAVES GUARABIRA AVES LTDA	CNAE	10121
Tipo/Num. Doc.	1 - CGC/CNPJ 127271450006-82	Endereço	ROD PB 073, KM 04 S/N
CEP	58200000	Estado	PB
Bairro	ZONA RURAL	Telefone	0083.32714000
Município	GUARABIRA		

Informações do Acidentado

Nome	EDIANE OLIVEIRA PONTES	Data Nascimento	27/04/1973
Nome da Mãe	MARIA DE OLIVEIRA PONTES	Sexo	Fem
Grau de Instrução	6 - Ensino médio completo	Remuneração	993,00
Estado Civil	Solteiro	Identidade	1892376 Dt emissão: Org Exp: 01 UF: PB
CTPS	052856 Série: 00016 Dt emissão: UF: PB	Endereço	LEAL LÂNDIA SN
PIS/PASEP/NIT	1275976144-6	CEP	58354000
Bairro	ULINGA	Município	MULUNGU
Estado	PB	CHO	784105 - EMBALADOR, A MAO
Telefone	-	Área	Rural
Aposentado	Não		

Informações do Acidente

Data do Acidente	04/05/2017	Hora do Acidente	06:30
Horas Trabalhadas	00:00	Tipo	0 -
Houve afastamento?	Não	Rep. Policial	Não
Local do Acidente	5 - Outros	Esp. Local	
CGC da Prestadora	CNPJ -	UF do Acidente	
Município do Acidente		Último dia Trabalhado/Dt Óbito	04/05/2017
Parte do Corpo	-		
Agente Causador	-		
Sit. Gerador	-		
Morte	Não	Data Óbito	

Guarabira 05/05/2017
Local e Data

Luiz R. Andrade
Assinatura e carimbo do emitente

Informações do Atestado Médico

Unidade	HOSP. EMERG E TRAUMA	Data Atend.	04/05/2017
Hora Atend.	00:00	Houve Internação?	Sim
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 060 dia(s)		
Nat. Lesão	70.20.90.000 - LESÃO IMEDIATA, NIC		
CII - 10	S06 - Traumatismo intracraniano	CRM	0000005247 - UF: PB
Observações			

Local e Data

Assinatura(*) e carimbo (legível) do médico com CRM/UF

Cadastrada em 16/05/2017 às 09:12:43

* A apresentação do atestado médico original, com as informações de identificação do médico assistente, substitui o preenchimento deste campo.

A impressão desta CAT deverá ser apresentada juntamente com o(s) documento(s) original(is) referente ao Segurado, para requerer o benefício acidentário junto à Agência da Previdência Social.





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019468/20

Número do Sinistro: 3200022811

Vítima: EDJANE OLIVEIRA PONTES

CPF: 982.329.084-91

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 04/05/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDJANE OLIVEIRA PONTES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

EDJANE OLIVEIRA PONTES : 982.329.084-91

Autorização de pagamento

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.



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200022811**

Nome do(a) Examinado(a): **EDJANE OLIVEIRA PONTES**

Endereço do(a) Examinado(a):

CJ LEAL LANDIA, SN - AREA RURAL - Mulungu - PB - CEP 58354-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2691316**

Data e local do acidente: [**04/05/2017**] **VIA PÚBLICA - GUARABIRA-PB**

Data e local do exame: [**19/02/2020**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA CRANIANO COM CONTUSÃO TEMPORAL E OTORRAGIA ESQUERDA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA APRESENTA SINAIS CLÍNICOS E QUEIXAS DE VERTIGEM E REFERE CEFALÉIAS DE REPETIÇÃO . USA CONTINUAMENTE FLUNARIZINA 10 MG APÓS ESTE TRAUMA.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRAUMA CRANIANO COM CONTUSÃO EM TEMPORAL ESQUERDO E OTORRAGIA ESQUERDA TRATADO CLINICAMENTE COM MEDICAÇÃO E OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES- ALTA MÉDICA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano neurológico

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

