
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

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



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



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: 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: 8 - Endereço: CONJUNTO LOPAL LONDIA 9 - Número: SIN 10 - Complemento:
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: MULUNGU 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.354-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 00003960 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 CML) ☐ 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(s) (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 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 Invalidéz 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: 4020-1596 / 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

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: AV. DE PRODUÇÃO COM. LEALÂN DIA 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): 82-9845-3592

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
(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) ☐ 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 (val 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, Guarulhos, 07 de Fevereiro de 2020

Edjane Oliveira Pontes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

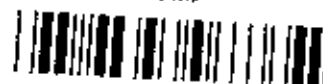
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 GARUPÁ 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 noticante

Aliene Valentim da Silva - CNH Nº 05911983810

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (83) 3271-6500

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

7 [2018-009250] EMD:R\$ 2,37 FAREM:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,51

SELO DIGITAL: AHT356S2-RK5A

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



JOSÉ GUARDIMAR NEGO
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 TELA



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

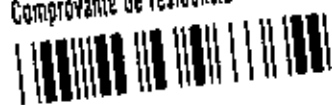
AGÊNCIA: 00042

CONTA: 000000003960-9

Nr. da Autenticação 9271111470FB0643

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, EDJANE OLIVEIRA PONTES,

RG nº 1892376 2ª VIA, 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)	CONJUNTO LEAL LONDIA
Número	S/N
Apto / Complemento	.
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	MULUNGU
Estado	PB
CEP	58354-000
Telefone de Contato	(83) 996088514
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: GOAEBIRA, 30 DE DEZEMBRO DE 2019

Assinatura do Declarante: Edjane Oliveira Pontes



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações, 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 _____, portador do CPF nº 094.398.434-94

com domicílio na cidade de GUATEMI, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Chão da Boa Esperança, nº 5/n

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

Edjone Oliveira Pontes, cujo o condutor era

Aliene Valentin da Silva

Veículo: Motomoto Modelo: Honda/Bis 125 MAX Ano: 2010/2010

Placa: NPS19244-PO Chassi: 9C25C4230ARJ15567

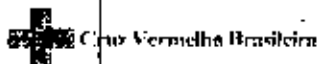
Data do Acidente: 09/05/2017

Local e Data: 2

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

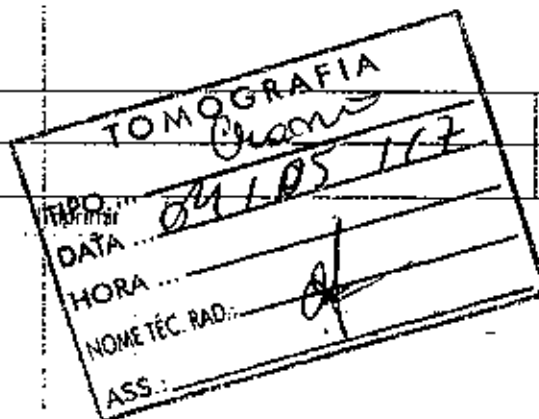
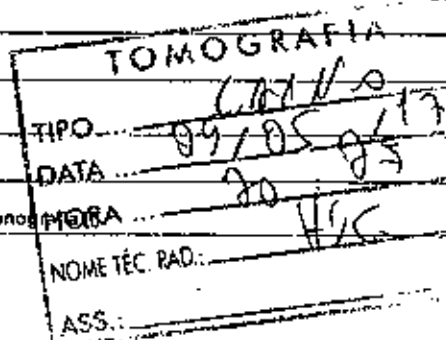
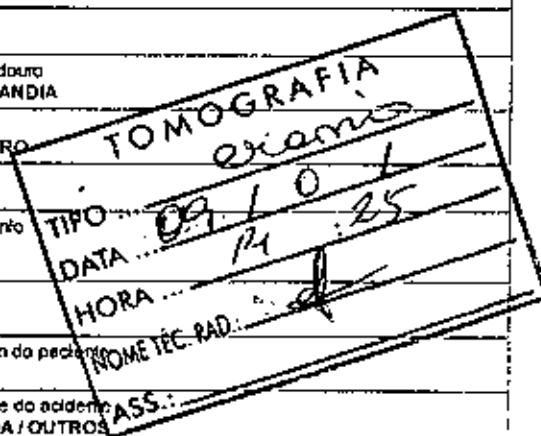
Documentação médica - hospitalar

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 998160



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
Mãe MARIA DE OLIVEIRA PONTES		Paí ANTONIO FLORENCIO DE PONTES	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) REMERSON DA SILVA SANTOS - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987109182	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	IPCns	
Local de procedência HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA ANTONIO PAULINO FILHO		Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB
E-mail	Naturalidade MULUNGU	CBOR	
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 de pulseira 1000006088285	Comento SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica	
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	Veio de ambulância NÃO	Trauma NÃO
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Rolo X []	Sangue []	Urina []	TC []
	Liquor []	ECC []	Ultrassom []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por WANDERSON MARIANO CIGUEIRO			
TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRO			
WANDERSON TOSCANO DE SALES - Titular			
Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (83) 3333-3333			



5

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original

apresentado. Em testemunho da verdade.

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

Wanderson Toscano de Sales - Titular

[2018-009251] EMUL:Rt 2,37 FASE:Rt 0,28 FASE:Rt 0,47 ISS:Rt 0,12

SELO DIGITAL: AHT35653-1X2V

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

04/05/2017 10:35



Ad 07.20'

FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

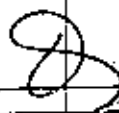
FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº: _____	CLÍNICA: _____
DO HOSPITAL: _____	
PARA O HOSPITAL: _____	
MÉDICO ASSISTENTE: <u>Yrajá Arruda</u>	DATA: <u>04.05.17</u>

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:	
NOME: <u>Edgane Oliveira da Costa</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 qu-</u> <u>sentando otorragia e desorientação.</u> <u>Glasgow = 12.</u> <u>PA: 110x80</u>

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:	 TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR WARDIRIA TOSCANO DE SALES - TRAF Av Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 56200-000 - Fone: (31) 3211-5502 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 [2018-009252] EMUL:R\$ 2,37 FAREM:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12 SELO DIGITAL: AN035654-NLM Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
<u>① Diclofenaco 75</u>	

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 - NCM
Paciente vítima de acidente de
moto, com TCE leve, pendu da coroa -
encaxi.

Glasgow 15
Pupila iso/foto
Sem defeito focar
Ausência de emesele

TC crânio:

Ausência de fratura
Contusão temporal à esq de par. realme.

CD: Obs. Neurologia rigorosa

Repetir TC crânio às 18:00h.

T
TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Ar Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 56200-000 - Fone: (33) 3271-6502
Autentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Guarabira-PB 16/11/2018 15:26:40
Wardria Toscano de Sales - Titular
[2018-009252] EML:R\$ 2,37 FAREN:R\$ 0,28 ETC:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Tomas Catão Monte Pasco
Neurocirurgia
CRM/PB 7742

04/05/17 14:00

Paciente vítima de acidente de moto
com encefalopatia traumática, sem lesão;
Pupila aferida;

Rx: Sem fratura ou lesão

CD = SAT 5000 UDT 1500h
Alta da unidade

Dr. Matheus Enomoto
MÉDICO
CRM-PB 10204

PR
Remo

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 *crente*
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 *crente*

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 pressão. Melhora importante
TC crânio. Contusão temporal em fase
fornal de absorção.*



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
MUNICÍPIO DE GUARABIRA - PB, CEP: 56200-000 - Fone: (82) 3371-8100

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 FAREN:R\$ 0,28 FEPIA:R\$ 0,17 ISS:R\$ 0,12

SELO DIGITAL: AHT35656-XLZA

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

Thaís Azeite Teixeira
Neurocirurgia
CRM 1747

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

BE = 998160

NOME: EDJANE OLIVEIRA DE PONTES

DATA: 09/05/2017

A

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA BRANDA *ciente*
2. SRL 1500 ML EV 24H *2x 2x 3x*
3. OMEPRAZOL 40MG + AD 10 ML EV 1X/D *06*
4. DIPIRONA 1 G EV 6/6 H S/N *07*
5. NAUSEDRON 8MG + AD 8/8H S/N
6. FENITOINA 100 MG VO 8/8H *2x 08*
7. CETOPROFENO 100+ SF 100 EV 12/12H *2x 04*
8. DECADRON 4MG EV 8/8H *2x 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*

HCTE (134) 22

MG - 227 mg/l (30/05)

PA - 100x70 (10/05)

TS

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRO
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - TITULAR E REGISTRO
Av. Dom Pedro II, nº 41 - Centro - Guarabira - PB. CEP: 56200-000. FONE: (31) 3271-8502

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] EMUL:R\$ 2,37 FAFER:R\$ 0,28 FEF:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: AHT35655-SLX7
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Dra. THAISCARATELLE
NEUROCIRURGIA
CRM 12345

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

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Laranja A

1. DIETA BRANDA *ciute*
2. SRL 1500 ML EV 24H *19 20 30*
3. OMEPRAZOL 40MG + AD 10 ML EV. 1X/D *04 F*
4. DIPIRONA 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

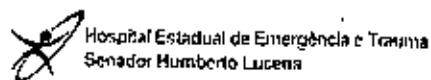
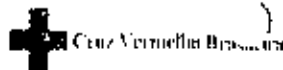
SEM DEFICITS FOCAIS

CONDUTA : SEGUE EM VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA

Gustavo V. Alves Porto
CRM: 7650/PB
Neurocirurgião



T
TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRO
VIAJERIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB. CEP: 56200-000 - 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
Mardiria Toscano de Sales - Titular
[2018-009249] EMOL:R\$ 2,37 FAREM:R\$ 0,28 FEP:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: AHT35651-YSLU
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	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
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 DIPIRONA 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) - (24) - (08)
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
5 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		06
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
Médico Assistente Endocrinologista
Pantufal CRM-PB 7030

07 de Maio de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Wardiria TOSCANO DE SALES - Titular

Av. Dom Pedro II, nº 41 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (83) 3271-8502

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

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

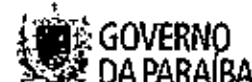
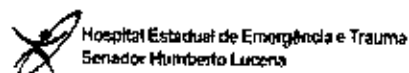
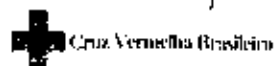
Wardiria Toscano de Sales - Titular

[2018-009251] EMUL:PB 2,37 FAREM:PB 0,28 FISC:PB 0,47 ISS:PB 0,12

SELO DIGITAL: AMT35653-1Y8U

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		
3 FENITOINA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
4 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	AMP		E.V.		6/6H		
Diluir em AGUA DESTILADA	1.0	AMP						
5 ONDANSETRONA 4MG/2ML	4.0	MG		E.V.		8/8H	Observação: SN	
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
6 OMEPRAZOL 40 MG (FRASCO-AMPOLA COM DILUENTE)	40.0	MG		E.V.		1X AO DIA		
Diluir em AGUA DESTILADA	40.0	ML						
7 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							
8 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							

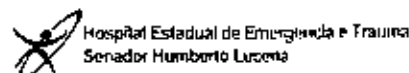
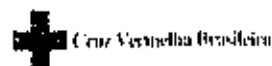
06 de Maio de 2017

JOSE LAVOISIER FEITOSA NETO
CRM: 7030



 Assinatura e Carimbo do Profissional

T
TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRO
WÁRDIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 56200-000 - Fone: (31) 3271-8502
Autentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Guarabira-PB 16/11/2018 15:26:40
Wárdia Toscano de Sales - Titular
[2010-009253] EMUL:R\$ 2,37 FAREJO:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: #HT35455-5LX7
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



A

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

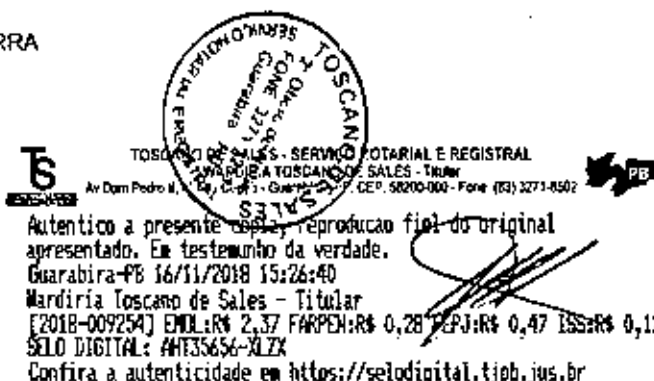
PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

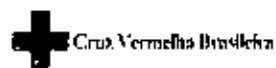
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprezamento
1 DIETA	0.0			ORAL				
2 Solução Fisiológica 0,9%	2000.0	ML		E.V.		24H		
3 DÍPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	AMP		E.V.		6/6H		
Diluir em AGUA DESTILADA	1.0	AMP						
4 ONDANSETRONA 4MG/2ML	4.0	MG		E.V.		8/8H		
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						
FENITOINA 50MG /ML INJETAVEL	2.0	ML		E.V.		8/8H		
Diluir em AGUA DESTILADA	10.0	ML						
CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0						ATT.	
OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0						ATT.	

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 6018



Dr. MAURO GUERRA TERRA
Nº 6018
Assinatura e Carimbo do Profissional

05 de Maio de 2017



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	04/05/2017 10:53:49
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor		Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a 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. DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	AMP		E.V.		AGORA	Observação: diluir em ed	15:00
3. PARECER ORTO	0.0							
4. SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0							

RHAISSA MARIA ASSUNÇÃO ANDRADE DE

CRM: 9963

NCR 04/05/17
22:32

Rhaissa Maria Assunção Andrade de
CRM: 9963

04 de Maio de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

Atestamos a presente cópia, reproduzida fiel do original apresentado, em testemunho da verdade.
Guarabira-PB 16/11/2018 15:25:40
Márcia Tarciano de Sales - Titular
[2018-0097250] ENL:R 2,57 FAPTECH:R 0,28 FERJ:R 0,12
SIO DIGITAL: 4013652-RCSA
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tipo:jus.br>



Paciente evoluiu de Su intensificação

resolução:

→ Ao chegar:

- Gloriana 15
- Su difíceis 1 ano
- Causas de Varizes

→ CD = TC de Causas CONTRA
• Uls. em Periclitos

DR. EMERSON MAGNO DE ANDRADE
NEUROCIRURGO
CRM-PB 62755



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: PROXIMO MOTEL CASA BLANCA			Cidade: GUARASIMA
Nome: EDJANE OLIVEIRA DE PONTES		Idade:	Sexo: ☐ M ☐ F
Raça:	☐ Negro ☐ Pardo ☐ Branco ☐ Indígena ☐ Amarelo	Telefone:	
Endereço: LEOLLANDIA		Cidade: CUITÉ	
Bairro:		Cidade: CUITÉ	
☐ Colisão: X		☐ Vítima de queda: _____ metros	
☐ Ferimento por arma de fogo	☐ Queda de moto	☐ Afogamento	☐ Crise Convulsiva
☐ Ferimento por arma branca	☐ Atropelamento	☐ 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	☐ QTA () COCB () Outros
☐ Intoxicação: Agente: _____	☐ Alagamento	☐ 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. Empiamento		☐ Queda de língua	☐ Taquipnéia
06. Encravamento		☐ 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 ☐ Sudorosa	
12. Laceração		☐ Aumentado	
13. Luxação		☐ Diminuído	☐ Normal ☐ > 2 segundos
14. Parafasia		☐ Ausente	☐ Ausente
15. Queimadura		☐ Isocoria	☐ Anisocoria ☐ Otorrágia
16. Outros: HEMATOMA	☐ Midríase	☐ Foto reagente ☐ Rinorrágia	
Abertura ocular	☐ Miose	☐ Não fotoreagente ☐ Convulsões	
Melhor resposta verbal			
Melhor resposta motora			
Total			
A _____ X _____ mmHg PC _____ bpm FR _____ lpm SPO2 _____ % T _____ °C			
A _____ X _____ mmHg PC _____ bpm FR _____ lpm SPO2 _____ % T _____ °C			

Alergia: ☐ sim ☐ não Qual?	Use 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.

NOTO DE PLACA: 9244 CUITEGI P.B. / BIS

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

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 - PE, _____ de _____ de 20_____

VÍTIMA OU RESPONSÁVEL

TESTEMUNHA 1

TESTEMUNHA 2

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA

Receptor (ass. e carimbo):

Yago E. de Arruda
 Chefe Geral
 2597

01 Luva de procedimentos	01 Colar cervical
02 Luva estéril N° _____	Máscara de O ₂ c/ reservi () adulto () infantil
02 Máscara de proteção	Cânula orofaríngea N° _____
Sonda de aspiração traqueal N° _____	Ambu: () adulto () infantil () neo
Extensor de O ₂	DEA
Cateter nasal	Oxímetro de pulso
03 Gaze	Tala moldável tamanho () G () M () P () PP
Compressa	01 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	

01 PRANCHA

VÍTIMA GRAVE COM SUSPEITA DE TCE

_____ h _____ min
 _____ h _____ min
 _____ h _____ min

Guarnição	Posto	Matrícula	Nome de guerra
01 Chefe	12 SGT	521.495-5	JUNIO
Socorrista 1	SD		VIRGINIO
Socorrista 2			
Condutor	32 SGT		ROSSANO

Socorrista
 [Assinatura]
 CSU



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

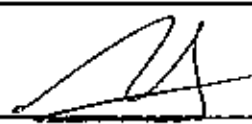
RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: contusão temporal esquerda

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de trauma craniano

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


Dr. Juan Jaime Alcobá 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): 12759761446

Nome:

EDJANE OLIVEIRA PONTES

Endereço:

CONJ LEOLANDIA SN

Bairro:

CEP - Município - UF:

58354000 / MULUNGU / PB

Agência da Previdência Social:

13001020

Nome da Agência:

GUARABIRA

Endereço da Perícia:

RUA SABINO MAIA, 903

Bairro da Perícia:

CENTRO

Município da Perícia:

GUARABIRA

Exame Médico-pericial
agendado para:

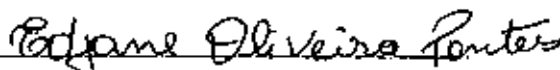
21/08/2017 09:20

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


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 1.892.376 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 04/01/2019

NOME
EDJANE OLIVEIRA PONTES

FILIAÇÃO
ANTÔNIO FLORENCIO DE PONTES
MARIA DE OLIVEIRA PONTES

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

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº 0002652 - LIV. 00003 - FLS. 237 - CARTÓRIO
MULUNGU-PB

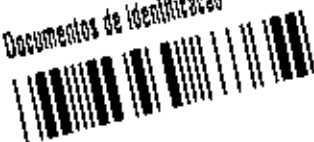
CPF
982.329.084-91

Edjane Oliveira Pontes

A+

LEI Nº 11.340 DE 29/09/03

Documentos de Identificação



CARTEIRA DE IDENTIDADE

Edjane Oliveira Pontes





P-262

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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: 041.380.364-31

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 receituários 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)
☐ Formulário do 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: _____ Tel.: (83) 996088514

Data: 30/12/2019 Assinatura: Edjane Oliveira Pontes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AGÊNCIA DOS CORREIOS DE GUARABIRA

Atendente: _____ João Rivaldo Mendes Cordula
E-mail: _____ E-mail: _____
Telefone: _____ Tel.: 8.877.787-7

Data: 30/12/2019 Assinatura: _____



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, 903, 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



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. 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.

Informamos, ainda, que foi reconhecido o nexo entre o agravo e a profisslografia, 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 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

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 Obito	
Afiliação	1 - Empregado	E-mail	JALLYFERNANDATST@GUARAVES.COM.BR

Informações do Empregador

Razão Social/Nome	GUARAVES GUARABIRA AVES LIDA	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	EDJANE 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 LANDIA SN
DIS/PASEP/NIT	1275976144-6	CEP	58354000
Bairro	UTINGA	Município	MULUNGU
Estado	PB	CEO	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	Reg. Policial	Não
Local do Acidente	5 - Outros	Esp. Local	
CGC da Prestadora	CNPJ - -	UF do Acidente	
Município do Acidente		Último dia Trabalhado/Dt Obito	04/05/2017
Parte do Corpo	-		
Agente Causador	-		
Sit. Gerador	-		
Morte	Não	Data Óbito	

Guarabira 05/05/2017

Local e Data

Assinatura e carimbo do emitente

Informações do Atestado Médico

Unidade	HOSP. EMERG E TRAUMA	Data Atend.	04/05/2017
Hora Atend.	00:00	Houve Informação?	Sim
Deverá o acidentado afastar-se durante o tratamento?	Sim - 060 dia(s)		
Nat. Lesão	70.20.90.000 - LESÃO IMEDIATA, NIC		
CID - 10	S06 - Traumatismo intracraniano	CRM	0090005247 - 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 deste 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.

EDJANE OLIVEIRA PONTES
LOC COM/ALB/LANDIA, BN/POUC - ARSA RURAL
MULUNGU/PB CEP: 58354000 (A/3-22)

Ligação MONOPHÁSICO
Civ/Sec: RES MTC B1/ RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 1-43-782-2435 Referência: Dez/2019
Medidor: 0001337134 Emissão: 04/12/2019



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B230, km 25 - Círculo Rodentier - João Pessoa/PB - CEP 58071-890
CNPJ 08.095.192/0001-40 - Insc. Est. 18.015.829-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 038.096.804
Cód. para Deb. Automático: 00012428323

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2019	04/12/2019	03/01/2020	992.329.084-01

UC (Unidade Consumidora): 5/1342652-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
Aproveite o 1º e regularize suas contas em atraso: podemos negociar para você começar o ano novo numa boa!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
04/11/19	5457	04/12/19	5580	1	123	28

Demonstrativo	
Quantidade	Tarifa
0001 Consumo até 20kWh-BR	20,000 0,270670 5,41
0001 Consumo - 21 a 100kWh-BR	70,000 0,484200 33,89
0001 Consumo - 101 a 220kWh-BR	13,000 0,788100 10,25
0001 Adc. B. Vermehe	0,00 0,00 0,00
0001 Adc. B. Antares	0,00 0,00 0,00
0010 Subsidio	40,55 40,55 27 10,95
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS	
0007 CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	12,00 12,00 0 0,00
0004 JUROS DE MORA 10/2019	0,71 0,00 0 0,00
0005 MULTA 10/2019	1,13 0,00 0 0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETARIA 10/2019	0,22 0,00 0 0,00
0006 Devolução Subsidio	0,00 0,00 0 0,00
TOTAL	
80,65 80,65 58,22 22,78 0,88 4,56	

Médis Último mesem (kWh) 102
VENCIMENTO 11/12/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 80,65

Histórico de Consumo (kWh)

96	108	97	100	117	109	102	110	99	108	102	112
Dez19	Jan19	Fev19	Mar19	Abr19	Ma19	Jun19	Jul19	Ago19	Set19	Out19	Nov19

RESERVADO AO FISCO
b76d.220d.c986.0283.1382.2408.5a99.82c1.

Indicadores de Qualidade 10/2019 - Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminacao	Valor (R\$)	%
DIOMEDIAL	11,30	0,00	Servicos de Dist. de Energia/PB	13,89	16,98
DIOTRIMESTRAL	22,61		Consumo de Energia	17,33	22,72
DIOMANUAL	45,22	0,00	Servicos de Transmissao	3,04	3,82
DIOMENSAL	7,74		Encargos Setoriais	2,08	2,66
DIOTRIMESTRAL	15,48	0,00	Impostos Diretos e Encargos	44,83	56,71
DIOMANUAL	30,96		Outros Servicos	0,00	0,00
DIOMENSAL	8,19	0,00	Total		80,65 100,00
DIOTRIMESTRAL	16,38		Valor do ELISD (Ref. 10/2019) R\$ 15,86		

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) do lado relacionado(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 10/12/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após esse data não elimina a possibilidade de corte suspenso do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso o sistema efetue o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento. - Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$27,21.

Faturas em atraso

Nov/19 75,88



VALIDO SOMENTE NO BRASIL

CAIXA

POUPANÇA

6277 8015 9835 0423

EDJANE OLIVEIRA PONTES
0042 013 00003960-9

VALIDO ATÉ
08/21

e!c

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?

[☒] 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)?

[☒] 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: (X) 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