

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180259326

Vitima: CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCOIS MARQUES AMORIM

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180259326**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

Sinistro: 3180259326

Vítima: CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCOIS MARQUES AMORIM

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180259326** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2018

Carta n°: 13035690

A/C: CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180259326
Vitima: CLEMILDO ALVES DOS SANTOS
Data do Acidente: 12/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCOIS MARQUES AMORIM

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000538975-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|-------------------------|-----|---------------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 843,75 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

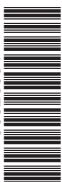
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ **843,75**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

732.529.134-53

Nome completo da vítima

Clemídeo Alves dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | | |
|---------------|---------------------------|--------|----------------------|----------------|-------------|------------------|
| Nome completo | Clemídeo Alves dos Santos | | CPF titular da conta | 732.529.134-54 | Profissão | Op de Maquinaria |
| Endereço | Vila Projeto da | | Número | 5/N | Complemento | |
| Bairro | Chico Pereira | Cidade | Estado | PB | CEP | 58.155-000 |
| Email | | | | | | Telefone (DDD) |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **0041** D/V **5389 75** D/V
 (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

| | | |
|------------------------------|------|------------------------------|
| BANCO | Nome | NRO. |
| | | |
| AGÊNCIA | D/V | CONTA |
| NRO. | | NRO. |
| | | |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Clemídeo Alves dos Santos
 Local e Data

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

2018 06 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Clemídeo Alves dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE POMBAL
Rua Prof. Newton Seixas, Sn, Boa Esperança / Fone (83) 3431-2206

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 408/2018

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data do fato: **12/02/2018** – Horário: **21h 00min**

Local do ocorrido: **BR 427, SAIDA DE POMBAL/PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **21/05/2018 – 15h 41min**

COMUNICANTE: CLEMILDO ALVES DOS SANTOS, alcunha //; Filiação: Miguel Alves dos Reis e de Carmelita Alves dos Santos; **Profissão:** aperador de maquina e pedreiro; **Estado Civil:** convivente; **Naturalidade:** Campina Grande - PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 01/12/1970; **Endereço Residencial:** Rua Jose Cândido, 69, bairro Chico Pereira, Soledade – PB; **Endereço Profissional:** **; **Telefone** ; **Portador da CI/RG nº:** 1.451.811 – SSP/PB.

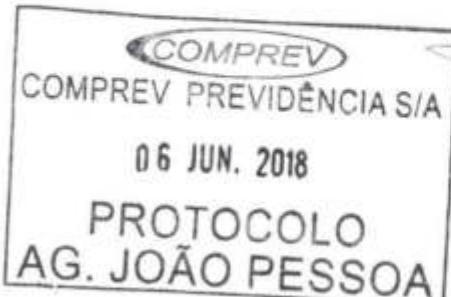
HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados vinha como passageiro de mototaxi, nesta cidade, quando ocorreu uma colisão com um carro, vindo a cair em ao chão; Que, o condutor da motocicleta morreu no local, conhecido BONZINHO; Que, não conseguiu localizar a família dele para pegar os dados da motocicleta; Que fora socorrido(a) por/ pelo SAMU e levado (a) para o hospital Regional de Pombal; Que devido ao acidente teve a(s) seguinte(s) lesão(ões): fratura no joelho esquerdo e três costelas fraturadas e perfuração na bexiga, baço, figado e intestino; Que apresenta como testemunha os socorrista do SAMU qualificados no relatório daquele instituição: KAMILA e STENIO; Que vem comunicar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, 21 de maio de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. CLENALDO QUEIROZ DE MEDEIROS.

COMUNICANTE: Clemildo Alves dos santos

Heromar P. Trigueiro
Escrivão de Polícia
Mat. 156.597-4





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18010518B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

| | | | | |
|----------------------|------------------|--------|--|--|
| POLICIAL/MATRÍCULA: | DATA/HORA: | | | |
| R. CRUZ/1969527 | 12/02/2018 22:30 | | | |
| Na Rodovia | | | | |
| MUNICÍPIO/UF: | | | | |
| POMBAL/PB | | | | |
| BR: 427 | KM: 36.9 | SENTO: | | |
| DESCRITIVO DO LOCAL: | | | | |

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

| | | |
|------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| FASE DO DIA: | CONDICÃO METEOROLÓGICA: | |
| Plena Noite | Garoa/Chuvisco | |
| TIPO DE VIA: | TIPO DE PISTA: | CONDICÃO DE PISTA: |
| Principal | Simples | Molhada |
| TIPO DE PAVIMENTO: | ESTRUTURA VIÁRIA: | |
| Asfalto | Curva | |
| LOCALIDADE URBANIZADA: | EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO: | EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL: |
| Sim | Sim | Não |

IMAGEM PANORÁMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÁMICA - SENTIDO DECRESCENTE

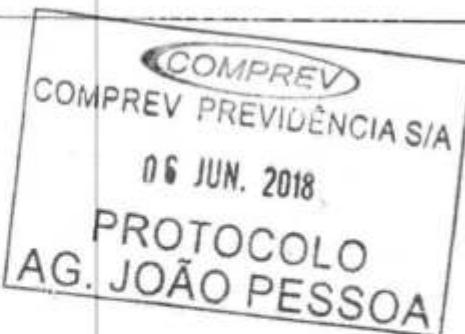


IMAGEM DO LOCAL



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

Imagens prejudicadas pela falta de luminosidade.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA 1969527

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 13/02/2018 12:44

NUMERO DE CONTROLE: 4B30B3A7B09A7A4D7B699ABEF5EBCB

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18010518B01

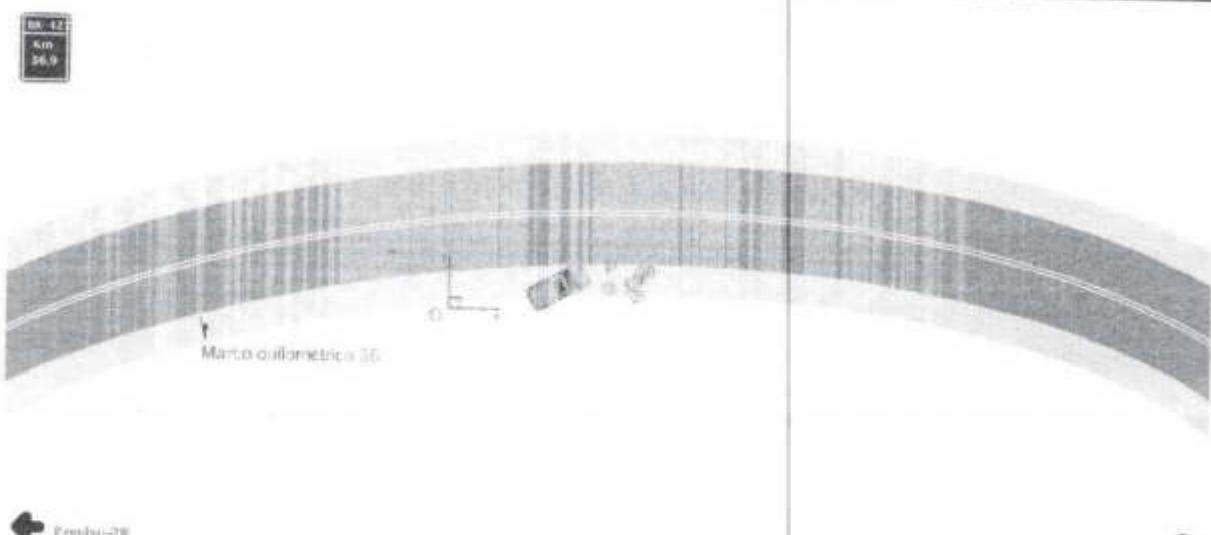
STATUS:
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

| Ordem | Tipo de Evento | Veículos Envolvidos |
|-------|-----------------|---------------------|
| 1 | Colisão lateral | |

Croqui



Narrativa

No dia 12/02/2018, às 22h40min, a equipe PRF foi acionada para atender um acidente tipo COLISÃO LATERAL ocorrido na ER 427, km 36,9, no município de POMBAL/PB. Chegando ao local, às 22h50min, encontrou os veículos em sua posição de repouso e as vítimas já socorridas pelo SAMU. O acidente, uma COLISÃO LATERAL, envolveu o veículo V1 - HONDA FA 500 CARGAR, e o veículo V2 - HONDA/CG150 TITAN MIX ES. O V1 seguia o fluxo da via, deslocando-se sentido POMBAL/PB x SERRA NEGRA DO NORTE/RN, e foi impactado em sua lateral direita parte dianteira por V2, o qual invadiu a mão de V1, o condutor do V1 teve politraumatismo nas pernas, TCE e forte impacto no torax, o passageiro de V2 teve ferimentos leves enquanto condutor e passageira de V1, nada sofreram. OBS.: 1 - Velocidade regulamentar no local é de 100 km/h; 2 - A via estava com a sinalização horizontal e vertical em ordem e com o pavimento em bom estado de conservação. Quanto as condições ambientais, estes eram de céu nublado e havia sinais de ter havido precipitação pluviométrica no momento do acidente; 3 - O acidente vitimou gravemente o sr. FRANCISCO ARAUJO DE SOUSA FILHO, condutor de V2, e com lesões leves o sr. CLEMILDO ALVES DOS SANTOS, passageiro de V2. O condutor e passageiro faziam uso do capacete. Foram encaminhado ao Hospital de Pombal pelo SAMU; 4 - Quando chegamos ao local, uma equipe da PRF realizava segurança e sinalizava com viaturas o sítio do acidente; 5 - O condutor de V1 não foi submetido ao teste devido os ferimentos que sofreu no acidente.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NA DATA DE 12/02/2018

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA Ocorrência: 13/02/2018 12:44

NÚMERO DE CONTROLE: 4B3058A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novodoc/verificacao



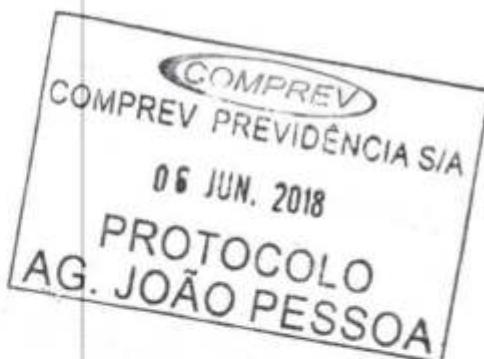
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18010518B01
STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

| | | | |
|---|--------------------------|--|-------------------------|
| SEQUENCIAL: V1 | PLACA: NQE6677 | MARCA/MODELO: I/MMC PAJERO DAKAR | ANO FABRICAÇÃO: 2010 |
| SITUAÇÃO: Tracionador | | TIPO DE VEÍCULO: Utilitário | |
| CHASSI: MMBGRKH80BF000526 | RENAVAM: 00226884031 | PAÍS: BRASIL | |
| ESPECIE: Misto | CATEGORIA: Particular | MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento | |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: | | | |
| NOME DO PROPRIETÁRIO: CLAUDOMIR LUIZ DE ARAUJO | | CPF/CNPJ: 206.946.794-53 | |
| Dados de Endereço | | | |
| LOGRADOURO: R ADMILSON L ALMEIDA 310 JD ST | | BAIRRO: | NUMERO: 00310 |
| COMPLEMENTO: JD STA ROSA | | | |
| MUNICÍPIO/UF: POMBAL/PB | | | |
| TELEFONE: | | EMAIL: | |
| Dados da Carga | | | |
| DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: vazio | | | |





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18010518B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

| | | | |
|---|------------------------------|--|-------------------------|
| SEQUENCIAL: V2 | PLACA: QET2090 | MARCA/Modelo: HONDA/CB150 TITAN MIX ES | ANO FABRICAÇÃO: 2009 |
| SITUAÇÃO: Tracionador | CHASSI: 9C2KC1620AR003906 | TIPO DE VEÍCULO: Moto/ciclo | |
| | | BRASIL | |
| ESPECIE: Passageiro | CATEGORIA: Particular | LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE: Transitando na contramão da direção (exceto ultrapassagem) | |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Invadiu a faixa contrária do seu fluxo | | | |

NOME DO PROPRIETÁRIO:
MATEUS SILVA BRILHANTE DE LIMA

Dados de Endereço

LOGRADOURO:
R CROMACIO WANDERLEY 776 CASA

NÚMERO:
00776

COMPLEMENTO:
CASA

BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:
POMBAL/PB

TELEFONE:
EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Encaminhamento

MOTIVO:
Outros

TIPO DE RECEPTOR:
Depósito credenciado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Emplacamento a rasaco.





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18010518B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

| | | |
|-----------------------------------|-------------------------|---------------------|
| SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: | ENVOLVIMENTO: | |
| V1 / NQE6677 / I/MMC PAJERO DAKAR | Condutor | |
| NOOME: | CPF: | DATA DE NASCIMENTO: |
| DUANY AUGUSTO FIUSA DE ARAUJO | 049.127.604-47 | 03/03/1985 |
| Nº DE IDENTIFICAÇÃO: | ÓRGÃO EXPEDIDOR: | SEXO: |
| | | Masculino |
| ESTADO CIVIL: | NOME DA MÃE: | |
| Solteiro(a) | CACILDA FIUSA DE ARAUJO | |
| Dados de Endereço | | |
| LOGRADOURO: | NUMERO: | |
| RUA ADMILSON LEITE DE ALMEIDA | 310 | |
| COMPLEMENTO: | BAIRRO: | |
| CASA | Santa Rosa | |
| MUNICÍPIO/UF: | | |
| POMBAL/PB | | |
| TELEFONE: | EMAIL: | |

Dados da Habilitação

| | | |
|-------------------------------|----------------------|------------|
| HABILITAÇÃO: | PAÍS DA HABILITAÇÃO: | CATEGORIA: |
| Habilitação Nacional | | AB |
| MOTORISTA PROFISSIONAL: | Nº DO REGISTRO: | UF: |
| Não | 03954912704 | PB |
| DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: | VALIDADE DA CNH: | |
| 19/10/2006 | 18/09/2022 | |

OBSERVAÇÕES DA CNH:

99

Circunstâncias

| | | |
|--|---|--------------------------------|
| ESTADO FÍSICO: | USAVA CINTO DE SEGURANÇA: | |
| Iluso | Sim | |
| USAVA CAPACETE: | USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: | |
| NÃO APPLICÁVEL | NÃO APPLICÁVEL | |
| TESTE DO ETILOMÉTRO FOI POSSÍVEL: | RESULTADO DO TESTE: | RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: |
| Não | | Não |
| DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: | Condutor não se encontrava no local do acidente pois foi junto com a companheira grávida para hospital para que a mesma recebesse cuidados médicos pois ela ficou muito nervosa com a ocorrência. | |
| VISIVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: | SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: | |
| Não | Não | |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA: | | |

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
06 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18010518B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/Modelo:

V1 / NQE6677 / I/MMC PAJERO DAKAR

NOME:

ANGELITA PEREIRA DOS SANTOS NETA

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

035

105.443.044-52

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

EN VOLVIMENTO:

Passageiro

DATA DE NASCIMENTO:

24/04/1995

SEXO:

Feminino

ESTADO CIVIL:

NOVIA DA MÃE

MARIA LUCILA FERNANDES DINIZ

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

Antonio Fernandes de Almeida

NUMERO:

491

COMPLEMENTO:

CASA

MUNICÍPIO/UF:

POMBAL/PB

TELEFONE:

E-MAIL:

BARRA:

Nova Vida

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Iluso

USAVA CAPACETE:

NÃO APPLICÁVEL

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

Sim

USAVA CINTO DE SEGURANÇA PARA TRANSPORTE DE CRIANÇAS:

NÃO APPLICÁVEL

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18010518B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / OET2090 / HONDA/CG150 TITAN MIX ES

NOME

FRANCISCO ARAUJO DE SOUSA FILHO

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

CPF:

026.651.544-47

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

ENVOLOVIMENTO:

Condutor

DATA DE NASCIMENTO:

10/10/1973

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

Casado(a)

NOME DA MÃE:

MARIA DE LOURDES DE SOUSA ARAUJO

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

Antonio Fernandes de Almeida

COMPLEMENTO:

casa

MUNICÍPIO/UF:

POMBAL/PB

TELEFONE:

NÚMERO:

493

BAIRRO:

BAIRRO NOVA VIDA

EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Graves

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA CAPACETE:

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

Sim

NÃO APLICÁVEL

TESTE DO ETILOMÉTRO FOI POSSÍVEL:

RESULTADO DO TESTE:

Não

RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:

Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

Condutor socorrido pelo SAMU em estado grave, com TCE, poli-traumatismo nos membros inferiores e com dores no tórax.

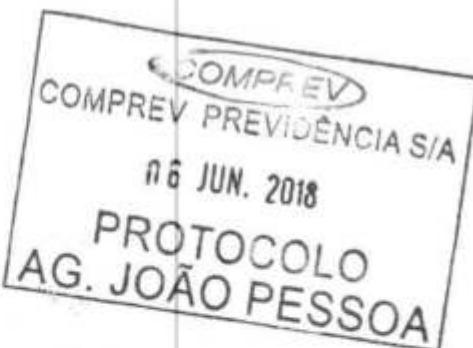
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:

Não

SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Não

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18010518B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / OET2090 / HONDA/CG150 TITAN MAX ES

NOME:

CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ESTADO CIVIL:

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

José Cândido

COMPLEMENTO:

casa

MUNICÍPIO/UF:

SOLEDADE/PB

TELEFONE:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Leves

USAVA CAPACETE:

Sim

Encaminhamento

MOTIVO:

Socorro médico

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

TIPO DE RECEPTOR:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO

Equipe de Pombal

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18010518B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / NQE6677 / I/MMC PAJERO DAKAR

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

R. CRUZ/1969527

NUMERO DO BAT:

18010518B01

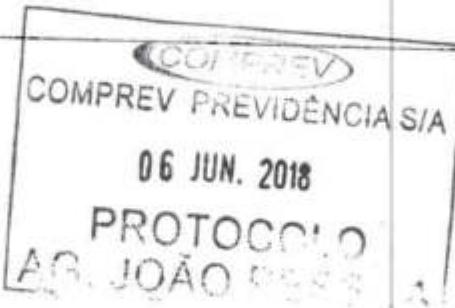
DATA/HORA:

12/02/2018 22:30

| Item | Descrição do Item | Valor | Item danificado no acidente | | |
|------|---|-------|-----------------------------|-----|----|
| | | | SIM | NÃO | NA |
| 1 | Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho. | M | | X | |
| 2 | Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassis. | M | | X | |
| 3 | Para choque traseiro danificado. | M | | X | |
| 4 | Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão. | M | | X | |
| 5 | Avaria em qualquer um dos eixos | M | | X | |
| 6 | Dano em qualquer componente do Sistema de freios. | M | | X | |
| 7 | Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina. | M | | X | |
| 8 | Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina | M | | X | |
| 9 | Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas | M | | X | |
| 10 | Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina. | G | | X | |
| 11 | Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina. | G | | X | |
| 12 | Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas | G | | X | |
| 13 | Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi. | M | | X | |
| 14 | Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão | M | | X | |
| 15 | Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi. | G | | X | |
| 16 | Air bags (se existir) | M | | X | |

DIMENSÃO DA MONTA:

Pequena



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA 1969527

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 13/02/2018 12:44

NÚMERO DE CONTROLE: 4E30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE AUDIÊNCIA DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18010518B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)

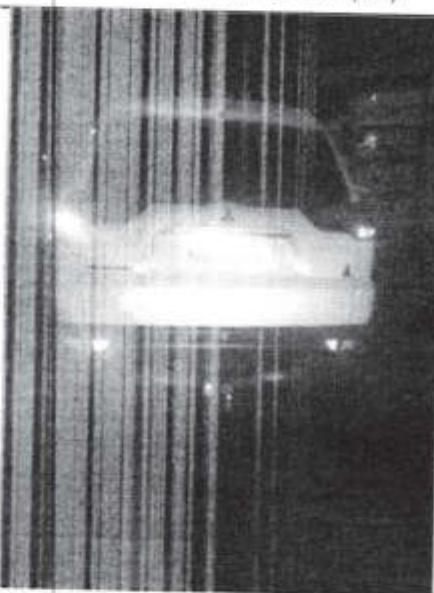


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)

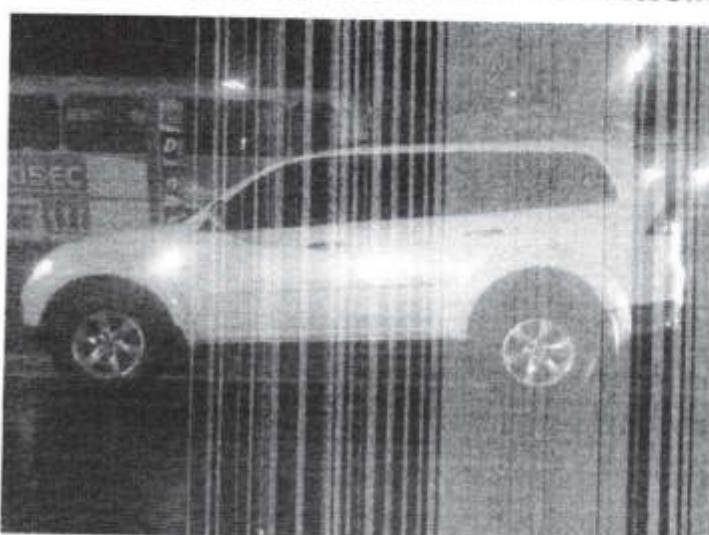


IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PFR R. CRUZ, MATRÍCULA 1069521

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 13/06/2018 12:44

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.pf.gov.br/revogar/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTÓCOLO:
18010518B01

STATUS:
Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / OET2090 / HONDA/CG150 TITAN MIX ES

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE

R. CRUZ/1969527

NUMERO DO BAT:

18010518B01

DATA/HORA:

12/02/2018 22:30

| Item | Descrição do Item | Item danificado no acidente | | |
|------|--------------------------------------|-----------------------------|-----|----|
| | | SIM | NÃO | NA |
| 1 | Garfo dianteiro | X | | |
| 2 | Mesa superior da suspensão dianteira | X | | |
| 3 | Mesa inferior da suspensão dianteira | X | | |
| 4 | Coluna de direção | X | | |
| 5 | Chassi | X | | |
| 6 | Garfo traseiro | | X | |
| 7 | Eixo traseiro (triciclos) | | X | |

TOTAL GERAL (SIM + NA):

5

DIMENSÃO DA MONTA:

Grande



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA 1969527

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 13/02/2018 12:44

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
18010518B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)



IMAGEM DA TRASEIRA (V2)

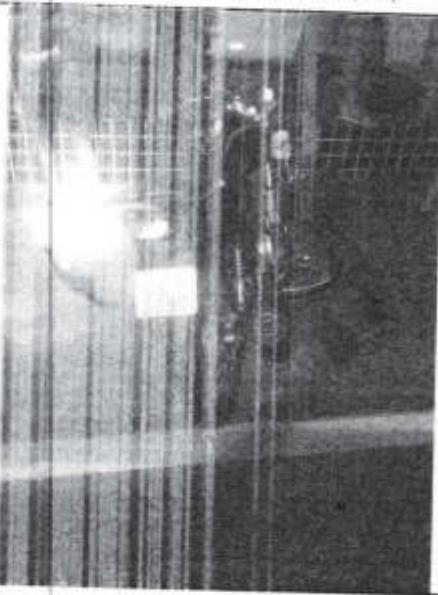


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)

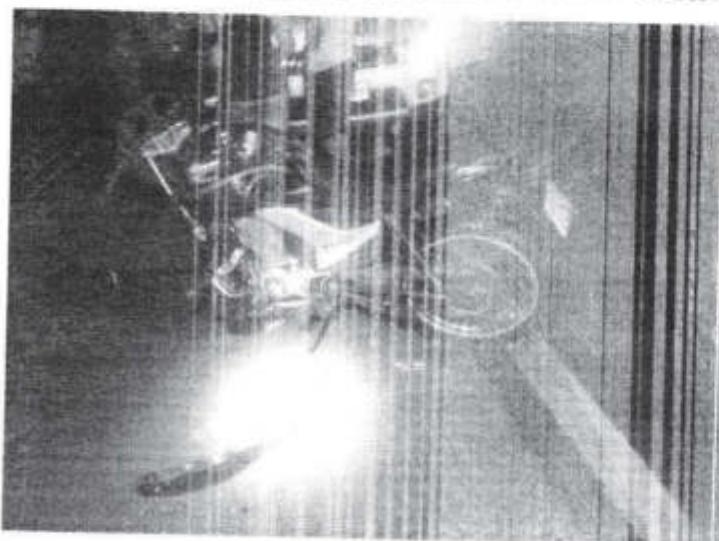
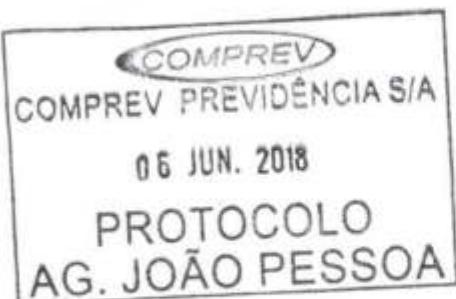


IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO FPM R. CRUZ, MATRÍCULA 126952.

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA Ocorrência: 13/02/2018 12:44

NÚMERO DE CONTROLE: 4E30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/NovoBoletimAutenticar

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Clemílio Alves dos Santos

CPF da Vítima

732.529.134-58

Data do Acidente

12/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

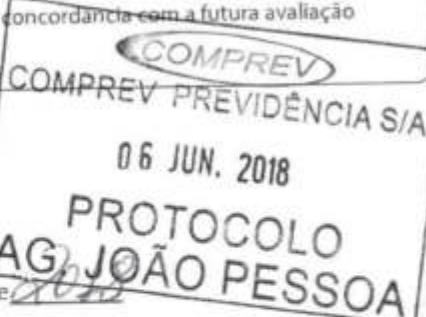
Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.


 L. Gracil. 21 de Março
 Local e Data

Clemílio Alves dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180259326 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEMILDO ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO. FRATURA NO JOELHO DIREITO

Descrição do exame VITIMA REFERE DORES EM ABDOME E JOELHO. AO EXAME, VITIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO
médico pericial: ABDOMINAL. MARCHA CLAUDICANTE E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LAPAROTOMIA EXPLORADORA. TRATAMENTO CONSERVADOR NO JOELHO DIREITO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

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 joelho | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

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: 26/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000538975-0

Nr. da Autenticação D505F7E2E29E9E69

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco Marques Amorim inscrito (a) no CPF/CNPJ 119.840.158,22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Eleonildo Alves dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 732.529.139-54, do sinistro de DPVAT cobertura Praticagem da Vítima Eleonildo Alves dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 732.529.139-54, 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 Lider-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.

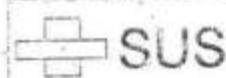
| | | | | |
|----------|-------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|
| Endereço | <u>Rua: Dom Pedro F</u> | Número | <u>173</u> | Complemento |
| Bairro | <u>Brás José</u> | Cidade | <u>Campina Grande</u> | Estado <u>PB</u> CEP |
| Email | | Telefone comercial (DDD) | <u>(83) 99928-9643</u> | Telefone celular (DDD) |

58-400-414

Campina Grande, 21 de Março de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

COMPREV
PREVIDÊNCIA SIA
05 JUN. 2018
AG. JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO
LIDER



| | | |
|--|--------------------------------------|------------------------------|
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | 2 - CNES |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO | | 2592568 |
| Identificação do Paciente | | 4 - PRONTUÁRIO |
| 3 - NOME DO PACIENTE CLEMILDO ALVES DOS SANTOS | | |
| 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | 6 - DATA DE NASCIMENTO 01/12/1970 | 7 - SEXO M |
| 8 - RACA / COR BRANCA | | 10 - TELEFONE |
| 9 - NOME NA MÃE | | |
| 11 - NOME DO RESPONSÁVEL | | |
| 12 - ENDEREÇO PROJETADA | N.: | 13 - BAIRRO CHICO PEREIRA |
| 14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE SOLEDADE - PB - 58155-000 - 2516102 | | |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

— 18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doente com dor de
abdômen, dor no peito.
Excoriatio e dores dinto

— 19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Doente com dor de
abdômen, dor no peito.
Excoriatio e dores dinto

— 20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS-DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Doente com dor de
abdômen, dor no peito.
Excoriatio e dores dinto

— 21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINC. 23 - CID 10 SEC. 24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

— 25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - COD PROCEDIMENTO

Doente com dor de
abdômen, dor no peito.
Excoriatio e dores dinto

27 - CLÍNICA

28 - CARATÉR INTERNACÃO

29 - DOCUMENTO

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. José Henrique de Sousa Neto
CNPJ 32.100/0001-004-91
Educação Geral

() CNS () CPF

32 - DATA SOLIC.

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - N° BILHETE

39 - SÉRIE

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - N° AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

() CNS () CPF

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (N° REG. CONSELHO)

06 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUY CARNEIRO"

Nome: Elmildo Alves dos Santos

Filiação: _____

Sexo: M Idade: 47 Cor: Ruivo

Procedência: Av. Amazônia Data: 15/02/18

Cirurgião: Dr. José Alencar Auxiliar: De Paula

Anestesista: De Albert Anestesia: _____

Início da anestesia: 03:00 Término: 04:00 Duração: _____

Início da intervenção: _____ Término: _____ Duração: _____

Laparotomia

| Insumo | Quantidade |
|---|------------|
| Equipo macrogotas | 01 |
| Jelco 20 | 01 |
| Soro fisiológico 0,9% 500ml | 03 |
| Seringa 5ml | 01 |
| Seringa 10ml | 04 |
| Agulha para raque | 01 |
| Neocaína pesada | 01 |
| Dimorf 0,2mg | 03 |
| Luva estéril | 50ml |
| PVPI | 05 |
| Gaze (pacote com 10 unidades) | 06 |
| Compressás | 01 |
| Efortil | 01 |
| Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona | 01 |
| Nausedron | 01 |
| Decadrom 4mg | 04 |
| Água para injeção | 20cm |
| Espadrapo | 03 |
| Escova de PVPI degermante | 05 |
| Touca | 05 |
| Máscara | 05 |
| Propé (par) | 06 |
| Luva de procedimentos (par) | 01 |
| Látex | 01 |
| Cateter de oxigênio tipo óculos | 01 |
| Lâmina de bisturi nº 24 | 02 |
| Fio algodão 2-0 sem agulha | 02 |
| Fio catgut cromado 0 | 02 |

COMPREV PREVIDENCIASIA
16 JUN. 2018
A.G. PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Sespa Nery - De Paula
26/02/18

| | | | | | | | |
|--|---------|--------------------------|-------------------------|------------|---|---------------|--------|
| | | Hospital: | Enfermaria: | | Leito | Nº Prontuário | |
| FOLHA DE ANESTESIA | | Nome: | | | Idade | Sexo | |
| Data | | 13/02/18 | Pressão Arterial Pulsos | | Respiração | Temperatura | |
| Tipo Sanguíneo | | Hemárias | Hemoglobina | Hematócito | Glicose | Ureia | |
| | | Urina | | | | Outros | |
| Ap. Respiratório | | | | | Ama | Bronquio | |
| Ap. Circulatório | | | | | Eletrocardiograma | | |
| Ap. Digestivo | | | | | Ap. Urinário | | |
| Estado Mental | | | | | Alergia | Hipotensores | |
| Diagnósticos Pré-Operatório | | Tumor abdominal | | | Estado Físico | Risco | |
| Anestesias Anteriores | | fechado | | | | | |
| Medicação Pré-Anestésica | | | | | Aplicado às | Efeito | |
| | | | | | | Efeito | |
| AGENTES ANESTÉSICOS | 02 | | | | INDUÇÃO | | |
| | | | | | Satis: | Exit: | Tosse: |
| | | | | | Laringo espasmo: | Lenta: | |
| | | | | | Náuseas: | Vômito: | |
| | | | | | Outros: | | |
| | | | | | | | |
| CÓDIGO F... ATENÇA PULSO RESPIRAÇÃO vs - ANESTESIA | Líquido | | | | MANUTENÇÃO | | |
| | | | | | Nº Cade | | |
| | | | | | Duranfl | | |
| | | | | | Urgolvan | | |
| | | | | | Fluviap | | |
| | | | | | Musadrax | | |
| | | | | | Decadron | | |
| | | | | | ANESTESIA SATISF: Sim: _____ Não: _____ | | |
| | | | | | Não, por quê? _____ | | |
| | | | | | DESPERTAR | | |
| Reflexo na SO: _____ | | | | | | | |
| Obstr.: _____ Co2: _____ Exit: _____ | | | | | | | |
| Náuseas: _____ Vômito: _____ | | | | | | | |
| Outros: _____ | | | | | | | |
| Como Câmla | | | | | | | |
| Para leito Sim: _____ Não: _____ | | | | | | | |
| CONDIÇÕES: _____ | | | | | | | |
| SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES | | SG 3 e aq SF 3 S e aq | | | | | |
| POSIÇÃO | | | | | | | |

Agentes

Técnica

Rign

Operação

CISTOTOMIA

Cirurgião

Dr Nito + Dr P

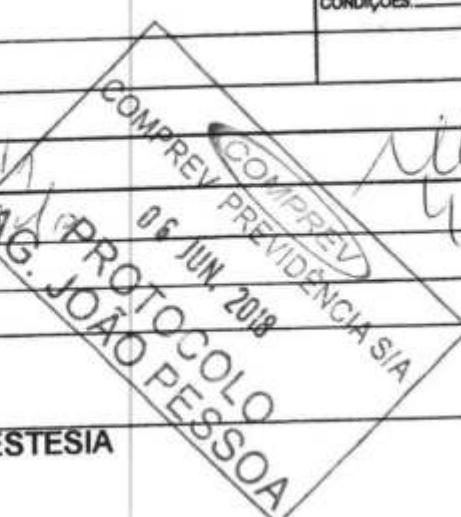
Anestesistas

Dr ABSG

Observações

Anotar, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias

FOLHA DE ANESTESIA

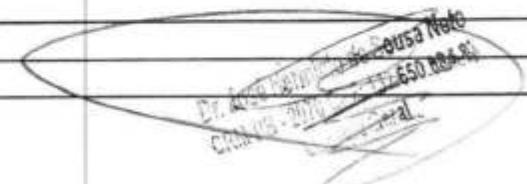




GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



| | | | | |
|--|--|---|----------------|---------------|
| NOME DO PACIENTE | | HOSPITAL | | Nº PRONTUÁRIO |
| DATA DA OPERAÇÃO | | ENF | | LEITO |
| OPERADOR | | 1º AUXILIAR | | |
| 2º AUXILIAR | | 3º AUXILIAR | INSTRUMENTADOR | |
| ANESTESISTA | | TIPO DE ANESTESIA | | |
| DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO | | Plano de abordagem | | |
| TIPO DE OPERAÇÃO | | lap. Exploratória + Osteotomia | | |
| DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO | | Osteotomia | | |
| RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA | | | | |
| EXAME RADIOLÓGICO NO ATO | | <p>COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 06 JUN. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</p> | | |
| ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO | | | | |
| VIA DE ACESSO -TÁTICA E TÉCNICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURA- MATERIAL EMPREGADO -ASPECTO VISCERAS | | | | |
| <p>Operação feita na Oeja aproximadamente 10 cm de extensão fazendo Neto - supra e sub-auricular O cíngulo sonoro no cor do tympano e localizado na bursa lateral da orelha Cistotomia - O plâvios de hérnia grau de ferida por 3 horas Osteotomia</p> | | | | |





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOÃO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 13/02/2018 02:50:06

Ocorrência: CIRURGIA

Servidor do Dr.:

Idade: 47 Sexo M

Paciente CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

Filiação

Pai:

Mãe:

Endereço

Cidade SOLEDADE - PB - 58155-000 - 2516102

N.:

Endereço: PROJETADA

Bairro: CHICO PEREIRA

Naturalidade: SOLEDADE - PB

Fone:

Documentos

CNS:

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento 01/12/1970

Cor: BRANCA

Estado Civil: CASADO(A)

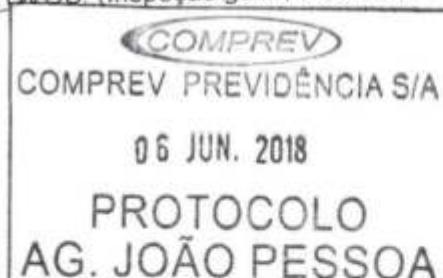
Profissão: OPERADOR DE MAQUINA

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Paciente foi para a cidade de
Nest, Celsos Neto - carvo, o
deve achar o nome e da no seu
deve ser

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)



EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em: _____

Recepção: FATIMA

PESO/RE
1.451.811 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 08/11/2017

NOME CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

PILHAÇÃO MIGUEL ALVES DOS REIS
CARMELITA ALVES DOS SANTOS

MUNICÍPIO/UF/PAÍS

CAMPINA GRANDE - PB

DATA DE NASCIMENTO

01/12/1970

DOC. CRIMEN
NASC. N. 50772 FLS. 341 LIV. A 42
CARTÓRIO CAMPINA GRANDE PBCPF
732.529.134-53Assinatura AD Lacerda
Marcus A. B. Lacerda Jr.
Chefe do Núcleo de
Identificação Civil e Cível

A +

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETAÇÃO DA SEGURANÇA E DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL
INSTITUTO DE PESQUISA E COTAS DA
INSTITUIÇÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

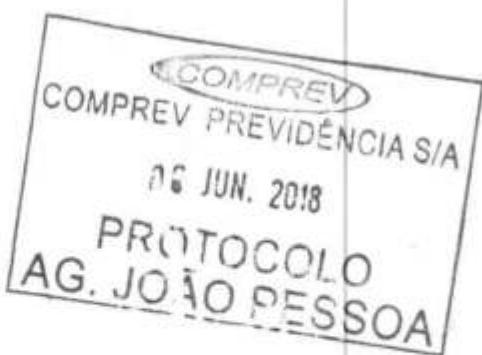
V-02

P-151



Clemílio Alves dos Santos

CARTERA DE IDENTIDADE





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180259326 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEMILDO ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/06/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITIU AVALIAR SEQUELA.

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PRESTADOR

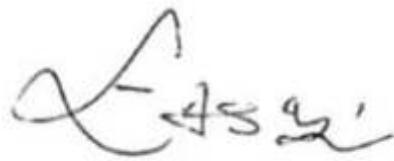
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180259326 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEMILDO ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO. FRATURA NO JOELHO DIREITO

Descrição do exame VITIMA REFERE DORES EM ABDOME E JOELHO. AO EXAME, VITIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO
médico pericial: ABDOMINAL. MARCHA CLAUDICANTE E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LAPAROTOMIA EXPLORADORA. TRATAMENTO CONSERVADOR NO JOELHO DIREITO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

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 joelho | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Clemílio Alves dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro Est.Civil: Solteiro
Profissão: Op. de Maquina Identidade: 11951-811
CPF: 732.529.134-53 Endereço: Rua Projetada
S/N - Chico Jurema, Soledade - PB

OUTORGADO:

Nome: Francios Manque Amarim
Nacionalidade: Brasileiro Est.Civil: Divorciado
Profissão: Advogado Jurídico Identidade: 324.710.14
CPF: 119.840.458-22 Endereço: Rua Dom Pedro I
Nº 173, SL: 102 1º andar, 3º foro - Campina Grande - PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a

Clemílio Alves dos Santos

Campina Grande - PB 21 de Março de 2018
Local e data

Clemílio Alves dos Santos
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
CLEMILDO ALVES DOS SANTOS e Cleia Vito Santos
Don Fº: Soledade/PB-09/03/2018
Substituto: MARIA DE FATIMA RAMOS DE FREITAS AZEVEDO
Selo Digital AGM30419-H051
Síntese
Consulta a autenticidade em <https://selodigital.judb.jus.br>
Entol R\$ 9,48 FARPEI R\$ 0,28 MP-RS 0,15 UFPI R\$ 1,74



**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: **3180259326**

Nome do(a) Examinado(a): **CLEMILDO ALVES DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

R PROJETADA, SN - CHICO PEREIRA - Soledade - PB - CEP 58155-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1451811**

Data e local do acidente: [**12/02/2018**] **POMBAL**

Data e local do exame: [**18/06/2018**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA ABDOMINAL FECHADO. FRATURA NO JOELHO DIREITO

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LAPAROTOMIA EXPLORADORA. TRATAMENTO CONSERVADOR NO JOELHO DIREITO.

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

VITIMA REFERE DORES EM ABDOME E JOELHO. AO EXAME, VITIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO ABDOMINAL. MARCHA CLAUDICANTE E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

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

[**X**] Sim [] Não

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do joelho direito

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):

Joelho direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

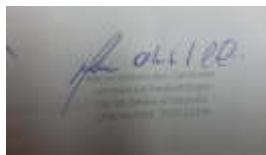
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB