



Número: **0800494-17.2018.8.15.0191**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Soledade**

Última distribuição : **01/08/2018**

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

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>CLEMILDO ALVES DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45088722	29/06/2021 13:39	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
45088724	29/06/2021 13:39	<a href="#"><u>2586549_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos
45088727	29/06/2021 13:39	<a href="#"><u>2586549_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANEXO_02</u></a>	Outros Documentos

## ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 13:39:06  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062913390578500000042852981>  
Número do documento: 21062913390578500000042852981

Num. 45088722 - Pág. 1



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOLEDADE/PB**

Processo n.º 08004941720188150191

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT**

S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CLEMILDO ALVES DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**LAUDO INCONCLUSIVO**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente, requerendo em juízo a complementação da indenização do Seguro DPVAT, impugnado o resultado da perícia realizada no momento da regulação administrativa.

Importante frisar que todas a perícias realizadas na esfera administrativa são subscritas por dois médicos especialistas, sendo um profissional responsável pela realização da perícia médica e outro profissional responsável por realizar a revisão da perícia.

Desta forma, após a parte autora ser submetida à perícia, conclui-se pelo pagamento da indenização no importe de R\$ xxx, em total consonância com a Legislação vigente.

Vale ressaltar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório, sendo certo que o mero descontentamento da parte com o resultado da perícia realizada no âmbito administrativo não autoriza a realização de novo exame pericial em sede judicial.

Na instrução processual, o Nobre Magistrado determinou a realização de perícia médica, a fim de apurar eventuais lesões suportadas pela parte Autora, suas respectivas extensões e o nexo de causalidade entre as supostas lesões e o acidente automobilístico narrado na exordial.

Após análise do laudo pericial de fls., realizado pelo i. expert, verifica-se que o **referido exame clínico é incapaz de provar o direito à indenização requerida pela parte autora, visto que não gradua corretamente e tampouco indica as LESÕES suportadas pelo periciando**.

Repita-se que o laudo pericial apresentado não deixa claro quanto à ocorrência ou não de invalidez permanente e de incapacidade laborativa decorrentes do acidente de trânsito, deixando o autor de provar que tem direito ao recebimento da complementação da indenização pleiteada.

Na hipótese, o perito **não elucida, outrossim, o percentual da redução** estabelecido na tabela anexa à Lei 6.194/74 (alteração pela Lei 11.945/09), a qual estabelece que nos casos de invalidez parcial incompleta, será realizado o enquadramento da perda anatômica ou funcional, quiçá o porquê do autor ainda encontrar-se em tratamento ou a lesão é reversiva, incapaz de deixar sequela.

Percebe-se, portanto, que a lesão, bem como a respectiva graduação devem ser enquadradas acertadamente, sob pena de haver enriquecimento ilícito por uma das partes que receberá além do valor previsto em lei, ou mesmo ser uma delas prejudicada com o pagamento por uma lesão menor que a de fato apresentada.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 13:39:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106291339071700000042852983>  
Número do documento: 2106291339071700000042852983

Num. 45088724 - Pág. 1

Assim, por se tratar de ônus que cabe a parte autora, qual seja, de comprovar que restou permanentemente inválida em decorrência do acidente noticiado em grau superior ao que foi constatado na esfera administrativamente, quando o autor não junta aos autos documentos capazes de comprovar que houve o agravamento da lesão decorrida do acidente automobilístico, assim como é imprestável a prova pericial realizada nos autos, outra alternativa não resta a este atendo juízo, senão julgar totalmente improcedente o pedido autoral.

A jurisprudência deste Tribunal é pacífica ao inadmitir indenização quando o autor deixa de provar o ônus que lhe compete, consoante é possível aferir do julgado a seguir listado:

*"APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ÔNUS DA PROVA. Deve ser julgado improcedente o pedido de cobrança de indenização advinda do seguro obrigatório quando o autor não colaciona aos autos prova hábil do grau da incapacidade advinda da lesão permanente. Incidência da regra descrita no art. 333, I, do CPC."*

*(TJ-MG - AC: 10116120033158001 MG, Relator: Cláudia Maia, Data de Julgamento: 12/06/2015, Câmaras Cíveis / 14ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 19/06/2015.)"*

Não é outro o entendimento do Tribunal de Goiás, *in verbis*:

*"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. ÔNUS DA PROVA. FATO CONSTITUTIVO DO DIREITO DO AUTOR NÃO DEMOSTRADO. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO EXORDIAL. PERÍCIA DESIGNADA. NÃO COMPARÉCIMENTO DO AUTOR. 1- À medida do grau de interesse das partes em comprovar seus fundamentos fáticos, o Código de Processo Civil dividiu o ônus probatório: toca ao autor o ônus de provar o fato constitutivo de seu direito; ao réu, os fatos impeditivos, modificativos e extintivos. 2- Não tendo o autor comprovado o fato constitutivo do seu direito, a improcedência do pedido exordial é medida que se impõe. 3- Regularmente designada perícia médica e, não tendo o autor diligenciado no sentido de comparecer, mesmo regularmente intimado, configura-se seu desinteresse processual na produção de prova que lhe competia. 4 APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA, MAS DESPROVIDA. (TJGO, Apelação Cível nº 01362644320158090011, 4ª Câmara Cível, Relatora: Des. Elizabeth Maria da Silva, Julgado em 15/09/2016.)"*

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de complementação a indenização à parte autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez apresentado na esfera administrativa subscrita por dois médicos especialistas, visto conforme amplamente demostrado, o laudo de fls., é **INCONCLUSIVO, pois não gradua corretamente e tampouco indica as LESÕES suportadas pelo periciando.**

Portanto, não tendo a parte autora se incumbido de provar fato constitutivo de seu direito, ônus este que lhe cabe, deve a presente demanda ser julgada **IMPROCEDENTE**, com fulcro no art. 487, I, do Código de Processo Civil.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SOLEDADE, 25 de junho de 2021.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES  
15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaoarbosaadvass.com.br](http://www.joaoarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 13:39:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106291339071700000042852983>  
Número do documento: 2106291339071700000042852983

Num. 45088724 - Pág. 2

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosadvass.com.br](http://www.joaobarbosadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 13:39:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062913390717000000042852983>  
Número do documento: 21062913390717000000042852983

Num. 45088724 - Pág. 3



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.seguradoraslider.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.

00020374



Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12943465



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 13:39:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062913390776200000042852986>  
Número do documento: 21062913390776200000042852986

Num. 45088727 - Pág. 1

---

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  
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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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

Elmíodo Alves dos Santos

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

Nome completo	Elmíodo Alves dos Santos	CPF titular da conta	732.529.134-54	Profissão	Op. de Maquinaria
Endereço	Rua Projeto da	Número	5/N	Complemento	
Bairro	Chico Peixoto	Cidade	Belo Horizonte	Estado	PB
Email				CEP	58.155-000
				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 checked="" 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  CONTA NRO. 5389 75 D/V  
(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 Lider 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.

L. grande, 91 de Mangu Local e Data

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

Elmíodo 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.

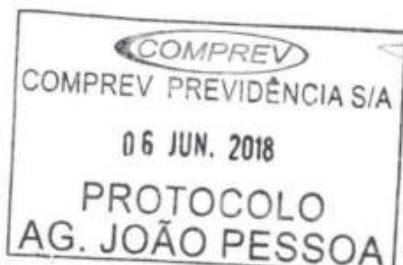
**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados vinha como passageiro de mototaxi, nesta cidade, quando ocorreu uma colisão com um carro, vindo a cair ao chão; Que, o condutor da motocicleta morreu no local, conhecido BONZINHO; Que, não conseguiu localizar a família 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 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 TRÂNSITOPROTOCOLO:  
18010518B01STATUS:  
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

DESCRITIVO DO LOCAL:

## ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:

Plena Noite

CONDICÃO METEOROLÓGICA:

Garoa/Chuvisco

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Simples

CONDICÃO DE PISTA:

Molhada

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIARIA:

Curva

LOCALIDADE URBANIZADA:

Sim

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Sim

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Não

IMAGEM PANORÁMICA - SENTIDO CRESCENTE

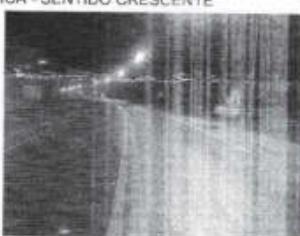


IMAGEM PANORÁMICA - SENTIDO DECRESCENTE

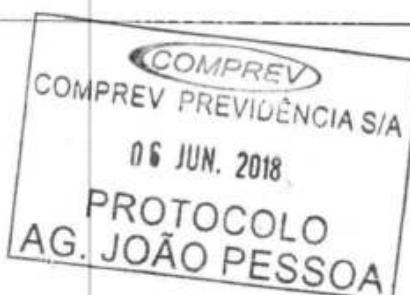


IMAGEM DO LOCAL



INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE

Imagens prejudicadas pela falta de luminosidade.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA 1969527

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B3A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 1 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 13:39:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062913390776200000042852986>  
 Número do documento: 21062913390776200000042852986

Num. 45088727 - Pág. 6



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



**PROTOCOLO:**  
**18010518B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**DINÂMICA**

**Eventos Sucessivos**

<b>Ordem</b>	<b>Tipo de Evento</b>	<b>Veículos Envolvidos</b>
1	COLISÃO LATERAL	

**Croqui**

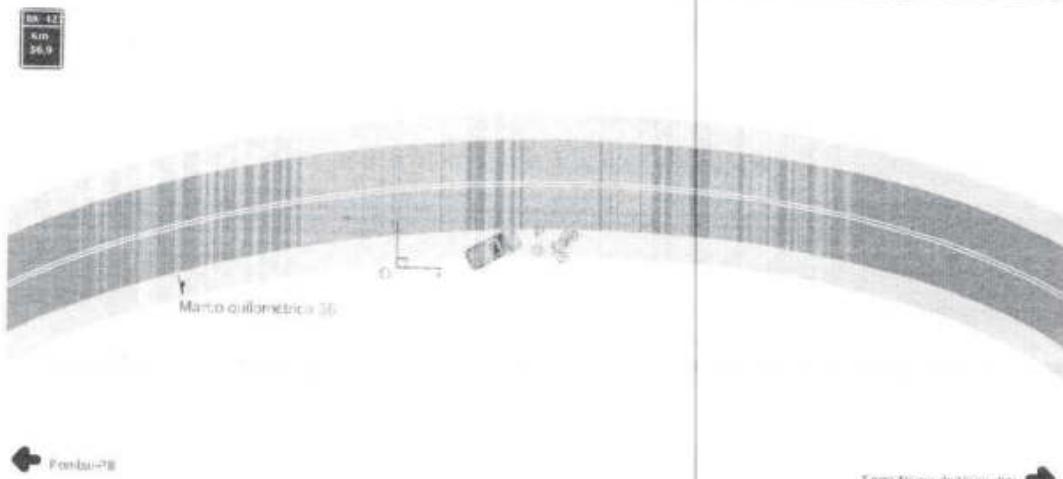


Foto: Pompal-PB

Sema Negau do Noné-BR

**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 mun. 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 - MMIC FA 350 DAKAR 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 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 de V1 nada sofrerão. 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 fagam 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 por não se encontrar mais no local do sinistro e o co-piloto de V1 não também 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: 4B3086A7BD9A7A4D78699ABEF5EBCB

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

Página 2 de 12





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

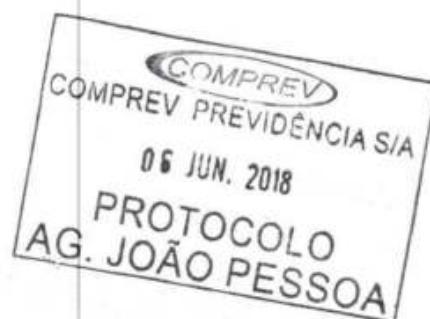


**PROTOCOLO:**  
**18010518B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**VEÍCULOS**

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



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA 1806527

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 3 de 12





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 CG150 TITAN MIX ES	ANO FABRICAÇÃO: 2009
-------------------	-------------------	---	-------------------------

SITUAÇÃO: Tracionador	MOTORISTA: Motorista
--------------------------	-------------------------

CHASSI: 9C2KC1620AR003906	Nº SÉRIE: 0342076523	PAÍS: BRASIL
------------------------------	-------------------------	-----------------

ESPECIE: Passageiro	DATA/ HORA: Particular	LOCALIZAÇÃO DO ACIDENTE: Transitando na contramão de direção (exceto ultrapassagem)
------------------------	---------------------------	--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Invadiu a faixa contrária do seu fluxo.	TIPO DE PROPRIETÁRIO: Pessoal
--	----------------------------------

MATEUS SILVA BRILHANTE DE LIMA	TELEFONE: 138233644-00
--------------------------------	---------------------------

Dados de Endereço	
-------------------	--

LÓGRADOURO: 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 clandestino
-------------------	---

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:	
-----------------------------	--

Emplacamento atrasado.	
------------------------	--



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO FPF R. CRUZ, MATRÍCULA 1068327

DATA/HORA DE ENCEFRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 13/02/2018 12:44 NÚMERO DE CONTROLE: #B3058A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 4 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 13:39:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062913390776200000042852986>  
Número do documento: 21062913390776200000042852986

Num. 45088727 - Pág. 9



**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	EN VOLVIMENTO:
NOME:	DUANY AUGUSTO FIUSA DE ARAUJO	Condutor
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	049.127.604-47	DATA DE NASCIMENTO:
ESTADO CIVIL:	Solteiro(a)	ÓRGÃO EXPEDIDOR:
		SEXO:
		Masculino
NOME DA MÃE:	CACILDA FIUSA DE ARAUJO	

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO:	RUA ADMILSON LEITE DE ALMEIDA	NUMERO:
COMPLEMENTO:		310

CASA	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	Santa Rosa

POMBAL/PB

TELEFONE:	EMAIL:
-----------	--------

**Dados da Habilitação**

HABILITAÇÃO:	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA:
Habilitação Nacional		AB
MOTORISTA PROFISSIONAL:	Nº DO REGISTRO:	UF:

Não	03954912704	PE
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:

Não RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:

Não DESCRICAO 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:

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)

Página 5 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 13:39:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062913390776200000042852986>  
Número do documento: 21062913390776200000042852986

Num. 45088727 - Pág. 10



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



PROTÓCOLO:  
18010518B01

STATUS:  
Encerrado

PESSOAS	
SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/Modelo:	
V1 / NQE6677 / I/MMC PAJERO DAKAR	EN VOLVIMENTO:
NOME:	Passageiro
ANGELITA PEREIRA DOS SANTOS NETA	DATA DE NASCIMENTO:
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	105.443.044-62
ESTADO CIVIL:	ORGÃO EXPEDIDOR:
	24/04/1995
	SEXO:
	Feminino
Dados de Endereço	
LOGRADOURO:	
Antonio Fernandes de Almeida	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	491
CASA	SARRO:
MUNICÍPIO/UF:	Nova Vida
POMBAL/PB	
TELEFONE:	TELEFONE:
Circunstâncias	
ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
Ileso	Sim
USAVA CAPACETE:	USAVA OBSTACULOS PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:
NÃO APPLICÁVEL	NÃO APPLICÁVEL
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:	



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO FPF/R. UNIZ, MATRÍCULA 196837

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.tjpb.gov.br/novobt/authenticar](http://www.tjpb.gov.br/novobt/authenticar)

Página 6 de 12





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

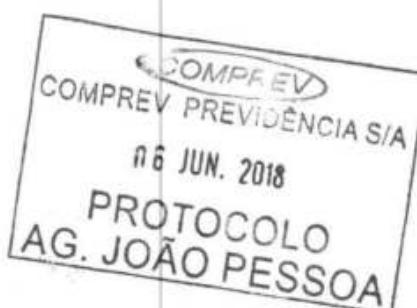


**PROTOCOLO:**  
**18010518B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / OET2090 / HONDA/CG150 TITAN MIX ES	ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: FRANCISCO ARAUJO DE SOUSA FILHO	DATA DE NASCIMENTO: 10/10/1973
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Casado(a)	NOME DA MÃE: MARIA DE LOURDES DE SOUSA ARAUJO
<b>Dados de Endereço</b>	
LOGRADOURO: Antonio Fernandes de Almeida	NUMERO: 493
COMPLEMENTO: casa	BAIRRO: BAIRRO NOVA VIDA
MUNICÍPIO/UF: POMBAL/PB	
TELEFONE:	EMAIL:
<b>Circunstâncias</b>	
ESTADO FÍSICO: Lesões Graves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APPLICÁVEL
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APPLICÁVEL
TESTE DO ETILOMÉTRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE: RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRICAÇÃO 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:	



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA 1969527

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

NUMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 7 de 12





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	EN VOLVIMENTO:
NOME:	CLEMILDO ALVES DOS SANTOS	Passageiro
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	732.529.134-53	DATA DE NASCIMENTO:
ESTADO CIVIL:	casada	SEXO:
LOGRADOURO:	Jose Cândido	MASCULINO
COMPLEMENTO:	casa	
MUNICÍPIO/UF:	SOLEDADE/PB	
TELEFONE:	84-99999-9999	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	José Cândido	NUMERO:
COMPLEMENTO:	casa	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	SOLEDADE/PB	Chico Pereira
TELEFONE:	84-99999-9999	

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
Lesões Leves	NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE:	USAVA SEPARADOR PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:
Sim	NÃO APLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO:	TIPO DE RECEPTOR:
Socorro médico	SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Equipe de Pomba

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA 1968527

DATA/HORA DE ENCRIFTAMENTO DA OCORRÊNCIA: 15/02/2018 12:44

NÚMERO DE CONTROLE: 4830B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 8 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 13:39:08

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062913390776200000042852986>

Número do documento: 21062913390776200000042852986

Num. 45088727 - Pág. 13



**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

NÚMERO DO BAT:

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE

18010518B01

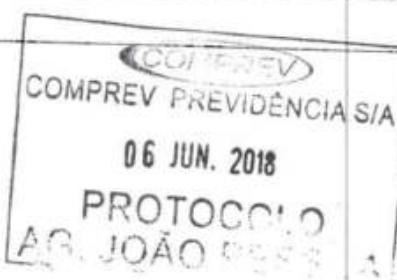
R. CRUZ/1969527

DATA/HORA:

12/02/2018 22:30

<b>Item</b>	<b>Descrição do Item</b>	<b>Valor</b>	<b>Item danificado no acidente</b>		
			<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NA</b>
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assento.	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: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 9 de 12





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)

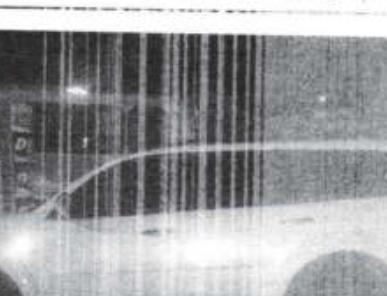
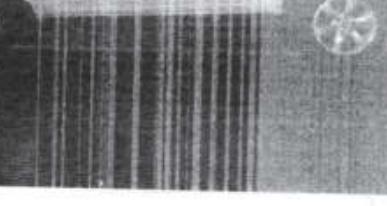


IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO FPF R. CRUZ, MATRÍCULA 196931

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 10 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 13:39:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062913390776200000042852986>  
Número do documento: 21062913390776200000042852986

Num. 45088727 - Pág. 15



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



**PROTOCOLO:**  
**18010518B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**AVALIAÇÃO DE DANOS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:		NUMERO DO BAT:		
V2 / OET2090 / HONDA/CG150 TITAN MIX ES		18010518B01		
NOME/MATRÍCULA DO AGENTE		DATA/HORA:		
R. CRUZ/1969527		12/02/2018 22:30		
Item danificado no acidente				
Item	Descrição do Item	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](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 11 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 13:39:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062913390776200000042852986>  
Número do documento: 21062913390776200000042852986

Num. 45088727 - Pág. 16



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



PROTOCOLO:  
18010518B01

STATUS:  
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)

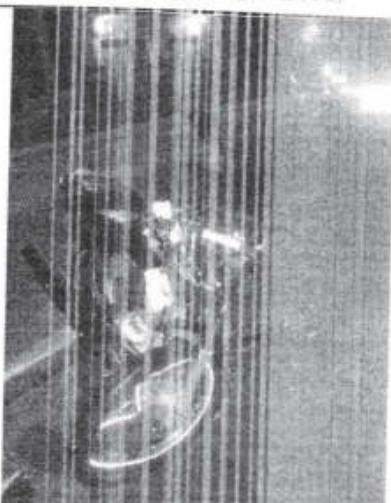


IMAGEM DA TRASEIRA (V2)

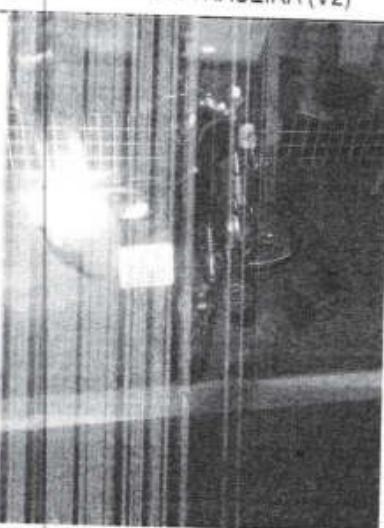
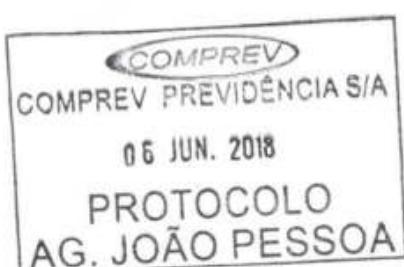
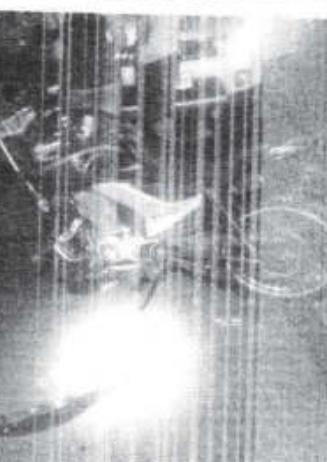


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO FERREIRA, GILZ, MATRÍCULA 156852

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA Ocorrência: 13/07/2018 12:44

NÚMERO DE CONTROLE: 4330B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.pti.gov.br/NovoSiteAutentic/](http://www.pti.gov.br/NovoSiteAutentic/)

Página 12 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 13:39:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062913390776200000042852986>  
Número do documento: 21062913390776200000042852986

Num. 45088727 - Pág. 17



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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: Clemílido 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 atende 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.

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

E. Freire, 21 de Março  
Local e Data

Clemílido Alves dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180259326      **Cidade:** Pombal  
**Vítima:** CLEMILDO ALVES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 12/02/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**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
<b>Total</b>		<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>	

### 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:**





Prefeitura Municipal de Pombal

Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAMU 192 Regional - Sousa

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: UBS 04



Clinico

DADOS DA OCORRÊNCIA

121C2115	OCORRÊNCIA	Local: Usuário	Idade:	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
CBR	CEP: 43700-000	UF: PR	BAIRRO:	Médico Regulador
<input type="checkbox"/> PM <input checked="" type="checkbox"/> Bombeiros <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> Agente de Trânsito <input type="checkbox"/> Outro:	QTA MOTIVO:			

RESUMO:	HRT	RESPONSÁVEL:	Dr. José Marinho de Sousa Neto CRM-PR-2007-CPF: 132.650.884-81 OAS
LOCAL:		RESPONSÁVEL:	Cirurgia Geral
OBS.:			

TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)	ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> PSICOSOCIAL <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO:	MEDICAMENTOS: PATOLOGIA (S): ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: VACINAS:

ESTADO FÍSICO		
NIVEL DE CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> TRAUMATÓTICO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO AGITAÇÃO: <input type="checkbox"/> NORMA <input type="checkbox"/> AGITADO <input type="checkbox"/> OUTRO: HABILIDADES: <input type="checkbox"/> IDEASLIDA <input type="checkbox"/> DÉAMBULADA <input type="checkbox"/> COM AUXÍLIO <input type="checkbox"/> ACABMADO <input type="checkbox"/> OUTRO: ANTEVISÃO: <input type="checkbox"/> PAUDE <input type="checkbox"/> PTERÍGIO <input type="checkbox"/> CINNÓTICO <input type="checkbox"/> PELE FRIA <input type="checkbox"/> ISODOREGATAS <input type="checkbox"/> PETÉQUIAS <input type="checkbox"/> EQUIMOSSES <input type="checkbox"/> OUTROS: SISTEMA RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> TUBERCULOSICO <input type="checkbox"/> DISPLASIA <input type="checkbox"/> TAQUIPNEIA <input type="checkbox"/> BRADIPNEIA <input type="checkbox"/> APNEIA <input type="checkbox"/> BATIMENTO DAS ASAS DO NARIZ <input type="checkbox"/> MV+ <input type="checkbox"/> MV- <input type="checkbox"/> RETRAÇÕES INTERCOSTAIS <input type="checkbox"/> HEMOPTISE <input type="checkbox"/> EPISTAXE <input type="checkbox"/> OUTROS: SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input type="checkbox"/> NORMOCARDÍGICO <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA <input type="checkbox"/> BRADICARDIA <input type="checkbox"/> ASSISTOLIA <input type="checkbox"/> VOF <input type="checkbox"/> PULSOS INFORMAIS <input type="checkbox"/> PULSOS RÍFRIMOS SISTEMA DIGESTÓRIO: CONSTRI <input type="checkbox"/> TENSÃO <input type="checkbox"/> DPO <input type="checkbox"/> IRIGÚA <input type="checkbox"/> FÁBOMÍC <input type="checkbox"/> GLÓRICO <input type="checkbox"/> FÚLVOS <input type="checkbox"/> FLÁCIDO <input type="checkbox"/> ENDOFLÁCIDO <input type="checkbox"/> ERH <input type="checkbox"/> IRH SISTEMA GENITOURINÁRIO: <input type="checkbox"/> DIUREIA <input type="checkbox"/> URINAÇÃO <input type="checkbox"/> DESERTERIA <input type="checkbox"/> HEMATURIA <input type="checkbox"/> HEMATURIA <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> FUSO-DIA <input type="checkbox"/> FUSO-NOC		
CHAMA PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> DOOR/DOOR	ARRESTO LOCAL:	PARALISIA LOCAL:
<input type="checkbox"/> OUTRA:		

ESTADO FÍSICO	GLICÉMIA CAPILAR:	mg/dl
VAG: <input type="checkbox"/> ARRESTO/OBSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO <input type="checkbox"/> SECREÇÕES / TEMPERATURA:	PA: <input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sup>100</sup> mmHg <input type="checkbox"/> PERSESSADO <input type="checkbox"/> 140 <input type="checkbox"/> 142 <input type="checkbox"/> 26	
PA: <input type="checkbox"/> 90/60 SEM CO <input type="checkbox"/> 96 % / 50/30 CDM CO <input type="checkbox"/> 140 mmHg <input type="checkbox"/> 65 bpm <input type="checkbox"/> PA: <input type="checkbox"/> CO <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> <sup>100</sup> mmHg <input type="checkbox"/> PERSESSADO <input type="checkbox"/> 140 <input type="checkbox"/> 142 <input type="checkbox"/> 26	COMPREV	

IDENTIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
CONSELHOS DE ENFERMAGEM:	06 JUN. 2018
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:	PROTOCOLO

PROFISSÃO: <input type="checkbox"/> ENFERMEIRO <input type="checkbox"/> TÉCNICO EM ENFERMAGEM	AG. JOÃO PESSOA
<p>Licença PI atinge a vítima sem causar morte X ferir o paciente apresentava lesões abertas, rufas no dor tornante e forte dor abdominal alta intensidade, impossibilidade de urinar e urinaria e pressão arterial alta e permaneceu p/ o HRT, after com a ferida.</p>	

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)		
NOME: Kamila	COREN: 504.815	TECNICO DE ENFERMAGEM:
NOME: Silviano	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO):	COREN:
		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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 13:39:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062913390776200000042852986>  
Número do documento: 21062913390776200000042852986

Num. 45088727 - Pág. 21







## 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 Eleonildo Alves dos Santos inscrito (a) no CPF sob o N° 732.529.139-59, do sinistro de DPVAT cobertura Invacidez da Vítima Eleonildo Alves dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o N° 732.529.139-59, 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: Bem Pedro F</u>	Número	<u>173</u>
Bairro	<u>São José</u>	Cidade	<u>Campina Grande</u>
Email		Estado	<u>PB</u>

Telefone comercial (DDD) (83) 99928-9443 Telefone celular (DDD) 58-400414

Caicó, 21 de Março de 2018  
Assinatura do Declarante

COMPREV  
PROVIDÊNCIA S/A  
06 JUN. 2018  
AG. JOÃO PESSOA  
PROTÓCOLO

DLDRL.001 V001/2017

2.2857.4319 (contas)  
3.3604.36 (suprimento)

GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL  
"SENADOR RUI CARNEIRO"



Acidente de moto

22.50

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: Bernardo Alves dos Santos DATA DE NASCIMENTO: 01/12/70 IDADE: 47 SEXO: M  
COR: branca PROFISSÃO: operador de máquinas  
NOME DA MÃE: Carmelita Alves dos Santos RG/CNH: 5.451-811  
CARTÃO DO SUS: 407 8006 6571 0437  
MUNICÍPIO: Solidão ENDEREÇO: R. Pratada  
ESTADO: PI CEP: 54155-000 CODIGO DO MUNICIPIO: 1210212018 DATA DE ATEND: 12/02/2018

JAIS VITAIS:

PA: 100x60mmHg 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:

CV com dor de Sofia, dor de moto,  
CV com dor no topo da cabeça,  
e MTD e pernas doentes

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: 1. Novotônus contra o torso

RESULTADOS: 1º Pele e mucos

RESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1º Pomada de Poloxal 1% para dor

2º Diclofenaco 75 mg. OF 2250

3º Paracetamol 500 mg. OF 2300

4º Prostaglandina 100 + Sf 100 > 0800 2300

5º Paracetamol 500 mg. OF 2300

6º Paracetamol 500 mg. OF 2300

7º OF 1500 > En Polipos

8º OF 1500 > En Polipos

9º OF 1500 > En Polipos

10º Bacitracin 100 OF 2300

11º Bacitracin 100 OF 2300

12º Bacitracin 100 OF 2300

13º Bacitracin 100 OF 2300

14º Bacitracin 100 OF 2300

15º Bacitracin 100 OF 2300

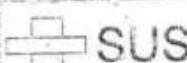
16º Bacitracin 100 OF 2300

17º Bacitracin 100 OF 2300

18º Bacitracin 100 OF 2300

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





Sistema: Ministério  
Único de da Saúde  
Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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		8 - RACA / CÓR	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO 01/12/1970	7 - SEXO M
9 - NOME NA MÃE		10 - TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		13 - BAIRRO	
12 - ENDEREÇO PROJETADA		N.: 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	<p><i>Doenças crônicas com ondas de dor intensa, reagindo ao estresse. Escorrimento nasal direito.</i></p>		
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	<p><i>No diagnóstico de sinusite e rhinitis crônica.</i></p>		
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAVES DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID 10 PRINC.	23 - CID 10 SEC	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
<p><i>Tosse seca crônica e Dor no Tc-abdominal</i></p>			

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Lop. Exploratória e Cistoscopia</i>	26 - COD PROcedimento		
27 - CLÍNICA	28 - CARATER INTERNACAO	29 - DOCUMENTO	30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE
		( ) CNS ( ) CPF	
ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE		32 - DATA SOLIC.	33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)
<p><i>D. José Henrique de Souza Neto Carimbo 23-07/2018 CEP 58155-000-000</i></p>			<p><i>José Henrique de Souza Neto</i></p>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO	37 - CNPJ SEGURADORA	38 - N° BILHETE	39 - SÉRIE
35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	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 - N° AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR	
		<p><i>COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</i></p>	
46 - DOCUMENTO	47 - N° DOCUMENTO (CPF/CNPJ) PROFISSIONAL		
( ) CNS ( ) CPF			
48 - DATA AUTORIZAÇÃO	49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		
<p><i>/ /</i></p>		<p><i>06 JUN. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</i></p>	



**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUY CARNEIRO"**

Nome: Eduardo Alves dos Santos  
 Filiação: \_\_\_\_\_  
 Sexo: M Idade: 47 Cor: Pardo  
 Procedência: Area Arredores Data: 15/02/18  
 Cirurgião: Dr José Mariano Auxiliar: Dr Pardo  
 Anestesista: Dr 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
Compressas	01
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nausedron	01
Decadrom 4mg	04
Água para injeção	20cm
Esparadrapo	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	01
Fio algodão 2-0 sem agulha	02
Fio catgut cromado 0	02

COMPREV PREVIDENCIASIA  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA  
16 JUN. 2018

Suelio Moreira Torres  
26/06/2021



		Hospital:	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário
FOLHA DE ANESTESIA		Nome:		Idade	Sexo
Data	Pulseira Arterial Pulsos		Respiração		Altura
Tipo Sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicose	Temperatura
	Urina			Ureia	Peso
Ap. Respiratório				Ama	Bronquio
Ap. Circulatório				Eletrocardiograma	
Ap. Digestivo				Ap. Urinário	
Estado Mental				Alergia	Hipotensão
Diagnósticos Pré-Operatório		Tremor abdominal fechado		Estado Físico	Risco
Anestesias Anteriores					
Medicação Pré-Anestésica				Aplicado às	Efeito
AGENTES ANESTÉSICOS	02				Efeito
Líquido					INDUÇÃO
					Sete: _____ Exit: _____ Tosses: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômito: _____ Outros: _____
CÓDIGO F... ATÉRIA PULSO RESPIRAÇÃO VS - ANESTÉSICO OPERAÇÃO	260				MANUTENÇÃO
	240				<i>Não Caiu magnet cyclovent fornir Musadran decadona</i>
220				ANESTESIA SATISF. Sim: _____ Não: _____ Não, por quê? _____	
200				DESPERTAR	
180				Reflexo na SO: _____ Obstr.: _____ Co2: _____ Exit: _____ Náuseas: _____ Vômito: _____ Outros: _____	
160				Como Câmla	
140				Para leito Sim: _____ Não: _____	
120				CONDIÇÕES: _____	
100					
80					
60					
40					
20					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		<i>SG 5 sec SF 35 sec</i>			
POSIÇÃO					
Agentes					
Técnica		<i>Rgri</i>			
Operação		<i>CISTOTOMIA</i>			
Cirurgões		<i>Dr Nilo + Dr Pedro</i>			
Anestesiistas		<i>Dr Alber</i>			
Observações					
Anotar, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias					
FOLHA DE ANESTESIA					

COMPREV PREVIDENCIASIA  
06 JUN 2018  
PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA





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



NOME DO PACIENTE		HOSPITAL	AG. João Pessoa	
DATA DA OPERAÇÃO		13/07/18	ENF	Nº BRONTOUÁRIO
OPERADOR		DJ	1º AUXILIAR	LEITO
2º AUXILIAR		DR. M. L.	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA		B. M.	TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO		Placenta Rústica + Infarto Lop. Exploradora + Ostofaringia		
TIPO DE OPERAÇÃO		Oncovare		
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO				
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA				
EXAME RADIODIAGNOSTICO NO ATO		<b>COMPREV</b> <b>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</b> 06 JUN. 2018 <b>PROTÓCOLO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b>		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO				
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS ① Corte de saco falso - Osteoplastia ② Fissura do colo no tronco ③ Fissura Neto - supra o fundo bulbo ④ Trânsito - Sombra na cor alterada ⑤ Visceras da bexiga ⑥ Visceras da cor alterada ⑦ Cistostomia - O planos de hincar ⑧ Gravidez de porca por flancos Cervicotoracoscópico				





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: 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)

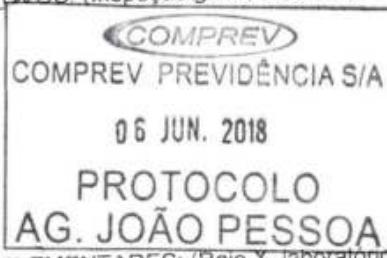
Profissão: OPERADOR DE MAQUINA

Responsável: \_\_\_\_\_

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

*Painel sofreu acidente de  
motocicleta no bairro-carro, o  
mesmo bairinho e da noite*

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



EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

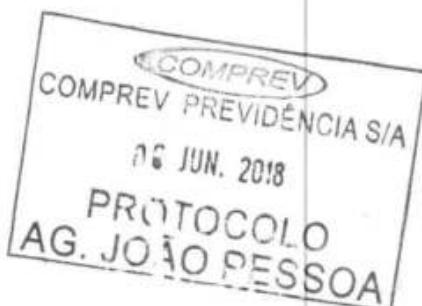
Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Motivo da Alta: \_\_\_\_\_

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

Recepção: FATIMA

REGISTRO GERAL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1.451.811 -2 VIA		DATA DE EXPEDIÇÃO 09/11/2017
NOME CLEMILDO ALVES DOS SANTOS		
PATERNO MIGUEL ALVES DOS REIS		
MATERNO CARMELITA ALVES DOS SANTOS		
MATERIAL NOME CAMPINA GRANDE-PB		DATA DE NASCIMENTO 01/12/1970
DOC. CRUZEM NASC.N.50772 FLS.341 LIV.A 42		
CARTORIO CAMELINA GRANDE PB		
CPF 732.529.134-53		<i>Assunto: Aberto</i> Marcus A. B. Lacerda Jr. Chefe do Escritório 1º Ofício Civil e Cível 09/08/03
		A +





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 13:39:08  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062913390776200000042852986  
Número do documento: 21062913390776200000042852986

Num. 45088727 - Pág. 32

## 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 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 %

### 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  
**Vítima:** CLEMILDO ALVES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 12/02/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**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
<b>Total</b>		<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>	

### 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: Elenildo Alves dos Santos  
Nacionalidade: Brasileiro Est.Civil: Splterno  
Profissão: Op. de Maquina Identidade: 1451-811  
CPF: 732.529.134-53 Endereço: Rua Projeteiros  
S/N - Chico Janeira, Soledade/PB.

### OUTORGADO:

Nome: Francios Manque Amarim  
Nacionalidade: Brasileiro Est.Civil: Divorciado  
Profissão: Advogado Jurídico Identidade: 324.710.19  
CPF: 119.840.958-22 Endereço: Rua Dom Pedro I  
Nº 173, SL: 102 1º andar, São José - Campina Grande - PB

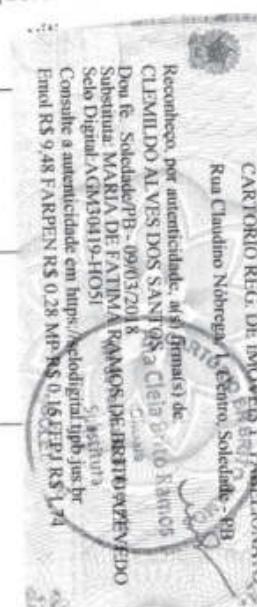
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de 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

Elenildo Alves dos Santos

Local e data

Cajazeiras - PB 21 de Março de 2018

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



**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 ( X) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

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

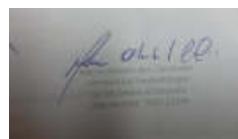
Região Corporal (Sequela):

% 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

