



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	
CLEMILDO ALVES DOS SANTOS (AUTOR)		AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45088722	29/06/2021 13:39	<a href="#">Petição</a>	Petição
45088724	29/06/2021 13:39	<a href="#">2586549_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos
45088727	29/06/2021 13:39	<a href="#">2586549_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos

ANEXO



**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 pericias 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, quicá o porquê do autor ainda encontra-se em tratamento ou a lesão é reversiva, incapaz de deixar sequela.

Percebe-se, portanto, que a lesão, bem como a respectiva gradação 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.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



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 COMPARECIMENTO 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 demonstrado, 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.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.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

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

Pag. 00747/00748 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020374



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**

Pag. 01219/01220 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12960835



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

Pag. 01901/01902 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020951





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	Clemildo Alves dos Santos	CPF titular da conta	732.529.134-54	Profissão	Op. de Maquineria
Endereço	Rua Propriedade	Número	51N	Complemento	
Bairro	Chico Pereira	Cidade	Boleidade	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 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 21 de Março de 2018  
Local e Data

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

x Clemildo Alves dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 408/2018**

*Versando sobre:* **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

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

Local do ocorrido: **BR 427, SAÍDA 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.

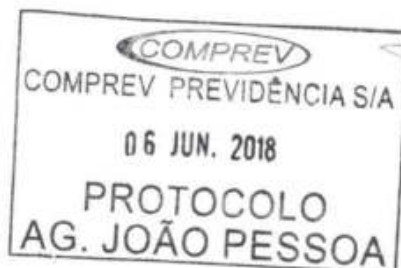
**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados vinha como passageiro de mototaxi, nesta cidade, quando ocorreu uma colisão com um carro, vindo a caírem ao chão; Que, o condutor da motocicleta morreu no local, conhecido BONZINHO; Que, não conseguiu localizar a família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

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





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



PROTOCOLO:  
18010518B01

STATUS:  
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:	DATA/HORA:	
R. CRUZ/1969527	12/02/2018 22:30	
Na Rodovia		
MUNICÍPIO/UF:		
POMBAL/PB		
BR:	KM:	SENTIDO:
427	36.9	Crescente
DESCRIPTIVO DO LOCAL:		

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

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

IMAGEM 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: 4B30B3A7B09A7A4D7B639ABEF5EBCB

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

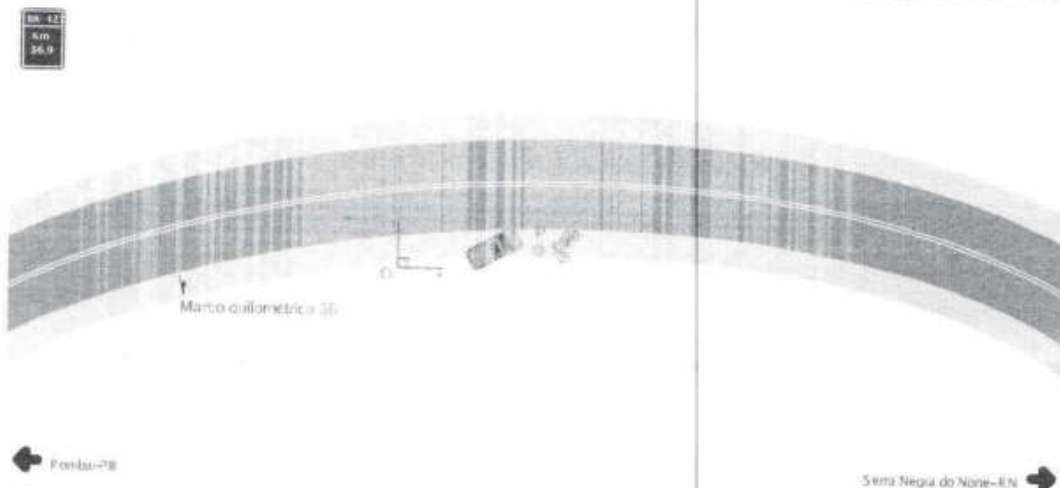
STATUS:  
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	

Croqui



Narrativa

No dia 12/02/2018, às 22h40min, a equipe PRF foi acionada para atender um acidente tipo COLISÃO LATERAL ocorrido na ER 427, km 36,9, no município de POMBAL/PB. Chegando ao local, às 22h50min, encontrou os veículos em sua posição de repouso e as vítimas já socorridas pelo SAMU. O acidente, uma COLISÃO LATERAL, envolveu o veículo V1 (MMC FAIR DAXAR) e o veículo V2 HONDA/CG150 TITAN MIX ES. O V1 seguia o fluxo da via, deslocando-se sentido POMBAL/PB X SERRA NEGRA DO NORTE/RN, e foi impactado em sua lateral direita parte dianteira por V2, o qual invadiu a mão de V1, o condutor do V1 teve politraumatismo nas pernas, TCE e forte impacto no 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. Quando 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 faziam uso do cinto de segurança. Foram encaminhados 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 do V1 não foi submetido ao teste por não se encontrar mais no local do sinistro e o condutor de V2 não também 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 ELETRONICAMENTE POR SUELIO MOREIRA TORRES - 29/06/2021 13:39:08

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

NÚMERO DE CONTROLE: 483056A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 2 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. 7



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



**PROTOCOLO:**  
18010518B01

**STATUS:**  
Encerrado

**VEÍCULOS**

SEQUENCIAL: V1	PLACA: NQE6677	MARCA/MODELO: I/MMC PAJERO DAKAR	ANO FABRICAÇÃO: 2010
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Utilitário	
CHASSI: MMBGRKH80BF000526	RENAVAM: 00226884031	PAÍS: BRASIL	
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	
<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			

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

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRP R. CRUZ, MATRÍCULA 1869527  
DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 13/02/2018 12:44 NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B639ABEF5EBCB  
VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.pr.fgov.br/novoba/autenticar](http://www.pr.fgov.br/novoba/autenticar)

Página 3 de 12





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



PROTOCOLO:  
18010518B01

STATUS:  
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL:	PLACA:	MARCA/MODELO:	ANO FABRICAÇÃO:
V2	OET2090	HONDA CG 150 TITAN MIX ES	2009
SITUAÇÃO:		TIPO DE VEÍCULO:	
Tracionador		Motorista	
CHASSI:	R03473X	PAIS:	
9C2KC1620AR0C3906	00342078373	BRASIL	
ESPECIE:	CATEGORIA	MANEIRA DE MANEJO DO ACIDENTE	
Passageiro	Particular	Transitando na contramão de direção (exceto ultrapassagem)	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
Invadiu a faixa contrária do seu fluxo.			
NOME DO PROPRIETÁRIO:		CPF:	
MATEUS SILVA BRILHANTE DE LIMA		138.233.644-00	
Dados de Endereço			
LOGRADOURO:		NUMERO:	
R CROMACIO WANDERLEY 776 CASA		00776	
COMPLEMENTO:		BAIRRO:	
CASA			
MUNICÍPIO/UF:			
POMBAL/PB			
TELEFONE:		EMAIL:	
Dados da Carga			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
Encaminhamento			
MOTIVO:		TIPO DE RECEPTOR:	
Outros		Depósito ordenado	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
Emplacamento a rasco.			



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA: 198527

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B3058A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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





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		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: DUANY AUGUSTO FIUSA DE ARAUJO	CNPJ: 049.127.604-47	DATA DE NASCIMENTO: 03/03/1985
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Solteiro(a)	NOME DA MÃE: CACILDA FIUSA DE ARAUJO	
Dados de Endereço		
LOGRADOURO: RUA ADMILSON LEITE DE ALMEIDA		NÚMERO: 310
COMPLEMENTO: CASA		BAIRRO: Santa Rosa
MUNICÍPIO/UF: POMBAL/PB		
TELEFONE:	EMAIL:	
Dados da Habilitação		
HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 03954912704	UF: PB
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/novobst/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobst/autenticar)

Página 5 de 12





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

ENVOLVIMENTO:

Passageiro

NOME:

ANGELITA PEREIRA DOS SANTOS NETO

CPF:

105.443.044-62

DATA DE NASCIMENTO:

24/04/1995

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ORGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

Feminino

ESTADO CIVIL:

NOVE DA MÃE:

MARIA LUCILA FERNANDES DINIZ

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

Antonio Fernandes de Almeida

NÚMERO:

491

COMPLEMENTO:

SÁRIO:

Nova Vida

CASA

MUNICÍPIO/UF:

POMBAL/PB

TELEFONE:

EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Illeso

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

Sim

USAVA CAPACETE:

USAVA DISPOSITIVOS PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

NÃO APLICÁVEL

NÃO APLICÁVEL

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRFPR. ORUZ, MATRÍCULA 1166321

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B3058A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 6 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. 11





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:

Antônio 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:

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

Sim

NÃO APLICÁVEL

TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL:

RESULTADO DO TESTE:

Não

RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:

Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

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

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:

Não

SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Não

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

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)

Página 7 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. 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

NOME:

CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

CPF:

752.523.134-53

ÓRGÃO EMISSOR:

ENVOLVIMENTO:

Passageiro

DATA DE NASCIMENTO:

01/12/1970

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

NOME DA VÍX:

CARMELITA ALVES DOS SANTOS

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

LIBERAÇÃO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

SE FOU DISPONIBILIZADA 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 196837

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

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/MC PAJERO DAKAR

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

R. CRUZ/1969527

NÚMERO DO BAT:

18010518B01

DATA/HORA:

12/02/2018 22:30

Item danificado no acidente

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM	NÃO	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroceria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o 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 longerina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longerina.	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longerinas.	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longerina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longerina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longerinas.	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/novobat/autenticar](http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar)

Página 9 de 12







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



PROTOCOLO:  
18010518B01

STATUS:  
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)

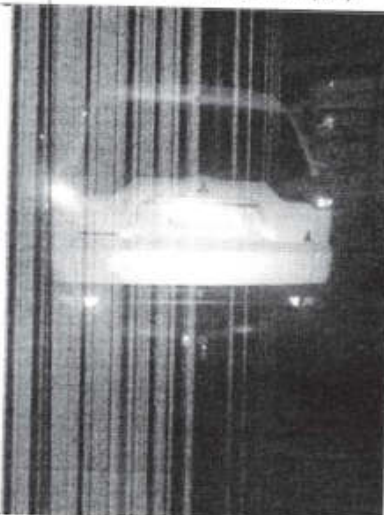


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)



IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



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

DOCUMENTO ASSINADO DIGITAL MENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA 1969537

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B3058A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 10 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:

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 (triciclós)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

5

DIMENSÃO DA MONTA:

Grande

**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: 4B30B3A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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



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



PROTOCOLO:  
18010518B01

STATUS:  
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)

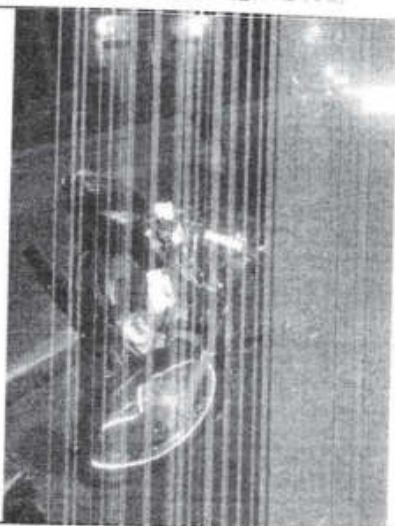


IMAGEM DA TRASEIRA (V2)

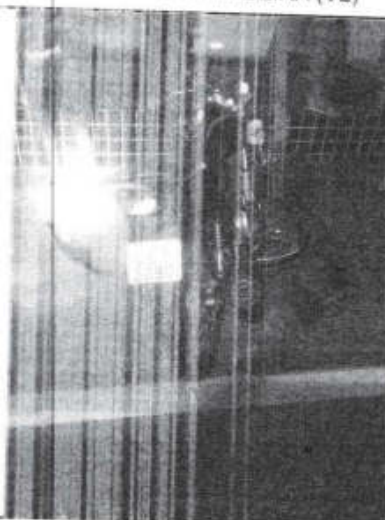


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)

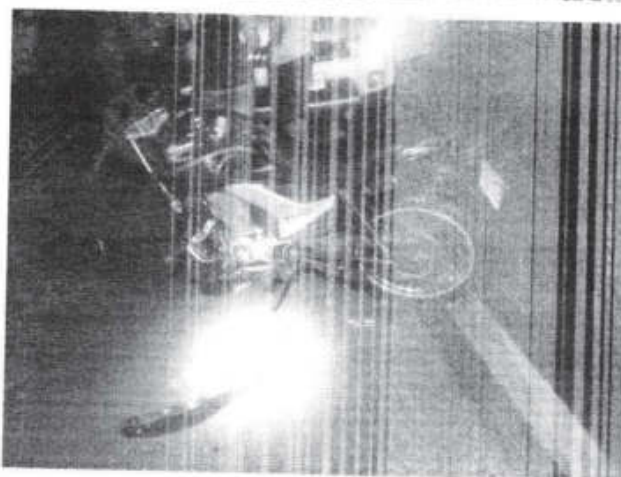
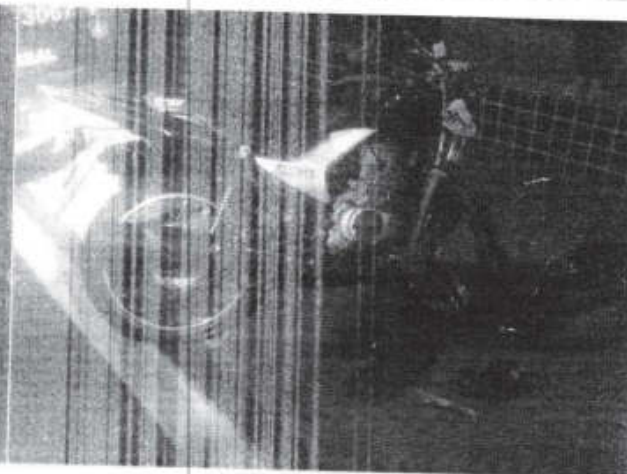


IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



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

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO TFPB/CRLZ MATRÍCULA 140853

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 12 de 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 interdita 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)

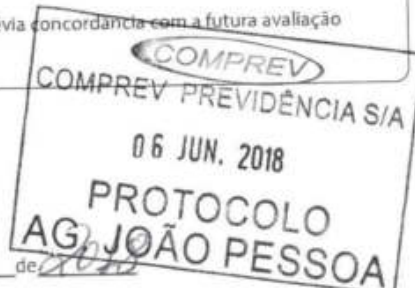
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### 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 de 2018  
Local e Data

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:**







Prefeitura Municipal de Pombal  
Secretaria Municipal de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU 192 Regional - Sousa  
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 085.04



Clinico

IDENTIFICAÇÃO OCORRÊNCIA	Identificação	Nome / Usuário	Idade	Sexo
12102115 / 0216	43R	Plenildo Gilvan dos Santos	27	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Local de ocorrência	43R	437 rod. Alameda	Bairro	Médico Regulador
<input type="checkbox"/> Policlínica <input type="checkbox"/> PM <input checked="" type="checkbox"/> Sanatório <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> Agência de Trânsito <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> QTA MOTIVO:			

TESTES	RESPONSÁVEL	OBS
LOGM: HRT	Dr. José Hermínio de Sousa Neto	CRM-PE 20700-005-132650.884.81
LOCAL: HRT	RESPONSÁVEL	OBS

Tipo de Agravado (natureza da ocorrência)	Antecedentes
<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA PROCEDENTE DO:	MEDICAMENTOS: PATOLOGIA(S): ÚLTIMA ALIMENTAÇÃO: VACINAS

EXAME FÍSICO
NÍVEL DE CONSCIENTIA: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> RÁPIDO E TÍLICO <input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS <input type="checkbox"/> SONOLENTO
POSICÃO CORPORAL: <input type="checkbox"/> SUPINA <input type="checkbox"/> LIGADO <input type="checkbox"/> OUTRO:
PELE E MUCOSA: <input type="checkbox"/> PÁLIDO <input type="checkbox"/> ICTERICO <input type="checkbox"/> CIANOTICO <input type="checkbox"/> FLEBIA <input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> PETÉQUIAS <input type="checkbox"/> EQUIMOSE <input type="checkbox"/> OUTROS:
SISTEMA RESPIRATÓRIO: <input type="checkbox"/> TUBERÍCULO <input type="checkbox"/> DISPNIA <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-
SISTEMA CARDIOVASCULAR: <input type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> TAQUICÁRDIA <input type="checkbox"/> BRADICÁRDIA <input type="checkbox"/> ASSISTÓLIA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> PULSO - INURMAIS <input type="checkbox"/> PULSO - RIFORMES
SISTEMA DIGESTIVO: <input type="checkbox"/> CÉLULA <input type="checkbox"/> VÔMITO <input type="checkbox"/> DIARREIA <input type="checkbox"/> HEMATEMÉSE <input type="checkbox"/> HEMATEMÉSE <input type="checkbox"/> HEMATEMÉSE <input type="checkbox"/> HEMATEMÉSE <input type="checkbox"/> HEMATEMÉSE
SISTEMA URINÁRIO: <input type="checkbox"/> DISURIA <input type="checkbox"/> POLACIÚRIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/> HEMATURIA <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA
CHAMA PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> DOENÇA <input type="checkbox"/> PARALISIA LOCAL

EXAME FÍSICO
GLICEMIA CAPILAR: 100.00 mg/dl
GLICEMIA CAPILAR: 100.00 mg/dl

EXAME FÍSICO
GLICEMIA CAPILAR: 100.00 mg/dl
GLICEMIA CAPILAR: 100.00 mg/dl

EXAME FÍSICO
GLICEMIA CAPILAR: 100.00 mg/dl
GLICEMIA CAPILAR: 100.00 mg/dl

EXAME FÍSICO
GLICEMIA CAPILAR: 100.00 mg/dl
GLICEMIA CAPILAR: 100.00 mg/dl

EXAME FÍSICO
GLICEMIA CAPILAR: 100.00 mg/dl
GLICEMIA CAPILAR: 100.00 mg/dl

EXAME FÍSICO
GLICEMIA CAPILAR: 100.00 mg/dl
GLICEMIA CAPILAR: 100.00 mg/dl

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



# 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



Nº medidor: 00008791958

ENERGIA PARAIBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Km 35 - Cristo Redentor, João Pessoa/PB - CEP 58071-600  
CNPJ 03.095.193/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0

Núcleo Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001.710.52  
Cód. para Débi. Automático: 0001744386

Num. 45088727 - Pág. 22

Bredset: 09/03/2018 - Fátima Maf 2018  
 Classificação: RESCUE/AL - RESCUE/AL  
 Referência: 1-401-102-2010 - 401/2010

ENERGY SERVICES - 12748, 12749, 12750, 12751, 12752, 12753, 12754, 12755, 12756, 12757, 12758, 12759, 12760, 12761, 12762, 12763, 12764, 12765, 12766, 12767, 12768, 12769, 12770, 12771, 12772, 12773, 12774, 12775, 12776, 12777, 12778, 12779, 12780, 12781, 12782, 12783, 12784, 12785, 12786, 12787, 12788, 12789, 12790, 12791, 12792, 12793, 12794, 12795, 12796, 12797, 12798, 12799, 12800, 12801, 12802, 12803, 12804, 12805, 12806, 12807, 12808, 12809, 12810, 12811, 12812, 12813, 12814, 12815, 12816, 12817, 12818, 12819, 12820, 12821, 12822, 12823, 12824, 12825, 12826, 12827, 12828, 12829, 12830, 12831, 12832, 12833, 12834, 12835, 12836, 12837, 12838, 12839, 12840, 12841, 12842, 12843, 12844, 12845, 12846, 12847, 12848, 12849, 12850, 12851, 12852, 12853, 12854, 12855, 12856, 12857, 12858, 12859, 12860, 12861, 12862, 12863, 12864, 12865, 12866, 12867, 12868, 12869, 12870, 12871, 12872, 12873, 12874, 12875, 12876, 12877, 12878, 12879, 12880, 12881, 12882, 12883, 12884, 12885, 12886, 12887, 12888, 12889, 12890, 12891, 12892, 12893, 12894, 12895, 12896, 12897, 12898, 12899, 12900, 12901, 12902, 12903, 12904, 12905, 12906, 12907, 12908, 12909, 12910, 12911, 12912, 12913, 12914, 12915, 12916, 12917, 12918, 12919, 12920, 12921, 12922, 12923, 12924, 12925, 12926, 12927, 12928, 12929, 12930, 12931, 12932, 12933, 12934, 12935, 12936, 12937, 12938, 12939, 12940, 12941, 12942, 12943, 12944, 12945, 12946, 12947, 12948, 12949, 12950, 12951, 12952, 12953, 12954, 12955, 12956, 12957, 12958, 12959, 12960, 12961, 12962, 12963, 12964, 12965, 12966, 12967, 12968, 12969, 12970, 12971, 12972, 12973, 12974, 12975, 12976, 12977, 12978, 12979, 12980, 12981, 12982, 12983, 12984, 12985, 12986, 12987, 12988, 12989, 12990, 12991, 12992, 12993, 12994, 12995, 12996, 12997, 12998, 12999, 13000, 13001, 13002, 13003, 13004, 13005, 13006, 13007, 13008, 13009, 13010, 13011, 13012, 13013, 13014, 13015, 13016, 13017, 13018, 13019, 13020, 13021, 13022, 13023, 13024, 13025, 13026, 13027, 13028, 13029, 13030, 13031, 13032, 13033, 13034, 13035, 13036, 13037, 13038, 13039, 13040, 13041, 13042, 13043, 13044, 13045, 13046, 13047, 13048, 13049, 13050, 13051, 13052, 13053, 13054, 13055, 13056, 13057, 13058, 13059, 13060, 13061, 13062, 13063, 13064, 13065, 13066, 13067, 13068, 13069, 13070, 13071, 13072, 13073, 13074, 13075, 13076, 13077, 13078, 13079, 13080, 13081, 13082, 13083, 13084, 13085, 13086, 13087, 13088, 13089, 13090, 13091, 13092, 13093, 13094, 13095, 13096, 13097, 13098, 13099, 13100, 13101, 13102, 13103, 13104, 13105, 13106, 13107, 13108, 13109, 13110, 13111, 13112, 13113, 13114, 13115, 13116, 13117, 13118, 13119, 13120, 13121, 13122, 13123, 13124, 13125, 13126, 13127, 13128, 13129, 13130, 13131, 13132, 13133, 13134, 13135, 13136, 13137, 13138, 13139, 13140, 13141, 13142, 13143, 13144, 13145, 13146, 13147, 13148, 13149, 13150, 13151, 13152, 13153, 13154, 13155, 13156, 13157, 13158, 13159, 13160, 13161, 13162, 13163, 13164, 13165, 13166, 13167, 13168, 13169, 13170, 13171, 13172, 13173, 13174, 13175, 13176, 13177, 13178, 13179, 13180, 13181, 13182, 13183, 13184, 13185, 13186, 13187, 13188, 13189, 13190, 13191, 13192, 13193, 13194, 13195, 13196, 13197, 13198, 13199, 13200, 13201, 13202, 13203, 13204, 13205, 13206, 13207, 13208, 13209, 13210, 13211, 13212, 13213, 13214, 13215, 13216, 13217, 13218, 13219, 13220, 13221, 13222, 13223, 13224, 13225, 13226, 13227, 13228, 13229, 13230, 13231, 13232, 13233, 13234, 13235, 13236, 13237, 13238, 13239, 13240, 13241, 13242, 13243, 13244, 13245, 13246, 13247, 13248, 13249, 13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13258, 13259, 13260, 13261, 13262, 13263, 13264, 13265, 13266, 13267, 13268, 13269, 13270, 13271, 13272, 13273, 13274, 13275, 13276, 13277, 13278, 13279, 13280, 13281, 13282, 13283, 13284, 13285, 13286, 13287, 13288, 13289, 13290, 13291, 13292, 13293, 13294, 13295, 13296, 13297, 13298, 13299, 13300, 13301, 13302, 13303, 13304, 13305, 13306, 13307, 13308, 13309, 13310, 13311, 13312, 13313, 13314, 13315, 13316, 13317, 13318, 13319, 13320, 13321, 13322, 13323, 13324, 13325, 13326, 13327, 13328, 13329, 13330, 13331, 1

Nita-Flore - Centre de Energie & Environnement 485, 711  
Ced. par Des. Automatique. 0000002 rna

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2018	06/03/2018	05/04/2018	45646481449

UC (Unidade Consumidora): 4/202789-4

Canal de contato

- Falta de energia e mo-bridada. Pode provocar acidentes graves, além de ser quente e barulhosa. É ainda prejudicial ao meio-ambiente, o furto prejudica a qualidade do investimento, pode causar queda de energia, queima de transformadores e até incêndios.
- Chefe de vizinhos e amigos e sempre com o cartão de visita. Transparencia total, não se esconde, não se esconde, não se esconde. Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Letras	Data	Letras				
01/01/18	9330	01/01/18	9481	1	165		83
Demonstrativo							
001	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alc. Inicial	RE Base Calc	Pagto. Differ(N)
			Taxa de Transp. KM/BR	10,00		Re Coloca(P)	1,10(10,00/90)
001	Consumo em kWh	188.000 C 170360	118,90	118,30	27	31,40	118,30 1,26 8,21
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
001	CONTROLE DA PULCA		18,62	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00

2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Média últimos meses (kWh)	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
37	<b>13/03/2018</b>	<b>R\$ 130.22</b>

Histórico de Consumo (kWh)

22	30	27	23	39	56	49	36	41	24	14	82
Mar17	Apr17	Mar17	Jun17	Jul17	Apr17	Sep17	Oct17	Nov17	Sep17	Jan18	Feb18

42d0.01a8.0515.f31c.ec81.ee98.9974.15bf

Indicadores de Qualidade 1029-BLAV08

[illegible]

www.ck12.org

## ATENÇÃO

**ATENÇÃO**

- AVISO: Permaneça em contato com a ANEEL (24 HORAS) em caso de emergência. O atendimento ao fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o término do prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Resultado Tarifário Vigência 04/02/19-Res. ANEEL nº 2.367-Santa Tereza, 12,54% Medida Resultado Tarifário Vigência 04/02/19-Res. ANEEL nº 2.367-Santa Tereza, 18,93% Medida. Lete de confirmação.

### Faturas em atraso

Dez/17	23,25
--------	-------

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/BIBLIOTECASWEB/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 nº9.613/98.

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 Incendio 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>
Email			Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
			<u>(81) 99928-9443</u>		<u>58-400-4114</u>	

C. Grande 21 de Março de 2018  
Local e Data

Francisco Marques Amorim  
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017



9.8557 4319 (Cmnd)  
9.8557 4319 (Cmnd)

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 da Silva

COR: Branco DATA DE NASCIMENTO: 01/12/70 IDADE: 47 SEXO: M

NOME DA MÃE: Emelita Alves dos Santos

PROFISSÃO: operador de máquinas

CARTÃO DO SUS: 407.8006.6571.0737

RG/CNH: 1.451.811

MUNICÍPIO: Solidão ENDEREÇO: R. Proletário

ESTADO: PA CEP: 54550-000 CODIGO DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

DATA DE ATEND: 12/02/2018

SAÍDA 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:

Colo de Sifon oculto de mot,  
Colo de Sifon no T. de Chlores  
e MTD e pelo dente

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: \_\_\_\_\_

RESULTADOS: \_\_\_\_\_

RESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

1° Ponto de T. de Chlores e Ponto de Sifon

2° D. de Sifon 75 Th. of 22.50

3° Trone 100 + S. 100 > 80

4° Trone 100 + S. 100 > 80

5° Trone 100 + S. 100 > 80

6° Trone 100 + S. 100 > 80

7° Trone 100 + S. 100 > 80

8° Trone 100 + S. 100 > 80

9° Trone 100 + S. 100 > 80

10° Trone 100 + S. 100 > 80

11° Trone 100 + S. 100 > 80

12° Trone 100 + S. 100 > 80

13° Trone 100 + S. 100 > 80

14° Trone 100 + S. 100 > 80

15° Trone 100 + S. 100 > 80

16° Trone 100 + S. 100 > 80

17° Trone 100 + S. 100 > 80

18° Trone 100 + S. 100 > 80

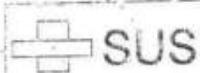
Dr. José Maximino de Sousa Neto  
CRM-PB 2010-00132.650.884.8  
Cirurgião Geral

Andréza Nogueira Pereira  
Téc. em Farmácia  
1. 273

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







Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2592568
HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO		
Identificação do Paciente		4 - PRONTUÁRIO
3 - NOME DO PACIENTE		
CLEMILDO ALVES DOS SANTOS		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	6 - DATA DE NASCIMENTO	7 - SEXO
	01/12/1970	M
8 - RACA / COR		10 - TELEFONE
BRANCA		
9 - NOME NA MÃE		
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		
12 - ENDEREÇO		13 - BAIRRO
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			
Correl. infusa, hipertensão arterial, exacerbação de doença crônica.			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
VOC. Agudo			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Exame de urina: 200x10 <sup>6</sup> leucócitos, 10x10 <sup>3</sup> eritrócitos, 10x10 <sup>3</sup> glóbulos brancos.			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID 10 PRINC.	23 - CID 10 SEC.	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.
Alcemia Aguda			
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		26 - COD PROCEDIMENTO	
Inf. Aguda de Ovarios e Endométrio			
27 - CLÍNICA	28 - CARÁTER INTERNAÇÃO	29 - DOCUMENTO	
		( ) CNS ( ) CPF	
30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE		31 - DATA SOLIC.	
32 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)		33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)	

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

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO	37 - CNPJ SEGURADORA	38 - Nº BILHETE	39 - SÉRIE
35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ EMPRESA	41 - CNAE EMPRESA	42 - CBOR
36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERNA HOSPITALAR
		COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
46 - DOCUMENTO	47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL	06 JUN. 2018
( ) CNS ( ) CPF		PROTOCOLO
48 - DATA AUTORIZAÇÃO	49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	AG. JOÃO PESSOA
/ /		

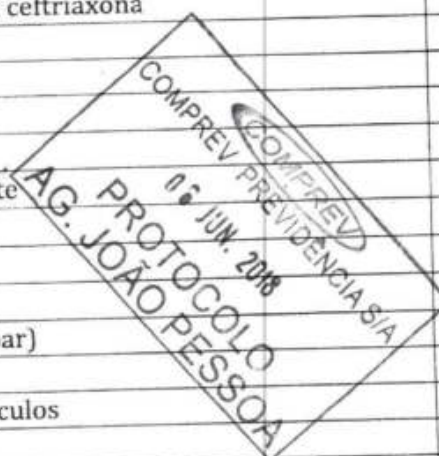


# HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUY CARNEIRO"

Nome: Elmildo Alves dos Santos  
 Filiação: \_\_\_\_\_  
 Sexo: M Idade: 47 Cor: Pardo  
 Procedência: Sua Amada Data: 10/02/18  
 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
Nauseadron	01
Decadrom 4mg	01
Água para injeção	04
Esparadrapo	20cm
Escova de PVPI degermante	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 Nony to Sampa Dingo  
26/02/18





Hospital		Esterilização		Leito		Nº Prontuário	
Nome		Idade		Sexo		Altura	
Data		Pressão Arterial		Respiração		Temperatura	
Tipo Sanguíneo		Hemoglobina		Hematócrito		Glicemia	
Hemácias		Ureia		Outros			
Ap. Respiratório		Asma		Bronquite			
Ap. Circulatório		Eletrcardiograma					
Ap. Digestivo		Ap. Urinário					
Estado Mental		Alergia		Hipotensões			
Diagnósticos Pré-Operatório		Estado Físico		Risco			
Anestesias Anteriores		Aplicado às		Efeito			
Medicação Pré-Anestésica				Efeito			
AGENTES ANESTÉSICOS	02						
LÍQUIDO							
CÓDIGO P... ATENA 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: \_\_\_\_\_

Laringo espasm.: \_\_\_\_\_ Lente: \_\_\_\_\_

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

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

MANUTENÇÃO

Não caiu

amanhã

apagando

10/12/20

Mesadram

decedor

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

Não, por quê? \_\_\_\_\_

DESPERTAR

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

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

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

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

Como Cálculo

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

CONDIÇÕES: \_\_\_\_\_

Agentes

Técnica

Operação

Cirurgião

Anestesiista

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 RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			
RELATÓRIO			
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS			

*Handwritten notes in the report section:*

- 1) Punctura da pele com agulha
- 2) Punctura da pele com agulha
- 3) Punctura da pele com agulha
- 4) Punctura da pele com agulha
- 5) Punctura da pele com agulha
- 6) Punctura da pele com agulha
- 7) Punctura da pele com agulha

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

Dr. Alexandre de Sousa Neto  
Cirurgião - 2018  
Cirurgião - 2018







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.:

Paciente

**CLEMILDO ALVES DOS SANTOS**

Idade: 47 Sexo M

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)

*Doente sofreu acidente de  
trabalho, com lesão no tornozelo,  
do abdômen, fêmur e do joelho  
direito.*

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)

*TC do Abdome*

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 EXPIRAÇÃO 09/11/2017

NOME CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

RELACAO MIGUEL ALVES DOS REIS  
CARMELO ALVES DOS SANTOS

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

DOC. GRAUEM NASC.N.50772 FLS.341 LIV.A 42  
CARTORIO CAMPINA GRANDE PE

CPF 732.529.134-53

Assinado por: *AB*  
Márcia 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 IDENTIFICADORA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-151

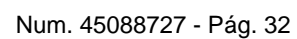
*Clemildo Alves dos Santos*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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



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  
51N - Chico Pereira, Sobradinho - PB.

### OUTORGADO:

Nome: Francisco Marquês Amaral  
Nacionalidade: Brasileiro Est.Civil: Divorciado  
Profissão: Auxiliar Jurídico Identidade: 324.710.14  
CPF: 119.840.498-22 Endereço: Rua Dom Pedro I  
Nº 173, SL: 102 1º andar, São José - Campaná 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

Cleomildo Alves dos Santos



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

Cleomildo 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 ( ☒ ) 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

