

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180259326

Vítima: 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**

Carta nº 12943465



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](http://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 nº: 13035690

A/C: CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180259326  
Vítima: 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](http://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

Clemildo Alves dos Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Clemildo Alves dos Santos		732.529.134-54		Op. de Maquineria	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Propriedade		51/N			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Chico Pereira	Boleadora	PB	58-155-000		
Email					

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **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

CONTA

NRO.

538975

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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.

C. Grande 91 de Março de 2018  
Local e Data

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

Clemildo Alves dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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 Nº 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 Candido, 69, bairro Chico Pereira, , Soledade - PB; **Endereço Profissional:** \*\*; **Telefone** ; **Portador da CI/RG nº:** 1.451.811 - SSP/PB.

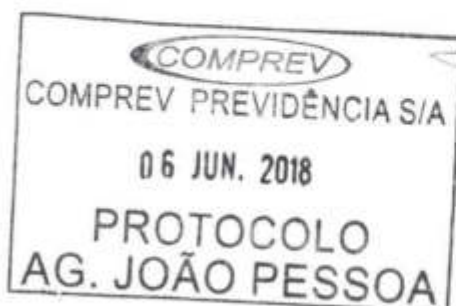
**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados vinha como passageiro de mototaxi, nesta cidade, quando ocorreu uma colisão com um carro, vindo a caírem ao chão; Que, o condutor da motocicleta morreu no local, conhecido BONZINHO; Que, não conseguiu localizar a família 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, fígado e intestino; Que apresenta como testemunha os socorrista do SAMU qualificados no relatório daquela 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: Clenildo 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:

R. CRUZ/1969527

DATA/HORA:

12/02/2018 22:30

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:

POMBAL/PB

BR:

427

KM:

36.9

SENTIDO:

Crescente

DESCRIPTIVO DO LOCAL:

**ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO**

FASE DO DIA:

Plena Noite

CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:

Garoa/Chuvisco

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Simples

CONDIÇÃO DE PISTA:

Molhada

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIÁRIA:

Curva

LOCALIDADE URBANIZADA:

Sim

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Sim

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Não

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE



IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE



IMAGEM DO LOCAL



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

Imagens prejudicadas pela falta de luminosidade.

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

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA 1969527

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B50B3A7B09A7A4D7B699ABEF5EBCB

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)



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



PROTOCOLO:  
18010518B01

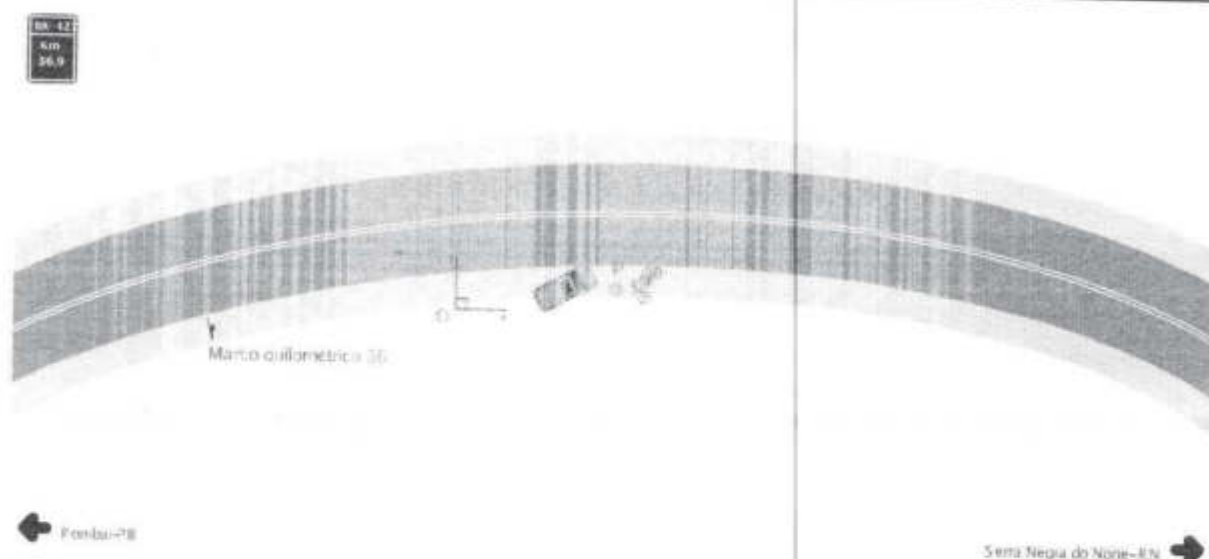
STATUS:  
Encerrado

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/RN. 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 (MOTO HONDA/CG150 TITAN MIX) e o veículo V2 (MOTO HONDA/CG150 TITAN MIX). O V1 seguia o fluxo da via, deslocando-se sentido POMBAL/RN 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 tórax, o passageiro de V2 teve ferimentos leves enquanto condutor e passageira do 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, estas 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 foram tirados do capacete. Foram encaminhado ao Hospital de Pombal pelo SAMU; 4 - Quando chegamos ao local uma equipe da PM fazia a segurança e sinalizava com viaturas o sítio do acidente; 5 - O condutor de V1 não foi submetido ao teste por não se encontrar mais no local do sinistro e o condutor de V2 não foi submetido ao teste devido os ferimentos que sofreu no acidente.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE EM 12/02/2018 ÀS 13:44

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B6A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobet/verificador](http://www.prf.gov.br/novobet/verificador)



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

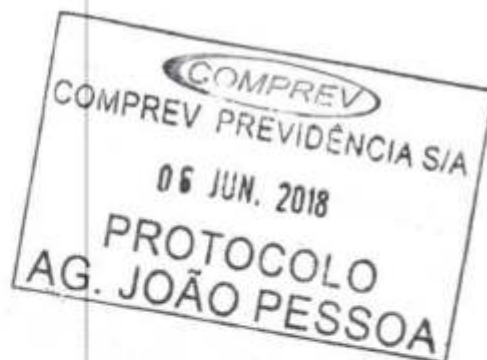


**PROTOCOLO:**  
18010518B01

**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

SEQUENCIAL: V1	PLACA: NQE6677	MARCA/MODELO: I/MMC PAJERO DAKAR	ANO FABRICAÇÃO: 2010
SITUAÇÃO: Tracionador	CHASSI: MMBGRKH80BF000526	TIPO DE VEÍCULO: Utilitário	
RENAVAM: 00226884031	PAÍS: BRASIL		
ESPÉCIE: 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			NUMERO: 00310
COMPLEMENTO: JD STA ROSA			BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: POMBAL/PB			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: vazio			



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRP R. CRUZ, MATRÍCULA 1869527

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B639A8EF5EBCB

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)





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



PROTOCOLO:  
18010518B01

STATUS:  
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: OET2090	MARCA/MODELO: HONDA CG150 TITAN MIX ES	ANO FABRICAÇÃO: 2009
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2KC1620AR0C3906	RENTE JARU 00342078373	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRAMENTO DO ACIDENTE: Transitando na contramão de direção (exceto ultrapassagem)	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Invadiu a faixa contrária do seu fluxo.			
NOME DO PROPRIETÁRIO: MATEUS SILVA BRILHANTE DE LIMA		CPF: 138.233.644-00	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO: R CROMACIO WANDERLEY 776 CASA			NÚMERO: 00776
COMPLEMENTO: CASA			BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: POMBAL/PB			
TELEFONE:		E-MAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
Encaminhamento			
MOTIVO: Outros		TIPO DE RECEPTOR: Depósito credenciado	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Emplacamento afixado.			

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:

DUANY AUGUSTO FIUSA DE ARAUJO

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

CPF:

049.127.604-47

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

ENVOLVIMENTO:

Condutor

DATA DE NASCIMENTO:

03/03/1985

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

Solteiro(a)

NOME DA MÃE:

CACILDA FIUSA DE ARAUJO

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO:

RUA ADMILSON LEITE DE ALMEIDA

COMPLEMENTO:

CASA

MUNICÍPIO/UF:

POMBAL/PB

TELEFONE:

EMAIL:

NÚMERO:

310

BAIRRO:

Santa Rosa

**Dados da Habilitação**

HABILITAÇÃO:

Habilitação Nacional

MOTORISTA PROFISSIONAL:

Não

PAÍS DA HABILITAÇÃO:

Nº DO REGISTRO

03954912704

CATEGORIA:

AB

UF:

PE

DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:

19/10/2006

VALIDADE DA CNH:

18/09/2022

OBSERVAÇÕES DA CNH:

99

**Circunstâncias**

ESTADO FÍSICO:

Ileso

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

Sim

USAVA CAPACETE:

NÃO APLICÁVEL

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL:

Não

RESULTADO DO TESTE:

RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:

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.

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:

Não

SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Não

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

**COMPREV**

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 JUN. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)



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/MC PAJERO DAKAR

NOME:

ANGELITA PEREIRA DOS SANTOS NETO

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

105.443.044-52

ORGÃO EXPEDIDOR:

ESTADO CIVIL:

NOME DA MÃE:

MARIA LUCILA FERNANDES DINIZ

ENVOLVIMENTO:

Passageiro

DATA DE NASCIMENTO:

24/04/1995

SEXO:

Feminino

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

Antonio Fernandes de Almeida

COMPLEMENTO:

CASA

MUNICÍPIO/UF:

POMBAL/PB

TELEFONE:

E-MAIL:

NÚMERO:

491

SARRO:

Nova Vida

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Ileso

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

Sim

USAVA CAPACETE:

USAVA OBRIGATORIO PARA REFERENCIA DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

NÃO APLICÁVEL

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF PR. ORIZ. MATRÍCULA 1369327

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 13/02/2018 12:14

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.brf.gov.br/novo/bet/autenticar](http://www.brf.gov.br/novo/bet/autenticar)





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

ENVOLVIMENTO:

Condutor

NOME:

FRANCISCO ARAUJO DE SOUSA FILHO

CPF:

026.651.544-47

DATA DE NASCIMENTO:

10/10/1973

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

Casado(a)

NOME DA MÃE:

MARIA DE LOURDES DE SOUSA ARAUJO

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

Antonio Fernandes de Almeida

NÚMERO:

493

COMPLEMENTO:

casa

BAIRRO:

BAIRRO NOVA VIDA

MUNICÍPIO/UF:

POMBAL/PB

TELEFONE:

EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Graves

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA CAPACETE:

Sim

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL:

Não

RESULTADO DO TESTE:

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:

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

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA 1969527

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7B09A7A4D7B699ABEF5EBCB

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)





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:

CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

CPF:

752.529.134-53

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

ESTADO CIVIL:

NOME DA VXE:

CARMELITA ALVES DOS SANTOS

ENVOLVIMENTO:

Passageiro

DATA DE NASCIMENTO:

01/12/1970

SEXO:

Masculino

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

José Cândido

COMPLEMENTO:

casa

MUNICÍPIO/UF:

SOLEDADE/PB

TELEFONE:

E-MAIL:

NÚMERO:

96

BAIRRO:

Chico Pereira

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Leves

USAVA CAPACETE:

Sim

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO:

Socorro médico

TIPO DE RECEPTOR:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Equipe de Pombal

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

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

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA: 1968527

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4530B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.pr.gov.br/novocb-euidentificar](http://www.pr.gov.br/novocb-euidentificar)

Página 8 de 12



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/MC PAJERO DAKAR

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

R. CRUZ/1969527

NÚMERO 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	Carroçaria 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 carroçaria com o chassi.	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 longitudinal.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longitudinal.	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longitudinais.	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longitudinal.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longitudinal.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longitudinais.	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

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

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/novobst/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobst/autenticar)





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



PROTOCOLO:  
18010518B01

STATUS:  
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)

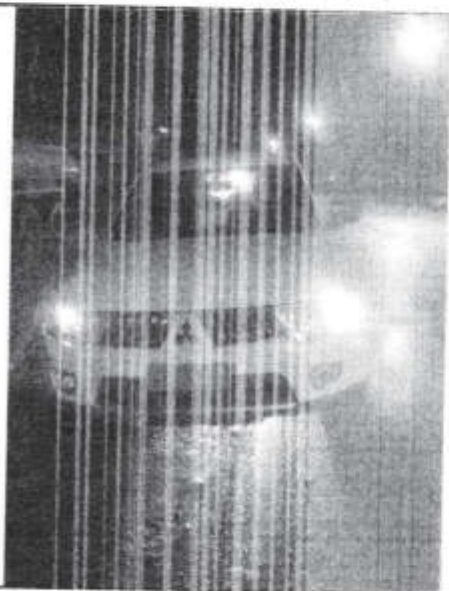


IMAGEM DA TRASEIRA (V1)

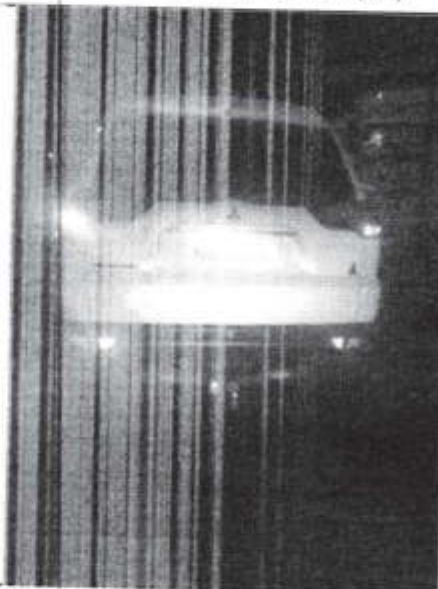


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



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

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRP R. CRUZ, MATRÍCULA 1969537

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B306BA7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prf.gov.br/novobol/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar)



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**



**PROTOCOLO:**  
18010518B01

**STATUS:**  
Encerrado

**AValiação DE DANOS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / OET2090 / HONDA/CG150 TITAN MIX ES

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

R. CRUZ/1969527

NÚMERO 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

DIVENSÃO 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](http://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)

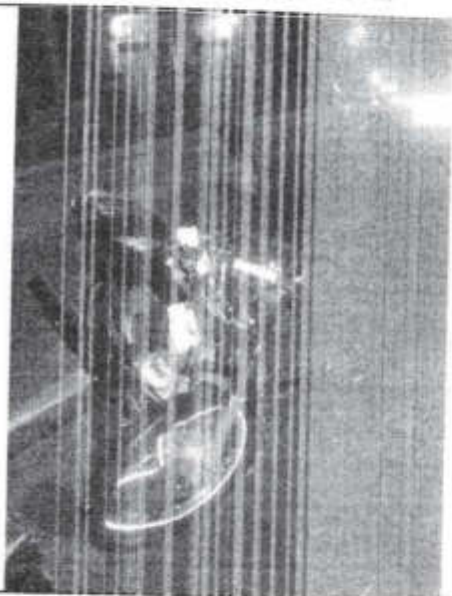


IMAGEM DA TRASEIRA (V2)

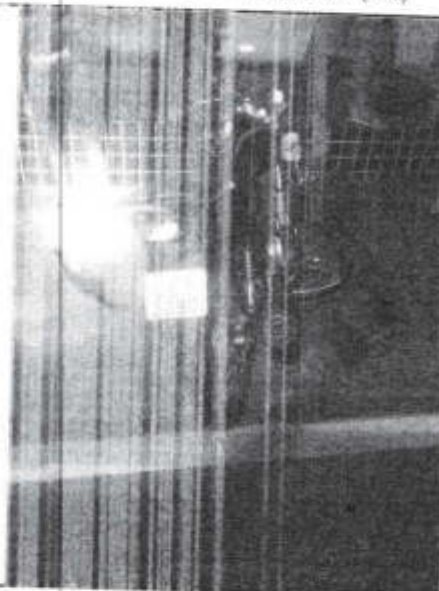


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)

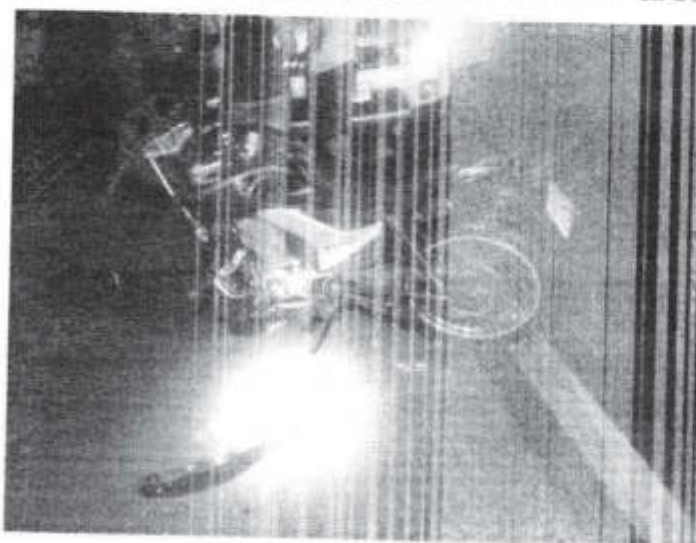


IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



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

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO 1º PM R. CRUZ, MATRÍCULA 136852

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.prp.gov.br/nov/boletim/autenticar](http://www.prp.gov.br/nov/boletim/autenticar)

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

*Clemildo Alves dos Santos*

CPF da Vítima

*732.529.134-53*

Data do Acidente

*12/02/2018*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

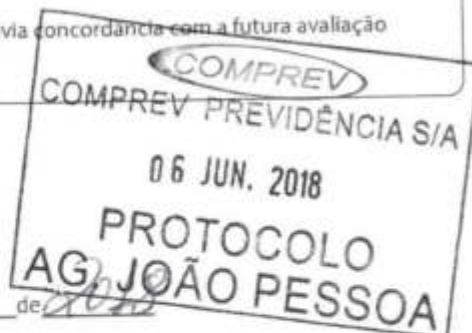
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**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.



*C. Grande, 21 de Março*  
Local e Data

*x Clemildo 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 médico pericial:** 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.

**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:**



## Clinical

IDENTIFICACAO OCORRENCIA		Data: 12/02/15		Ocorrência: 43R		Sintoma / Usado: <i>Chamada CUBO dos Santos</i>		Idade: 47		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Local da Ocorrência		370		407		Bairro: <i>Alameda</i>		Médico Regulador		QTA MOTIVO: <i>Nota</i>	
Qualificação		<input type="checkbox"/> PM <input checked="" type="checkbox"/> Sanitários <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> Agentes de Trânsito <input type="checkbox"/> Outros									

COCAI, RJ \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
 COCAI, RJ \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_  
 OBS: \_\_\_\_\_  
 OBS: \_\_\_\_\_

TIPUS DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)		ANTECEDENTES	
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>7-10-1970</p> </div>	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS:	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO		<input type="checkbox"/> PATOLOGIA(S):	
<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO		<input type="checkbox"/> ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO:	
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO:		<input type="checkbox"/> VACINAS	

NOME FÍSICO \_\_\_\_\_  
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ CONSCIENTE ☒ ORIENTADO ☐ ALGO DESORIENTADO ☐ INCONSCIENTE ☐ TRAUÇO ETÍLICO ☐ ABUSO DE DROGAS ☐ SONOLENTO  
☐ COMA ☐ AGITADO ☐ OUTRO: \_\_\_\_\_  
 HISTÓRIA MOTORA: ☐ TREMULOS ☐ TREMULOS COM ALCALÓIDES ☐ ACANALADO ☐ OUTRO: \_\_\_\_\_  
 PULSO E MUCOSA: ☐ PÁLIDO ☐ MUCOSAS ☐ CÂNDIDO ☐ FLEBIA ☐ SUDORÉICA ☐ PETÉQUIAS ☐ EQUIMOSE ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_  
 RESPIRATÓRIO: ☐ EUPNEICO ☐ DISPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ BRADIPNEIA ☐ APNEIA ☐ BATIMENTO DAS ASAS DO NARIZ ☐ MV+ ☐ MV-  
☐ RESTRIÇÃO INTERCOSTAL ☐ HEMOPTISE ☐ EPITAXE ☐ OUTRO: \_\_\_\_\_  
 SISTEMA CARDIOVASCULAR: ☐ NORMOCÁRDICO ☐ TAQUICÁRDIA ☐ BRADICÁRDIA ☐ ASSISTÓLIA ☐ ECG ☐ PULSOS - NORMAIS ☐ PULSOS IRREGULARES  
☐ DISTENÇÃO CAROTÍDEA ☐ T+ ☐ T- ☐ T0 ☐ T1 ☐ T2 ☐ T3 ☐ T4 ☐ T5 ☐ T6 ☐ T7 ☐ T8 ☐ T9 ☐ T10 ☐ T11 ☐ T12 ☐ T13 ☐ T14 ☐ T15 ☐ T16 ☐ T17 ☐ T18 ☐ T19 ☐ T20 ☐ T21 ☐ T22 ☐ T23 ☐ T24 ☐ T25 ☐ T26 ☐ T27 ☐ T28 ☐ T29 ☐ T30 ☐ T31 ☐ T32 ☐ T33 ☐ T34 ☐ T35 ☐ T36 ☐ T37 ☐ T38 ☐ T39 ☐ T40 ☐ T41 ☐ T42 ☐ T43 ☐ T44 ☐ T45 ☐ T46 ☐ T47 ☐ T48 ☐ T49 ☐ T50 ☐ T51 ☐ T52 ☐ T53 ☐ T54 ☐ T55 ☐ T56 ☐ T57 ☐ T58 ☐ T59 ☐ T60 ☐ T61 ☐ T62 ☐ T63 ☐ T64 ☐ T65 ☐ T66 ☐ T67 ☐ T68 ☐ T69 ☐ T70 ☐ T71 ☐ T72 ☐ T73 ☐ T74 ☐ T75 ☐ T76 ☐ T77 ☐ T78 ☐ T79 ☐ T80 ☐ T81 ☐ T82 ☐ T83 ☐ T84 ☐ T85 ☐ T86 ☐ T87 ☐ T88 ☐ T89 ☐ T90 ☐ T91 ☐ T92 ☐ T93 ☐ T94 ☐ T95 ☐ T96 ☐ T97 ☐ T98 ☐ T99 ☐ T100 ☐ T101 ☐ T102 ☐ T103 ☐ T104 ☐ T105 ☐ T106 ☐ T107 ☐ T108 ☐ T109 ☐ T110 ☐ T111 ☐ T112 ☐ T113 ☐ T114 ☐ T115 ☐ T116 ☐ T117 ☐ T118 ☐ T119 ☐ T120 ☐ T121 ☐ T122 ☐ T123 ☐ T124 ☐ T125 ☐ T126 ☐ T127 ☐ T128 ☐ T129 ☐ T130 ☐ T131 ☐ T132 ☐ T133 ☐ T134 ☐ T135 ☐ T136 ☐ T137 ☐ T138 ☐ T139 ☐ T140 ☐ T141 ☐ T142 ☐ T143 ☐ T144 ☐ T145 ☐ T146 ☐ T147 ☐ T148 ☐ T149 ☐ T150 ☐ T151 ☐ T152 ☐ T153 ☐ T154 ☐ T155 ☐ T156 ☐ T157 ☐ T158 ☐ T159 ☐ T160 ☐ T161 ☐ T162 ☐ T163 ☐ T164 ☐ T165 ☐ T166 ☐ T167 ☐ T168 ☐ T169 ☐ T170 ☐ T171 ☐ T172 ☐ T173 ☐ T174 ☐ T175 ☐ T176 ☐ T177 ☐ T178 ☐ T179 ☐ T180 ☐ T181 ☐ T182 ☐ T183 ☐ T184 ☐ T185 ☐ T186 ☐ T187 ☐ T188 ☐ T189 ☐ T190 ☐ T191 ☐ T192 ☐ T193 ☐ T194 ☐ T195 ☐ T196 ☐ T197 ☐ T198 ☐ T199 ☐ T200 ☐ T201 ☐ T202 ☐ T203 ☐ T204 ☐ T205 ☐ T206 ☐ T207 ☐ T208 ☐ T209 ☐ T210 ☐ T211 ☐ T212 ☐ T213 ☐ T214 ☐ T215 ☐ T216 ☐ T217 ☐ T218 ☐ T219 ☐ T220 ☐ T221 ☐ T222 ☐ T223 ☐ T224 ☐ T225 ☐ T226 ☐ T227 ☐ T228 ☐ T229 ☐ T230 ☐ T231 ☐ T232 ☐ T233 ☐ T234 ☐ T235 ☐ T236 ☐ T237 ☐ T238 ☐ T239 ☐ T240 ☐ T241 ☐ T242 ☐ T243 ☐ T244 ☐ T245 ☐ T246 ☐ T247 ☐ T248 ☐ T249 ☐ T250 ☐ T251 ☐ T252 ☐ T253 ☐ T254 ☐ T255 ☐ T256 ☐ T257 ☐ T258 ☐ T259 ☐ T260 ☐ T261 ☐ T262 ☐ T263 ☐ T264 ☐ T265 ☐ T266 ☐ T267 ☐ T268 ☐ T269 ☐ T270 ☐ T271 ☐ T272 ☐ T273 ☐ T274 ☐ T275 ☐ T276 ☐ T277 ☐ T278 ☐ T279 ☐ T280 ☐ T281 ☐ T282 ☐ T283 ☐ T284 ☐ T285 ☐ T286 ☐ T287 ☐ T288 ☐ T289 ☐ T290 ☐ T291 ☐ T292 ☐ T293 ☐ T294 ☐ T295 ☐ T296 ☐ T297 ☐ T298 ☐ T299 ☐ T300 ☐ T301 ☐ T302 ☐ T303 ☐ T304 ☐ T305 ☐ T306 ☐ T307 ☐ T308 ☐ T309 ☐ T310 ☐ T311 ☐ T312 ☐ T313 ☐ T314 ☐ T315 ☐ T316 ☐ T317 ☐ T318 ☐ T319 ☐ T320 ☐ T321 ☐ T322 ☐ T323 ☐ T324 ☐ T325 ☐ T326 ☐ T327 ☐ T328 ☐ T329 ☐ T330 ☐ T331 ☐ T332 ☐ T333 ☐ T334 ☐ T335 ☐ T336 ☐ T337 ☐ T338 ☐ T339 ☐ T340 ☐ T341 ☐ T342 ☐ T343 ☐ T344 ☐ T345 ☐ T346 ☐ T347 ☐ T348 ☐ T349 ☐ T350 ☐ T351 ☐ T352 ☐ T353 ☐ T354 ☐ T355 ☐ T356 ☐ T357 ☐ T358 ☐ T359 ☐ T360 ☐ T361 ☐ T362 ☐ T363 ☐ T364 ☐ T36

[illegible]

1. IDENTIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: 2. DIAGNÓSTICO DOS DE ENFERMAGEM: 3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:	COMPROV. PREVIDÊNCIA S/A 06 JUN. 2018 PROTO
---	---

AG. JOÃO PESSOA

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO (A)	<u>Kamila</u>	CRMEN	<u>504.815</u>	TECNICO DE ENFERMAGEM		COREN	
ANESTESIOLOGISTA	<u>Stênio</u>	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO)		MÉDICO (VISTO)			



# 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

EDINALVA TEODOSIO DE OLIVEIRA  
RUA PROLETÁRIA, S/N - CHICO PEPEIRA  
SOLEDADE / RECER 56165000 (AQ. 95)

Emissão: 05/02/2018 Referência: Fev / 2018

Classif/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO 5/220, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600

Roteiro: 3-56-410-3920 Nº medidor: 0000791958

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ 08.095.130/0001-43 Ins. Est. 16.015.823-0

Nata Fiscal/Contá de Energia Elétrica Nº001 710.526  
Cód. par Deb. Automático: 000174436596

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	05/02/2018	08/03/2018	6224354421

UC (Unidade Consumidora): 5/1744365-6

#### Canal de contato

- Tarefa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.428, de 28 de abril de 2002.  
- Leve o cheque no chuveiro? Hora de chamar um electricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um banho de segurança.  
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
05/01/18	2509	05/02/18	2642		132	29

Demonstrativo									
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cat. Tarifa	Valor Base	Cat. Tarifa	Valor Base	Cat. Tarifa
		Tarifa (R\$/kWh)	(R\$/kWh)	(R\$/kWh)	(R\$/kWh)	(R\$/kWh)	(R\$/kWh)	(R\$/kWh)	(R\$/kWh)
0001	Consumo até 50kWh-ER	30,000	0,254740	7,64	7,64	27	0,08	7,64	0,08
0001	Consumo - 21 a 100kWh-ER	70,000	0,436872	30,58	30,58	27	0,28	30,58	0,28
0001	Consumo - 101 a 220kWh-ER	4,000	0,870720	3,48	3,48	27	0,70	3,48	0,70
0010	Subsídio			35,40	35,40	27	9,83	35,40	9,83
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIBUIÇÃO LUM PUBLICA			10,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 01/2018			0,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 01/2018			1,62	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018			0,29	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0006	Devolução Subsídio			-24,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00
CCl Código de Classificação do tom				TOTAL					
				65,97	77,13	35,92	77,13	0,57	4,01

Media último mês (kWh) **VENCIMENTO 14/02/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 65,97**

#### Histórico de Consumo (kWh)

6 | 132 | 69 | 97 | 89 | 89 | 81 | 61 | 55 | 100 | 97 | 135  
Fev/17 | Mar/17 | Abr/17 | Mai/17 | Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18

dc63.b7fb.15ab.38af.35ef.f452.9982.e051

#### Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurada	Limite de Tensão (V)
CM MENSA	6,57	0,00	NOMINAL 220
CM TRIMESTRAL	12,54		
CM ANUAL	25,08		
FC MENSA	5,42	0,00	CONTRATADA 200
FC TRIMESTRAL	10,84		LIMITE INFERIOR 200
FC ANUAL	19,70		LIMITE SUPERIOR 220
CMC	3,71	0,00	
CMC(R)	12,22		

#### ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$34,27

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PE	10,40	15,78
Consumo de Energia	12,19	18,48
Serviço de Transmissão	1,69	2,56
Energia Retornada	38,91	59,02
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>65,97</b>	<b>100,00</b>

Valor de E/SO (Ref. 12/2017) R\$ 12,91

Faturas em atraso

PARABÁ  
Roteiro: 3-56-410-3920  
Matrícula: 1744365-2018-02-2

**VENCIMENTO 14/02/2018**

**TOTAL A PAGAR R\$ 65,97**

83640000000-3 65970054000-1 17443652018-6 02200088019-7



COMPREV PREVIDENCIA S/A  
06 JUN. 2018  
PROCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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

**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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Francisco Marques Amorim inscrito (a) no CPF/CNPJ 119.840.458, 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Clemundo Alves dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 732.529.134, 54, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Clemundo Alves dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 732.529.134, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua: Dom Pedro I</u>		Número <u>173</u>	Complemento <u>SL: 102</u>
Bairro <u>São José</u>	Cidade <u>Campina Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.400.414</u>
Email _____		Telefone comercial (DDD) <u>(83) 99928-9443</u>	Telefone celular (DDD) <u>58.400.414</u>

C. Grande 21 de Março de 2018  
Local e Data

Francisco Marques Amorim  
Assinatura do Declarante





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



**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0 CNPJ/CPF: 08.778.268/0004-03

☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

PACIENTE:  
NOME: Blumido Alves da Santa  
COR: Branco DATA DE NASCIMENTO: 01/12/70 IDADE: 47 SEXO: M  
NOME DA MÃE: Carmelita Alves dos Santos PROFISSÃO: operador de máquinas  
CARTÃO DO SUS: 407 8006 6571 0737 RG/CNH: 1.451.811  
MUNICÍPIO: Solidão ENDEREÇO: R. Proftado  
ESTADO: PA CEP: 58155-000 CODIGO DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DATA DE ATEND: 12/02/2018

JAIS VITAIS:  
PA: 100x60 mmHg SPO: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_  
T: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ GESTANTE: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, SEMANAS: \_\_\_\_\_

QUEIXAS: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÃO EM USO: \_\_\_\_\_

ALÉRGICO: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, AO QUE: \_\_\_\_\_

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:  
Calor de 36,5 graus Celsius  
Cor do rosto rosado  
MD e pele branca

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: Exame físico

RESULTADOS: Exame físico

RESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° Exame físico

2° Exame físico

3° Exame físico

4° Exame físico

5° Exame físico

6° Exame físico

7° Exame físico

8° Exame físico

9° Exame físico

10° Exame físico

11° Exame físico

12° Exame físico

13° Exame físico

14° Exame físico

15° Exame físico

16° Exame físico

17° Exame físico

18° Exame físico

19° Exame físico

20° Exame físico

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

Dr. José Hermínio de Sousa Neto  
CRM-PB 2010-SPF 132.650.834-8  
Clínica Geral

André Nogueira Pereira  
Téc. em Farmácia  
132.650.834-8

**SUS**Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

4 - PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

01/12/1970

7 - SEXO

M

8 - RACA / COR

BRANCA

9 - NOME NA MÃE

10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO

PROJETADA

N.º

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

*Doença crônica com ondas  
de dor intensa, intermitente  
esquerda e direita*

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

*Exame de sangue e urina - T.C. - normal*

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINC.

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASS. DE

32 - DATA SOLIC.

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO

35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNA HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 JUN. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

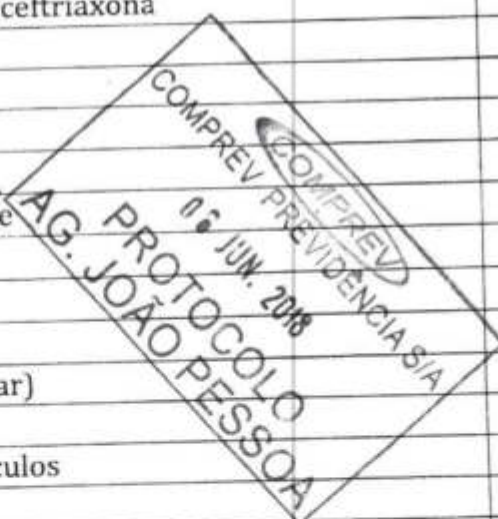


# HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUY CARNEIRO"

Nome: Emmanuel Alves dos Santos  
 Filiação: \_\_\_\_\_  
 Sexo: M Idade: 47 Cor: Pardo  
 Procedência: Sua Amarela Data: 15/02/18  
 Cirurgião: Dr José Normando Auxiliar: Dr Paulo  
 Anestesista: Dr Albert Anestesia: \_\_\_\_\_  
 Início da anestesia: 03:00 Término: 14:00 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	01
Luva estéril	03
PVPI	50ml
Gaze (pacote com 10 unidades)	05
Compressas	06
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nauseidron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	20cm
Escova de PVPI degermañte	03
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	05
Luva de procedimentos (par)	06
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
Fio algodão 2-0 sem agulha	02
Fio catgut cromado 0	02



Separa Marry to Souza Diniz  
26/02/18



Hospital:		Enfermaria:		Leito:	Nº Prontuário:	
Nome:		Idade:		Sexo:	Altura:	
Data:		Respiração:		Temperatura:	Peso:	
Tipo Sanguíneo:		Hemoglobina:		Glicemia:	Ureia:	Outros:
Hemátias:		Hematócrito:				
Urina:						
Ap. Respiratório:				Aasma:		
Ap. Circulatório:				Bronquite:		
Ap. Digestivo:				Eletrocardiograma:		
Estado Mental:				Ap. Urinário:		
Diagnósticos Pré-Operatório:				Alergia:		
				Hipotensões:		
				Estado Físico:		
				Risco:		
Anestésias Anteriores:						
Medicação Pré-Anestésica:				Aplicado às:	Efeito:	
					Efeito:	
AGENTES ANESTÉSICOS	02					
LÍQUIDO						
CÓDIGO P. ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO vs. ANESTESIA: OPERAÇÃO	260					
	240					
	220					
	200					
	180					
	160					
	140					
	120					
	100					
	80					
	60					
	40					
20						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		SG 5 sec ST 3 sec				
POSIÇÃO						

INDUÇÃO

Satis.: \_\_\_\_\_ Exit.: \_\_\_\_\_ Tosse: \_\_\_\_\_

Laríngo espasm.: \_\_\_\_\_ Lenta: \_\_\_\_\_

Náuseas: \_\_\_\_\_ Vômito: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

MANUTENÇÃO

Não caiu  
 Onda NF  
 Urogol na 2ª  
 NF 12  
 Mts de 4  
 Decidua

ANESTESIA SATISF.: Sim: \_\_\_\_\_ Não: \_\_\_\_\_

Não, por quê? \_\_\_\_\_

DESPERTAR

Reflexo na SO: \_\_\_\_\_

Obstr.: \_\_\_\_\_ Co2: \_\_\_\_\_ Exit.: \_\_\_\_\_

Náuseas: \_\_\_\_\_ Vômito: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Como Cânula

Para leito Sim: \_\_\_\_\_ Não: \_\_\_\_\_

CONDIÇÕES: \_\_\_\_\_

Agentes

Técnica: Rui

Operação: CISTOTOMIA

Cirurgiões: Dr. Neto + Dr. P. Ag.

Anestésistas: Dr. ASG

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"



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

HOSPITAL		Nº PRONTUÁRIO	
NOME DO PACIENTE	DATA DA OPERAÇÃO	ENF	LEITO
OPERADOR	1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	TIPO DE ANESTESIA	
ANESTESISTA		DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	
TIPO DE OPERAÇÃO		DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO	
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		EXAME RADIOLOGICO NO ATO	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO		COMPREV	
		COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
		06 JUN. 2018	
		PROTOCOLO	
		AG. JOÃO PESSOA	

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

1) Acesso ao abdome por laparoscopia  
2) Ligadura da artéria e veia meso-umbilical  
3) Incisão de 1 cm na parede abdominal  
4) Introdução do trocarter e insuflação do abdome  
5) Ligadura da artéria e veia meso-umbilical  
6) Insuflação do abdome por laparoscopia  
7) Sutura da parede por planos  
8) Lavagem do abdome  
9) Fechamento da incisão

Dr. João Pessoa  
Cirurgião Geral  
Cirurgia - 2018  
550 884.81





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO  
RUA CEL. JOAO 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

Endereço:

Bairro:

Naturalidade:

Fone:

SOLEDADE - PB - 58155-000 - 2516102

N.:

PROJETADA

CHICO PEREIRA

SOLEDADE - PB

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)

*Trate-se de um acidente de trânsito, vítima de colisão frontal, com lesões no tórax e abdômen, com fratura de costela e lesão no fígado.*

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

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

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Recepcionista: FATIMA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.451.811 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 09/11/2017

NOVO CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

RELACIONO MIGUEL ALVES DOS REIS  
CARMELO ALVES DOS SANTOS

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 01/12/1970

300 GRAU NASC.N.50772 FLS.341 LIV.A 42  
CARTÓRIO CAMPINA GRANDE PB

CPF 732.529.134-53

Assinado por: *Marous A. B. Lacerda Jr.*  
Chefe do Núcleo de Registro Civil e Cartório

A +

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA E IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-151

*Clemildo Alves dos Santos*

CARTeira DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



# 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

**Valoração 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 PERMITI 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 médico pericial:** 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.

**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: Cleomildo Alves dos Santos  
Nacionalidade: Brasileiro Est.Civil: Solteiro  
Profissão: Op. de Máquina Identidade: 1.951.811  
CPF: 732.529.134-53 Endereço: Rua Projetada  
5/N - Chico Pereira, Soledade - PB.

### OUTORGADO:

Nome: Francisco Marque Amarin  
Nacionalidade: Brasileiro Est.Civil: Divorciado  
Profissão: Auxiliar Jurídico Identidade: 824.710.14  
CPF: 119.840.438-22 Endereço: Rua Dom Pedro I  
Nº 173, SL: 102 1º andar, São José - Campana 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 pericia 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

Cleomildo Alves dos Santos

Local e data

Campana Grande - PB 21 de Março de 2018

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

Cleomildo Alves dos Santos



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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**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:

**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 ( X ) 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