

---

**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

---

**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



---

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



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

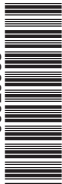
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<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



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:

844.793.887-33 Edmilson de Pontes

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

Nome completo:

Edmilson de Pontes

Profissão:

Servente de limpeza

Endereço:

Rua Padre Zeferino Maria 406

Bairro:

Centro

Cidade:

Sope

Estado:

PB

CEP:

58340-000

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:

02003

CONTA:

40378

4

(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:

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (obrigatório)

Local e Data:

João Pessoa, 10/07/2013

Nome:

Edmilson de Pontes

CPF:

844.793.887-33

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

COMPREV PREVENIR

11 JUL 2013

PROTÓCOLO AG 10200000

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Edmilson de Pontes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RISCO, 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.



**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 escrevê (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	PARAÍBA/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	RUA MANOEL FRANCISCO DO NASCIMENTO, 69, BAIRRO NORDESTE 01 GUARABIRA/PB.		

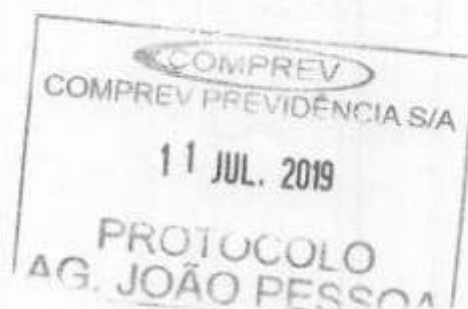
**HISTÓRICO:**

AFIRMA O NOTICIANTE QUE NO DIA 16/1/20/2018 POR VOLTA DAS 17H10MINM SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO TRAXX JL500-8, DE COR VERMELHA, DE PLACA/QFO 4148/PB, ANO/MOD 2015 DE PROPRIEDADE DE LUANA DOS SANTOS, QUANDO 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]*  
DELEGADO DE ANDRÉ ALMEIDA SILVA  
DELEGADO 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, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 08h40min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

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

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

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE MOTO
- 2) **Data do fato :** 16/11/2018
- 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 TRAXXJL 50C-8, DE COR VERMELHA, ANO/MOD 2015, DE PLACA/QFQ/4148/PB DE PROPIEDADE DE LUANA DOS SANTOS, quando saiu de seu trabalho para sua casa, quando ia passando no trevo próximo ao motel íntima, veio uma moto não identificada e colidiu com a moto do noticiante; Que foi socorrido pelo Corpo de Bombeiro de Guarabira para o Hospital Regional desta cidade e de lá foi encaminhado para o Traumínha na cidade de João Pessoa onde ficou internado uma semana e foi cirurgiado. Vê diagnóstico em anexo.

**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

Não há.

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

*Edmilson de Pontes*  
Comunicante

MAT 90.481-3  
Escrivã(o)/Agente

COMPREV  
COMPREV RECURSOS E PREVIDÊNCIA S/A  
10 SET. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# 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:

844.793.887-33 Edmilson de Pontes

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

Nome completo:

Edmilson de Pontes

Profissão:

Bairro:

Centro

Endereço:

Rua Padre Zeferino Maria 406

Cidade:

Sope

Estado:

PB

Número:

844.793.887-33

Complemento:

CEP:

58340-000

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:

02003

CONTA:

40378

4

(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:

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (obrigatório)

Local e Data:

João Pessoa, 10/07/2013

Nome:

Edmilson de Pontes

CPF:

844.793.887-33

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

COMPREV PREVENIR

11 JUL 2013

PROTÓCOLO AG. 10200000

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Edmilson de Pontes

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RISCO, 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

Dados da ocorrência			
Data: 16.11.2018	Ocorrência Nº: 07	VTR: 17.21	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			Nº: S/N
Complemento:		Bairro: P. P. P.	
Ponto de referência: INTIMOS MOTEL		Cidade: GUANABARA-PB	
Dados da vítima			
Nome: EDMILSON DE ARAÚJO		Idade: 54	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Raça:	<input type="checkbox"/> Negro <input checked="" type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarelo		
Endereço: RUA MARCEL FRANCISCO DO NASCIMENTO - N.º 69		Telefone:	
Bairro: VILAGELO		Cidade: GUANABARA-PB	
Tipo de ocorrência			
X Colisão: <u>MOTO</u>		X <u>MOTO</u>	
<input type="checkbox"/> Ferimento por arma de fogo		<input type="checkbox"/> Queda de moto	
<input type="checkbox"/> Ferimento por arma branca		<input type="checkbox"/> Afogamento	
<input type="checkbox"/> Agressão física		<input type="checkbox"/> Urgência Cardíaca	
<input type="checkbox"/> Capotamento		<input type="checkbox"/> Urgência Respiratória	
<input type="checkbox"/> Desmoronamento/Desabamento/Soterramento		<input type="checkbox"/> Urgência Obstétrica	
<input type="checkbox"/> Intoxicação: Agente:		<input type="checkbox"/> Urgência Psiquiátrica	
<input type="checkbox"/> Queimadura: Agente:		<input type="checkbox"/> Alagamento	
<input type="checkbox"/> Transporte: Origem:		<input type="checkbox"/> QTA ( ) COCB ( ) Outros	
<input type="checkbox"/> Grau(s):		Superfície Corporal Queimada (regra da palma da mão):	
Condições de segurança		Situação da vítima	
Ativação do air bag: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Em automóvel	<input checked="" type="checkbox"/> Condutor	
Uso de capacete: <input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> não	<input checked="" type="checkbox"/> Em motocicleta	<input type="checkbox"/> Passageiro dianteiro	
Uso de cinto: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Em bicicleta	<input type="checkbox"/> Passageiro traseiro	
Em faixa de pedestre: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> Garupa/carona	
Outros:		Outros:	
Localização das lesões		Exame da vítima	
01. Abrasão		A - Vias aéreas	
02. Amputação		<input type="checkbox"/> Permeáveis <input type="checkbox"/> Não Permeáveis	
03. Avulsão		<input type="checkbox"/> Vômito	
04. Contusão		<input type="checkbox"/> Sangue	
05. Empalamento		<input type="checkbox"/> Secreção	
06. Encravamento		<input type="checkbox"/> Queda da língua	
07. Esmagamento		<input type="checkbox"/> Corpo estranho	
08. FAF		<input type="checkbox"/> Outros	
09. FAF		B - Ventilação	
10. Fratura aberta		<input type="checkbox"/> Eupnéia	
11. Fratura fechada		<input type="checkbox"/> Apnéia	
12. Laceração		<input type="checkbox"/> Dispnéia	
13. Luxação		<input type="checkbox"/> Bradipnéia	
14. Paralisia		<input type="checkbox"/> Taquipnéia	
15. Queimadura		<input type="checkbox"/> Ruidosa	
16. Outros:		<input type="checkbox"/> Outros	
Escala de Coma de Glasgow		C - Circulação	
Abertura ocular		Pulso	
Melhor resposta verbal		<input type="checkbox"/> Pulso radial	
Melhor resposta motora		<input type="checkbox"/> Normal	
Total		<input type="checkbox"/> Fria	
		<input type="checkbox"/> Quente	
		<input type="checkbox"/> Normal	
		<input type="checkbox"/> Sudorese	
		<input type="checkbox"/> Aumentado	
		<input type="checkbox"/> Diminuído	
		<input type="checkbox"/> Ausente	
		<input type="checkbox"/> Ausente	
		D - Neurológico	
		<input type="checkbox"/> Isocoria	
		<input type="checkbox"/> Anisocoria	
		<input type="checkbox"/> Otorragia	
		<input type="checkbox"/> Midriase	
		<input type="checkbox"/> Foto reagente	
		<input type="checkbox"/> Rinorragia	
		<input type="checkbox"/> Miose	
		<input type="checkbox"/> Não fotoreagente	
		<input type="checkbox"/> Convulsões	
Sinais vitais			
Inicial	PA	X	mmHg/FC
Final	PA	X	mmHg/FC
			bpm
			FR
			irpm
			SPO2
			% T
			°C

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

#### Relatório

Foi feito o deslocamento para o endereço ABDO AO SAMU NO ATENDIMENTO A 02 (duas) VÍTIMAS QUE COLIDIRAM MOTOCICLETA, AO CHEGAR NO LOCAL AS VÍTIMAS JÁ ESTAVAM RECEBENDO OS PRIMEIROS SOCORROS PELA EQUIPE DO SAMU. A VÍTIMA EDMILSON DE SOUZA DE 54 ANOS QUE SOFREU FRATURA FECHADA DO MÊMBRO INFERIOR DIREITO (FÊMUR), CONSCIENTE E ORIENTADO, FOI SOCORRIDA NA VIATURA DO BOMBEIRO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA-PB, PARA ATENDIMENTO MÉDICO.

#### Procedimentos efetuados

<input type="checkbox"/> Desencarceramento	<input type="checkbox"/> Ventilação de resgate	<input type="checkbox"/> Rolamento 90°	<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia
<input type="checkbox"/> Retirada com KED	<input type="checkbox"/> Desobstrução de VAS	<input type="checkbox"/> Rolamento 180°	<input type="checkbox"/> Reposição volêmica
<input type="checkbox"/> Curativo compressivo	<input type="checkbox"/> Aspiração de VAS	<input type="checkbox"/> Exposição da vítima	<input type="checkbox"/> RCP
<input type="checkbox"/> Curativo oclusivo	<input type="checkbox"/> Estabilização da cervical	<input type="checkbox"/> Imobilização de MMSS	<input type="checkbox"/> 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			

#### Recepção da portadora

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

#### Termo de recusa

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

Guarabira - PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

#### VÍTIMA OU RESPONSÁVEL

#### TESTEMUNHA 1

#### TESTEMUNHA 2

#### Destino da vítima

Receptor (ass. e carimbo):

#### Materiais e equipamentos

QTD	MATERIAL	QTD	EQUIPAMENTO
02	Luva de procedimentos		Colar cervical
02	Luva estéril N.º _____		Máscara de O <sup>2</sup> c/ reserv: ( ) adulto ( ) infantil
	Máscara de proteção		Cânula orofaríngea N.º _____
	Sonda de aspiração traqueal N.º _____		Ambu: ( ) adulto ( ) infantil ( ) neo
	Extensor de O <sup>2</sup>		DEA
	Catéter nasal		Oxímetro de pulso
	Gaze		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		Tracionador de fêmur
	LGE		Outros:
	Água		

#### Controle de materiais e equipamentos

MATERIAL	MOTIVO	LIBERAÇÃO
		_____ h _____ min
		_____ h _____ min
		_____ h _____ min

#### Componentes da Guarnição

Guarnição	Posto	Matrícula	Nome de guerra
Chefe	3. SGT B4	519.693-1	EMANUEL
Socorrista 1			
Socorrista 2			
Condutor	50 B4	526.083-3	DEIVILDO

Socorrista  
Gustavo Gouveia F. Lucena  
2º Ten. BM  
527.449-1

# 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 PUB  
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

Consulte sua conta e pontos em: [claro.com.br](#)  
Não pague Mensalidade  
Não pague Internet - consulte sua conta  
Pague celular \*11020  
Para atendimento: 104 ou 1052  
Para falar com o atendimento: 1052

## ClaroClube

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

2.888  
0

### 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>

**Período de Uso** **Vencimento**  
de 17/04/2019 a 16/05/2019 08/06/2019

Valor pago na última conta: R\$ 42,86

1. Plano Contratado 83.99105 0600

Valor R\$  
59,99

Oferta Conjunta Claro Mix

Aplicativos Digitais

Claro Controle 4GB + Minutos Ilimitados (158)

18,00

Desconto Claro Controle 4GB + Minutos Ilimitados (158)

Serviços Inclusos no seu Plano

Bônus de Internet promocional 12 meses - 2GB

Pacote de Dados Controle 4GB

Sub Total - Plano Contratado

R\$ 41,99

2. Outros Lançamentos

0,92

Juros e Multa

Sub Total - Outros Lançamentos

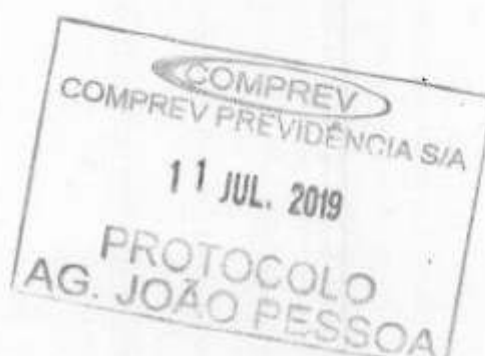
R\$ 0,92

Total a Pagar

R\$ 42,91

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

\* Cobrança Encargos por atraso: juros calculados na próxima conta. A partir de 14/05/19 para a FINEC e FINEC (1% a 0,5% do valor devido - Anexo da Copel 1311) - nos locais indicados no boleto e no site da concessionária.



**ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA**

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

**REAVISO DE CONTA**

CDC: 0000280012 - 6

06 - 001 - 409 - 3140

B

PEDRO JOSE DA SILVA  
RUA DA REPUBLICA 390  
JOAO PESSOA

VARADOURO

CEP: 58.010- 18

Coordenadas: -7,121236, -34,889865

Domicílio:

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

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO 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. 160158230

**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

Domicílio:

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

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

Pelo exposto, eu Flaviana do Silva Gamora  
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 invalidez 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.

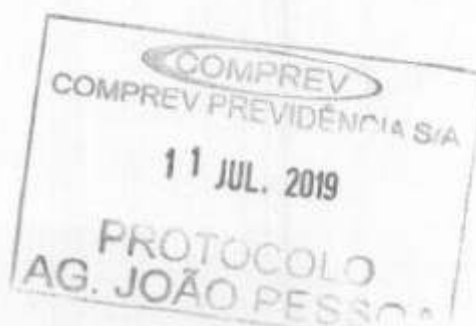
Endereço: <u>Rua da República</u>	Número: <u>390</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58010-180</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data:

João Pessoa, 10/07/2019

Flaviana do Silva Gamora

Assinatura do Declarante







## CERTIDÃO

Nº. 0523/2019

Atendendo solicitação de **EDMILSON DE PONTES** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº 182446 e Prontuário nº 2018.11.002173 pertencente ao requerente foi atendido dia 16/11/2018 às 22H30min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em tornozelo direito.

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

E para constar eu, 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 Burity  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
59056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 182446 Atc: Nao Regula  
Data: 16/11/2018  
Hora: 22:30:53  
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERE  
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 OLIVEIRA 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

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Endereço: 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

TC:

TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso:

Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Q. de Principais

TRAUMA EM MIP

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A

11 JUL. 2019

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

Observacao

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIG)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnóstico

Prescrição

Horario da medicacao

Eduardo Paz Lyra  
Médico  
CRM-PB 11457



Data 3 Hora 1 PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

CO  
COMPREV F  
11  
PRO  
AG. JOA

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-embolia  
Aplicação Campos Estéreis

### Incisão:

Lateral e medial em tornozelo ②

### Achados:

Fratura leve de tornozelo ②

### Conduta:

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

CC  
COMPREV

1

PRC  
AG. JO.

### Fechamento:

### OBS:

Data: 22/11/18

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

MÉDICO/



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Nome:** Edmilson de Paiva **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  
até 02/12/18  
de 02/12/18 (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 \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: EDMILSON DE PONTES					PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 54 A	SEXO: MAS	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	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 <i>S82.5</i>	
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 suprastndesmal. 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. ANDRÉ SIQUEIRA)

Dr. Yury Cordeiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 11507

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
11 JUL 2018  
AC. PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA





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



VALIDA EM TODOS OS TERREÇOS ALCOA

929.743.23 via 15 JUL 1969

EMILSON DE PONTES

Maria Odete de Pontes

(PARAÍBA)

15.03.1964

Cert de Cas. Nº 012.209, fls. 271, liv. 72

Cart. 2º Dist. de São João de Meri-  
ti-RJ.

Sub. Pres. 20

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
11 JUL 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
**CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA**  
**IDENTIDADE DE ADVOGADO**

**14540**

**FLAVIANA DA SILVA CÂMARA**

**FILIAÇÃO**  
**CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA**  
**ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA**

**DATA DE NASCIMENTO**  
**15/09/1984**

**JOÃO PESSOA-PB**

**2871190 - SSP/PB**  
**REGISTRO DE REGISTRO E TÍTULO**

**048 978 824-88**  
**12/01/2009**

**TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL** **07841734**

**USO OBRIGATORIO**  
**IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS**  
**(Art. 13 da Lei nº 9.505/97)**

**FLAVIANA DA SILVA CÂMARA**

**ASSINATURA DO DETENTOR**

**RESERVAÇÃO**

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
**11 JUL. 2019**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



COMPREV  
COMPEN SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
18 JUL. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

COMPREV  
COMPEN SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
[REDACTED]  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 929.743.2ª via DATA DE EMISSÃO 15 JUN. 1964

NOME EDMILSON DE PONTES

PAZAR Maria Odete de Pontes

(PARAIBA).

15.03.1964  
DATA DE NACIMENTO

Cert de Cas. Nº 012.209, fls. 271, liv. 72

B. Cart. 3ª Dist. de São João de Meri-  
ti-RJ.

CPF

Assinatura [Signature]

LEI Nº 7.116 DE 2008

BRASIL

Serviços Barra GovBr

(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.)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014081973144

4281808945

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

PNT 20180260012034-6

1 0107420168-7 00/00000000

GUANA DOS SANTOS

RUA JOSE AMERICO 395

NORDESTE 1

58205000 GUARABIRA - PB

7032770435

0F0414B/DE

SEVERINO TITO DA SILVA

NOVO PLACA ANT. PE 851EXKBA4DB01F989

PAS/CICLOMOTO/NRG APLIC

GASOLINA

MOTO TRAXX/7150098

2013-2014

2 1/4 701

CARTÃO

VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA  
N. MOTOC : JL1P39FMB13T010439

GUARABIRA - PB

23/07/2018

41980

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

Luzia 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, de acordo com a Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro (CTB).  
b) O comprador tem prazo máximo de 30 dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, 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**

**FATIMA PAULINO**  
Serviço Notarial

**FATIMA PAULINO - Serviço Notarial**

Prac. Linau Moura, 115 - Centro - Guarabira - PB  
CEP: 51.200-000 Fone: (31) 3271-3890  
E-mail: cart3@guarabira.pb.gov.br

RECONHEÇO, COMO AUTÊNTICA E VERDADEIRA, AS(S) FIRMAS(S)

LUZIA DOS SANTOS

EDMILSON DE PONTES

Em test. da verdade, Guarabira-PB 24/10/2018 14:01:52

Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto

(2018-009226) JEM:RS 18,96 FAPEN:RS 0,36 FEPJ:RS 1,80 ISS:RS 0,00

SELO DIGITAL: AHS28963-4F7T, AHS28964-W0HZ

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

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

11 JUL. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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

DETRAN - PB N° 014081973144  
4281808945

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO  
ERT 20180200012034-6

1 0107420168-7 00/00000000

LUANA DOS SANTOS  
RUA JOSE AMERICO 335  
NORDESTE 1  
58205000 GUARABIRA - PB

70527304850 0004148/18

SEVERINO TITO DA SILVA

NOVO - PB 051EXKEA3DS02F989

PAS/CICLOMOTO/MAR APPLIC GASOLINA

MOTO TRAXX/250CC-9 2017-2018

3 D/99 701 CATEGORIA VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TRANSFERÊNCIA  
N. MOTOR : JL1P39FMB13T010439

GUARABIRA - PB 23/07/2018  
41980 16437

**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 TRÂNSITO-DETRAN,  
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA 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, Sapé - PB

LOCAL E DATA:

João Pessoa, 24/10/2018

Luana dos Santos

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

O vendedor tem a 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. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).  
O comprador terá prazo máximo de 30 dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).  
É obrigatório o reconhecimento da firma do requerente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO:

Edmilson de Pontes

ASSINATURA DO COMPRADOR

**FP**

**FATIMA PAULINO**  
Serviço Notarial

**FATIMA PAULINO - Serviço Notarial**

Praca Lúcio Moura, 100 - Centro - Guarabira - PB  
CEP: 56.100-000 Fone: (31) 3271-1060  
e-mail: cart3@guarabira.pb.gov.br

reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(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] EMUL: R\$ 18,96 FWPEN: R\$ 0,56 FEPJ: R\$ 3,00 198888

SELO DIGITAL: #HS28963-6F71, #HS28964-60H2

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

ANTONIO A. OFFICIO  
Luis Blandi  
Conte  
23

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
  
[REDACTED]  
  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



CTC RECIFE PE PUB  
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

Consulte sua conta e pontos em: [claro.com.br](#)  
Não pague Mensal. Claro  
Não internet - sem internet com 4G  
Pelo celular \*11220  
Por aplicativo Claro 1052  
Para falar com o atendimento: 1052

## ClaroClube

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

2.888  
0

### 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>

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

Vencimento  
08/06/2019

Valor pago na última conta: R\$ 42,86

1. Plano Contratado 83.99105 0600

Valor R\$  
59,99

Oferta Conjunta Claro Mix

Aplicativos Digitais

Claro Controle 4GB + Minutos Ilimitados (158)

18,00

Desconto Claro Controle 4GB + Minutos Ilimitados (158)

Serviços Incluídos no seu Plano

Bônus de Internet promocional 12 meses - 2GB

Pacote de Dados Controle 4GB

Sub Total - Plano Contratado

R\$ 41,99

2. Outros Lançamentos

0,92

Juros e Multa

Sub Total - Outros Lançamentos

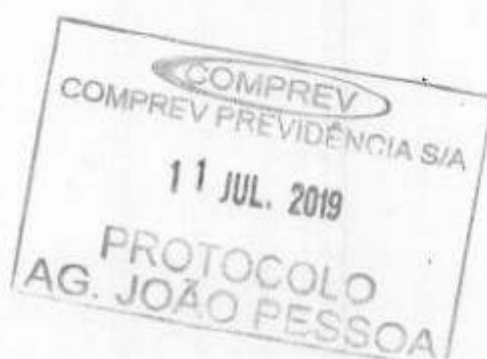
R\$ 0,92

Total a Pagar

R\$ 42,91

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

\* Cobrança Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. A partir de 14/05/19 para a FINEC e FINEC (1% a 0,5% do valor devido - Anexo da Copel 1311) - nos locais indicados no boleto, sob pena de anulação da reclamação registrada na concessionária.



# 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 Serviços gerais, brasileiro(a), estado  
R. Padre Zeferino nº 406, residente e domiciliado à Rua  
Município de Sape, Estado de (o) Paraná, bairro Centro  
portador(a) do Rg nº 129.743, SSP PR e CPF nº 844.793.887-53

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

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.

Cartório do  
3º Ofício

Edmilson de Pontes  
Outorgante  
CPF Nº 844.793.887-53

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

**FP FÁTIMA PAULINO**  
Serviço Notarial  
Praca Lima e Moura, 105 - Centro - Guarabira - PB  
CEP: 52.200-000 - Fone: (83) 3271-2030  
E-mail: cartorio3oficio@guarabira.pb.gov.br

**EDMILSON DE PONTES**  
Fé test. da verdade. Guarabira-PB 14/06/2019  
Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto  
[2019-004234] EML:RS 49,91 FAPEN:RS 0,22 FEP7:RS 1,98 ISS:RS 0,  
SELO DIGITAL: A1S17330-XRM  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

**CARTÓRIO 3º OFÍCIO**  
Praca  
Lima e Moura, 105  
Centro  
Fone: (83) 3271-2030  
GUARABIRA - PB

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
11 JUL. 2019  
AG. JOÃO PESSOA  
PROTUCOLO

# 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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



# 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

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

**CPF:** 844.793.887-53

**CPF de:** Próprio

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

**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