

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190501262

Vítima: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 21/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERLI BATISTA DE SA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190501262

Vítima: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 21/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERLI BATISTA DE SA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190501262

Vítima: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 21/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERLI BATISTA DE SA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000001563-6

Conta: 0000024440-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190501262

Vítima: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 21/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERLI BATISTA DE SA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190501262

Vítima: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 21/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERLI BATISTA DE SA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.201,85

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 23.3%

% Invalidez Permanente DPVAT: (23.3% de 70%) 16,31%

Valor a indenizar: 16,31% x 13.500,00 = R\$ 2.201,85

Recebedor: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.201,85

Banco: 237

Agência: 000001563-6

Conta: 0000024440-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 839.798.594-87 4 - Nome completo da vítima: Cloves Clailto de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Cloves Clailto de Araújo 6 - CPF: 839.798.594-87
7 - Profissão: Policial Militar 8 - Endereço: Rua Deputado Janduy Carneiro 9 - Número: 51 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Patos 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58703120
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 998311015

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco Bradesco
AGÊNCIA: 1563 6 CONTA: 0024440 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: ARVLE CORRETORA
Assinatura da testemunha 28 ABO. 2019
39 - 2ª | Nome: CPF: TEL: (83) 3321-5930
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Patos/PB - 21 de Agosto de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Bradesco
Exclusive



4766 0846 2016 6108

01/22 1583 6 0024440 8 01 00

VALIDO ATQ AGENCIA CNP CONTA DIG VIA TIT

CLOVES CLAILTO FERREIRA DE

VISA

Gold

**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: 3190501262
Nome do(a) Examinado(a): Cloves Clailto Ferreira de Araujo
Endereço do(a) Examinado(a): R Dep Janduy Carneiro, 51
Liberdade Patos PB CEP: 58703-120
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 14911
Data local do acidente: [21/05/2019]
Data local do exame: [19/11/2019] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA PATELA DIREITA

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 21/05/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA PATELA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO GESSO POR 60 DIAS COM RETIRADA DA CARGA SOBRE O MEMBRO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM FACE ANTERIOR DO JOELHO, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO INFRA PATELAR, AUMENTO DE VOLUME IMPORTANTE EM REGIÃO DO TENDÃO PATELAR, EDEMA GENERALIZADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM SINAL DO CACIFE POSITIVO EM REGIÃO DA TÍBIA DISTAL ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO DO PÉ, MÚLTIPLAS CICATRIZES EM REGIÃO ANTERIOR E MEDIAL DA PERNA, DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA COM NECESSIDADE DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO, AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES,
Data da Alta: 21/05/2019

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

AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME EM FACE ANTERIOR DO JOELHO (3+/4+), DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO INFRA PATELAR, AUMENTO DE VOLUME IMPORTANTE EM REGIÃO DO TENDÃO PATELAR, EDEMA GENERALIZADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO (2+/4+) COM SINAL DO CACIFE POSITIVO EM REGIÃO DA TÍBIA DISTAL ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO DO PÉ, MÚLTIPLAS CICATRIZES EM REGIÃO ANTERIOR E MEDIAL DA PERNA, DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA COM NECESSIDADE DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO, AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES, ALTERAÇÃO VASCULAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO DENOTANDO VASCULOPATIA PERIFÉRICA IMPORTANTE, PORÉM, O MESMO NÃO APRESENTA DOCUMENTAÇÃO QUE COMPROVE NEXO DE CASUALIDADE COM O ACIDENTE, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 40° COM BLOQUEIO FINAL, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2 CM.

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

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE 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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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):

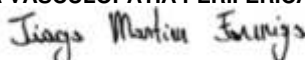
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

FALTA DE DOCUMENTAÇÃO EM RELAÇÃO A VASCULOPATIA PERIFÉRICA PÓS-TRAUMÁTICA

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

**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: 3190501262
Nome do(a) Examinado(a): Cloves Clailto Ferreira de Araujo
Endereço do(a) Examinado(a): R Dep Janduy Carneiro, 51
Liberdade Patos PB CEP: 58703-120
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 14911
Data local do acidente: [21/05/2019]
Data local do exame: [07/02/2020] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA PATELA DIREITA

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 21/05/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA PATELA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO GESSO POR 60 DIAS COM RETIRADA DA CARGA SOBRE O MEMBRO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM FACE ANTERIOR DO JOELHO, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO INFRA PATELAR, AUMENTO DE VOLUME IMPORTANTE EM REGIÃO DO TENDÃO PATELAR, EDEMA GENERALIZADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, MULTIPLAS CICATRIZES EM REGIÃO ANTERIOR E MEDIAL DA PERNA, DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA COM NECESSIDADE DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO, AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES.
Data da Alta: 21/05/2019

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

AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME EM FACE ANTERIOR DO JOELHO (3+/4+), DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO INFRA PATELAR, AUMENTO DE VOLUME IMPORTANTE EM REGIÃO DO TENDÃO PATELAR, EDEMA GENERALIZADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO (2+/4+) COM SINAL DO CACIFE POSITIVO EM REGIÃO DA TÍBIA DISTAL ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO DO PÉ, MULTIPLAS CICATRIZES EM REGIÃO ANTERIOR E MEDIAL DA PERNA, DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA COM NECESSIDADE DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO, AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES, ALTERAÇÃO VASCULAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO DENOTANDO VASCULOPATIA PERIFÉRICA IMPORTANTE, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 40° COM BLOQUEIO FINAL, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2 CM, ALTERAÇÃO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO PÓS TRAUMA COMPROVADO ATRAVÉS DE EXAME FÍSICO POR MEDICA CIRURGIÁ VASCULAR.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR 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 o 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 seqüela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 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 à valoração do dano corporal.

TRAZ LAUDO DE ANGIOLOGISTA DRA. MARCELA VIEIRA CRM 9020 DATADO DE 28/12/2019, ONDE AFIRMA ALTERAÇÃO VASCULAR PÓS TRAUMA CAUSADO POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO ONDE NOTA-SE EDEMA ASSIMÉTRICO (2+/3+) EM MEMBRO INFERIOR DIREITO TAL EDEMA LIMITA PARA QUE O MESMO POSSA EXERCER SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS, FAZ USO DE MEDICAÇÃO PARA OTIMIZAÇÃO VASCULAR EM MEMBRO ACOMETIDO.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01961.01.2019.3.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01961.01.2019.3.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:25 horas do dia 13 de agosto de 2019, na cidade de Patos, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de Patos - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Ronis Fernandes Feitosa, matrícula 1562665, e lavrado por Hermando Barbosa Rodrigues, Agente de Investigação, matrícula 1685481, ao final assinado, compareceu **Clóvis Claílton Ferreira de Araújo**, CPF nº 839.798.594-87, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Policial Militar, filho (a) de Rosalina Ferreira de Araújo e Antônio Rodrigues de Araújo, natural de Passagem/PB, nascido(a) em 08/12/1967 (51 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Deputado Janduy Carneiro, Nº 51, bairro Liberdade, tendo como ponto de referência Engarrafamento Coroa., na cidade de Patos/PB, telefone(s) para contato (83) 99984-1530.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Moacir Leitão, Delegacia de Patos, Patos/PB, bairro Belo Horizonte; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/05/19 07:27h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.


Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 150 FAN ESI, marca HONDA, tipo de veículo PASSAGEIRO/MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2010, placa NPY-5118, chassi 9C2KC1550AR111148, renavam 00229358144, características gerais: Licenciada Em Nome de Clóvis Claílton Ferreira de Araújo.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que o declarante afirma que no dia (21/05/19) por volta das 07h27min. estava pilotando sua motocicleta quando outra motocicleta emparelhou com a sua, porém o capacete que o condutor da outra motocicleta levava no braço enganchou na moto da motocicleta do declarante; Que após acelerar o declarante perdeu o controle da motocicleta vindo a cair ao chão; Que após cair ao chão foi atendido por uma ambulância do corpo de bombeiros que em seguida o encaminhou ao HRP de Patos/PB, onde foi diagnosticada uma fratura na rotula do joelho direito.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


HERMANDO BARBOSA RODRIGUES
Agente de Investigação

Patos/PB, 13 de agosto de 2019.

CLÓVIS CLAÍLTON FERREIRA DE ARAÚJO
Noticiante

ARIVLE CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

Procedimento Policial: 01961.01.2019.3.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 839.798.594-87 4 - Nome completo da vítima: Cloves Clailto de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Cloves Clailto de Araújo 6 - CPF: 839.798.594-87
7 - Profissão: Policial Militar 8 - Endereço: Rua Deputado Janduy Carneiro 9 - Número: 51 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Patos 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58703120
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 998311015

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA: 1563 6 CONTA: 0024440 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

ARILE CORRETORE

Assinatura da 2ª 28 A60. 2019

39 - 2ª Nome:

CPF:

TEL: (83) 3321-5930

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Patos/PB - 21 de Agosto de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190501262 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 21/05/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME EM FACE ANTERIOR DO JOELHO (3+/4+), DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO INFRA PATELAR, AUMENTO DE VOLUME IMPORTANTE EM REGIÃO DO TENDÃO PATELAR, EDEMA GENERALIZADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO (2+/4+) COM SINAL DO CACIFE POSITIVO EM REGIÃO DA TÍBIA DISTAL ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO DO PÉ, MÚLTIPLAS CICATRIZES EM REGIÃO ANTERIOR E MEDIAL DA PERNA, DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA COM NECESSIDADE DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO, AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES, ALTERAÇÃO VASCULAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO DENOTANDO VASCULOPATIA PERIFÉRICA IMPORTANTE, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 40° COM BLOQUEIO FINAL, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2 CM, ALTERAÇÃO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO PÓS TRAUMA COMPROVADO ATRAVÉS DE EXAME FÍSICO POR MEDICA CIRURGIÃ VASCULAR.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO GRAVE DO JOELHO DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

TRAZ LAUDO DE ANGIOLOGISTA DRA. MARCELA VIEIRA CRM 9020 DATADO DE 28/12/2019, ONDE AFIRMA ALTERAÇÃO VASCULAR PÓS TRAUMA CAUSADO POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO ONDE NOTA-SE EDEMA ASSIMÉTRICO (2+/3+) EM MEMBRO INFERIOR DIREITO TAL EDEMA LIMITA PARA QUE O MESMO POSSA EXERCER SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS, FAZ USO DE MEDICAÇÃO PARA OTIMIZAÇÃO VASCULAR EM MEMBRO ACOMETIDO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 23,3 %	16,31%	R\$ 2.201,85
Total			16,31 %	R\$ 2.201,85

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190501262 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 21/05/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME EM FACE ANTERIOR DO JOELHO (3+/4+), DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO INFRA PATELAR, AUMENTO DE VOLUME IMPORTANTE EM REGIÃO DO TENDÃO PATELAR, EDEMA GENERALIZADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO (2+/4+) COM SINAL DO CACIFE POSITIVO EM REGIÃO DA TÍBIA DISTAL ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO DO PÉ, MÚLTIPLAS CICATRIZES EM REGIÃO ANTERIOR E MEDIAL DA PERNA, DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA COM NECESSIDADE DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO, AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES, ALTERAÇÃO VASCULAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO DENOTANDO VASCULOPATIA PERIFÉRICA IMPORTANTE, PORÉM, O MESMO NÃO APRESENTA DOCUMENTAÇÃO QUE COMPROVE NEXO DE CASUALIDADE COM O ACIDENTE, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 40° COM BLOQUEIO FINAL, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2 CM.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA GRAVE EM JOELHO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2019

Conduta mantida:

Observações: FALTA DE DOCUMENTAÇÃO EM RELAÇÃO A VASCULOPATIA PERIFÉRICA PÓS-TRAUMÁTICA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 011/2019

Certificamos para os fins que se destina, que aproximadamente às 07h27min do dia 21 de maio do ano de 2019, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba, se deslocou para atender ocorrência de acidente de trânsito (colisão entre motocicletas), ocorrido em via pública (Rua Moacir Leitão, Bairro Liberdade nesta cidade de Patos-PB). #####

MOVIMENTO DO SOCORRO: Saída: 07h27min; Chegada ao local: 07h29min; Chegada ao Hospital: 07h50min. #####

RELATO DO EVENTO (RESUMO): Ao chegar ao local solicitado, a guarnição constatou que a vítima CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO (condutor de uma das motocicletas), 51 anos, encontrava-se caído ao solo em decúbito dorsal, consciente, orientado, referindo quadro algíco no quadril e membro inferior direito, além de apresentar escoriações no braço direito, que após procedimentos de praxe a vítima foi estabilizada e imobilizada sendo transportada para o Complexo Hospitalar Regional de Patos, onde ficou aos cuidados da equipe médica de plantão. #####

CONDIÇÃO DE SEGURANÇA: USAVA CAPACETE. #####

VITIMAS FATAIS: NÃO HOUE. #####

VITIMA: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO, 51 anos. #####

VEÍCULOS: Motocicleta Honda Fan 125cc preta, Placa: NQG 5474 – João Pessoa-PB; Veículo Honda Fan 150 cc preta, Placa: NPY 5118. #####

SOCORRISTAS: ST 521.448-3, PAULO RICARDO ADELINO
CB 527.431-1 ANDERSON NÓBREGA DE MEDEIROS
SD 527.331-5 TELMAR BATISTA DE MEDEIROS

SOLICITANTE DA CERTIDÃO: LILIANA GALDINO DA SILVA – RG: 1.701.134
SSDS/PB.

ARVLE CORRETORA**28 AGO. 2019****TEL.: (83) 3321-5930**

Quartel do 4º BBM/CCB em Patos, 27 de junho de 2019.


Danilo Brasileiro Ramos Galvão – MAJ QOBM
Comandante

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01563-6

CONTA: 000000024440-6

Nr. Autenticação

BRADESCO2711201905000000000023701563000000024440253125 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

27/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.201,85

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01563-6

CONTA: 000000024440-6

Nr. Autenticação

BRDESCO2702202005000000000023701563000000024440220185 PAGO



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

78957822

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JUN/2019

CLOVES CLAILTO F ARAUJO
RUA DEP JANDUY CARNEIRO, 51 - CENTRO * PATOS PB
58703-120

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
075.008.165.0709.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
012N020265	14/01/2013	EXT LACR E HIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (H3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
811	10	29	06/07/2019			
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017	MS.	
MAI/2019	10	4	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
ABR/2019	10	4	TURBIDEZ	45	49	49
MAR/2019	10	4	COLOR	91	92	92
FEV/2019	10	4	COL. TERHOT	0	0	0
JAN/2019	10	4	COR	45	49	49
DEZ/2018	10	4	COL. TOTAIS	91	92	92
MEDIA(H)	10		DADOS REFERENTES A	ABR/2019		

DATA DA IMPRESSÃO: 07/06/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 09:37:11

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 H3	37,91
ESGOTO		
ACRESCIMOS MES(ES) ANT. 03/2019		0,76
JUROS DE HORA 03/2019		0,14

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS-R\$ 3,53 DTS E COMETUS LET 12.741,12

VENCIMENTO: 21/06/2019 Total a Pagar: R\$ 38,81

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDRÔMETRO TIPO DE TARIFA: 1
ANORMALIDADE: HIDRÔMETRO ENBACADO
INFORMAÇÕES GERAIS:
#CHEGADETRABALHOINFANTIL

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28957822	JUN/2019	21/06/2019	R\$ 38,81

82620000000 6 38810010075 8 02895782201 9 06201950003 2



ARIVLE CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

ERLI BATISTA DE SA NETO
RUA ROLDAO MEIRA, 38 - CENTRO
PATOS / PB CEP 58700-410 (AG: 118)

Ligacao MONOFÁSICO
Cls/Sbc COM MTC B3 / COMERCIAL - COMERCIAL
Roteiro: 1 - 118 - 30 - 6200
Medidor: 00308405483

Referencia Ago / 2019
Emissao: 03/08/2019

ENERGISA PARA
Br230, km25 - Cristo Red
CNPJ 090

Nota Fiscal/
C6

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Ao

Conta referente a

Ago / 2019

Apresentação

03/08/2019

Data prevista d
próxima leitura

04/09/2019

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinabrasil

ARIVLE CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

Anterior		Atual		Constante
Data	Leitura	Data	Leitura	
04/07/19	3819	02/08/19	3962	1

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/DÓCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ERLI BATISTA DE SA NETO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 701.567.344 / 43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAÚJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 839.798.534 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAÚJO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 839.798.534 / 87, 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: RUA MISABEL DE SOUZA

Número: 1371

Complemento:

Bairro: JARDIM GUAYABANA

Cidade: PATOS

Estado: PB

CEP: 58.701-310

E-mail: ERLIDBATISTA.BEFO@GMAIL.COM

Tel.(DDD): (83) 998311015

Local e Data: PATOS-PB / 22 DE AGOSTO DE 2019

Erli Batista de Sa Neto

Assinatura do Declarante

ARQUIVADO CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL.: (63) 3321-5930

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

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ERLI BATISTA DE SA NETO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 701.567.344 / 43 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 839.798.594 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 839.798.594 / 87 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 ROLDÃO MORA</u>	Número: <u>38</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>PATOS</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>ERLI BATISTA.BEFO@gmail.com</u>	CEP: <u>58700 440</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 9988311015</u>

Local e Data: PATOS/PB - 30 DE SETEMBRO DE 2019

Erli Batista do Sa Neto

Assinatura do Declarante

ARVLE CORRETORA

30 SET. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2605473 CNPJ 08.778.268.0023/76
NOME HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
ENDERECO RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE PATOS UF PB

CLASSIF. RISCO VERDE
ORIGEM VIA PUBLICA
PACIENTE CLOVIS CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO
NOME SOCIAL ROSALINA FERREIRA DE ARAUJO
FILIAÇÃO I 09/12/1967
NASCIMENTO 09/12/1967
PROFISSÃO MILITAR
ENDERECO RUA DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
CIDADE PATOS
TELEFONE
CNS R.G. 1193465
ESTADO CIVIL CASADO

FILIAÇÃO II ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO
IDADE 51a 5m COR PARDO GÊNERO M
BAIRRO LIBERDADE
CEP 58703120
CELULAR 83996081671
CPF 839.798.594-87 REG. NASC.

F.A.A. 44601 PRONTUÁRIO 24726
MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA
DATA 21/05/2019 Horário: 07:52
CARATER 02 -URGENCIA OPERADOR KGOMES
CONVÊNIO SUS AMBULATORIO TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI
TRANSPORTE CORPO DE BOMBEIROS
MÉDICO PALOMA CAMPOS NUNES

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PA= X mmHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente com história de acidente de moto há ± 30min, queixando-se de dor em MTD. Nega desmaio, tontura e cefaléia.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO) Sol. Rx de perna (D).

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA.

DIAGNÓSTICO Politrauma.

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS - Sol. Rx de perna (D). Realizado.
- Voltaren 75mg IM agora.

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

0301060061

0408050250

ARIVLE CORRETORA
28 AGO. 2019
TEL.: (83) 3321-5930

C. Geral

Ortho

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

2605473	CNPJ 08.778.268.0023/76		
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO			
RUA HORACIO NOBREGA, S/N			
PATOS	UF PB		
<hr/>			
RAÇA	BRANCO		
ENDEREÇO	PRÓPRIA RESIDENCIA		
SOCIAL	CLOVIS CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO		
ACAO I	ROSALINA FERREIRA DE ARAUJO	FILIAÇÃO II	ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO
IMENTO	09/12/1967	IDADE	51a 5m COR PARDO GÊNERO M
ISSÃO	MILITAR		
RECO	RUA DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO	Bairro	LIBERDADE
DE	PATOS	CEP	58703120
IFONE		CELULAR	83996081671
ADO CIVIL	707403023066076 P.G. 1193465	CPF	839.798.594-87 REG. NASC.
<hr/>			
LA	46945	PRONTUÁRIO	24726
IVO	RETORNO - ORTOPEDIA		
A	03/06/2019 Horário: 14.08	OPERADOR	OALVES
ATER	01 -ELETIVA	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
IVÊNIO	SUS AMBULATORIO		
NSPORTE	VEICULO PROPRIO		
ICO	FERNANDO TADEU VIEIRA DUCA JUNIOR		

3. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL *Heliana Goleiro da S. Araújo*

SO= _____ PA= _____ X _____ mmHg TEMP= _____

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Controle função do ceto
Din não há dor

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

nr (Boa Admissão)

OLICITAÇÃO DE PARECER

min *Função do ceto*

DIAGNÓSTICO

CID

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

Din

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

DR. FERNANDO DUCA
CRM-PB 532 / CRM-PE 1229
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

03010100+2

ORTOPE DIA



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

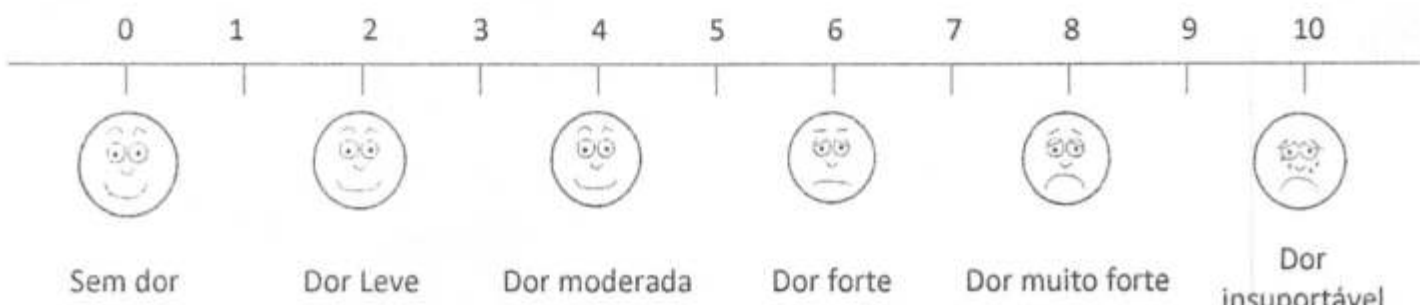


ATENÇÃO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data: 21/05/19 Hora: 07h51 Gênero: ☒ M ☐ F Idade 51
Nome/Nome Social: Thomaz Roberto Figueira de Araújo
Origem*: Via pública Regulado? ☐ Sim ☒ Não
Encaminhado? ☐ Sim ☒ Não
Cidade: Patos Transporte: Copa de Bombeiros
Queixa principal/História atual de doença/início dos sintomas: dor no L5/S1

Motivo do atendimento* 007 Acidente de trabalho? ☐ TS? ☐
Alergia? ☒ Não ☐ Sim houve reação
Uso de medicação? ☒ Não ☐ Sim houve reação
Doença prévia? ☒ Não ☐ Sim houve reação
Temp. _____ °C Pulso _____ bpm Resp. _____ irpm SpO₂ _____ % PA _____ mmHg HGT _____ mg/DL

Escala de Dor



Classificação de Risco: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☒ Verde ☐ Azul
Especialidade Médica: Cirurgião
Acompanhante: ☐ S/Acomp.(Setor Crítico) ☐ S/Acomp.(paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)
☐ Acomp. p/menor de 18 anos ou maior de 60 ☒ Acomp. p/paciente com cond. Clínica

*Consultar tabela para preencher

Rafaelle de Almeida Lopes
COREN PB 53.553 ENF
Enfermeiro/Carimbo

() 01-ELETIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

1-		2-		3-
----	--	----	--	----

MÉDICO/CRM _____

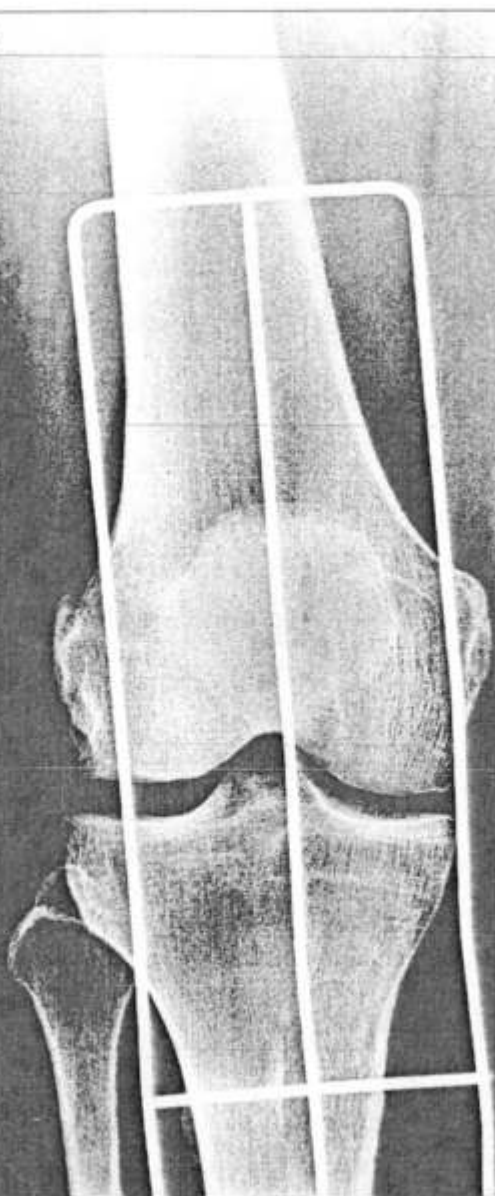
PARECERES

21105119	102A0
----------	-------

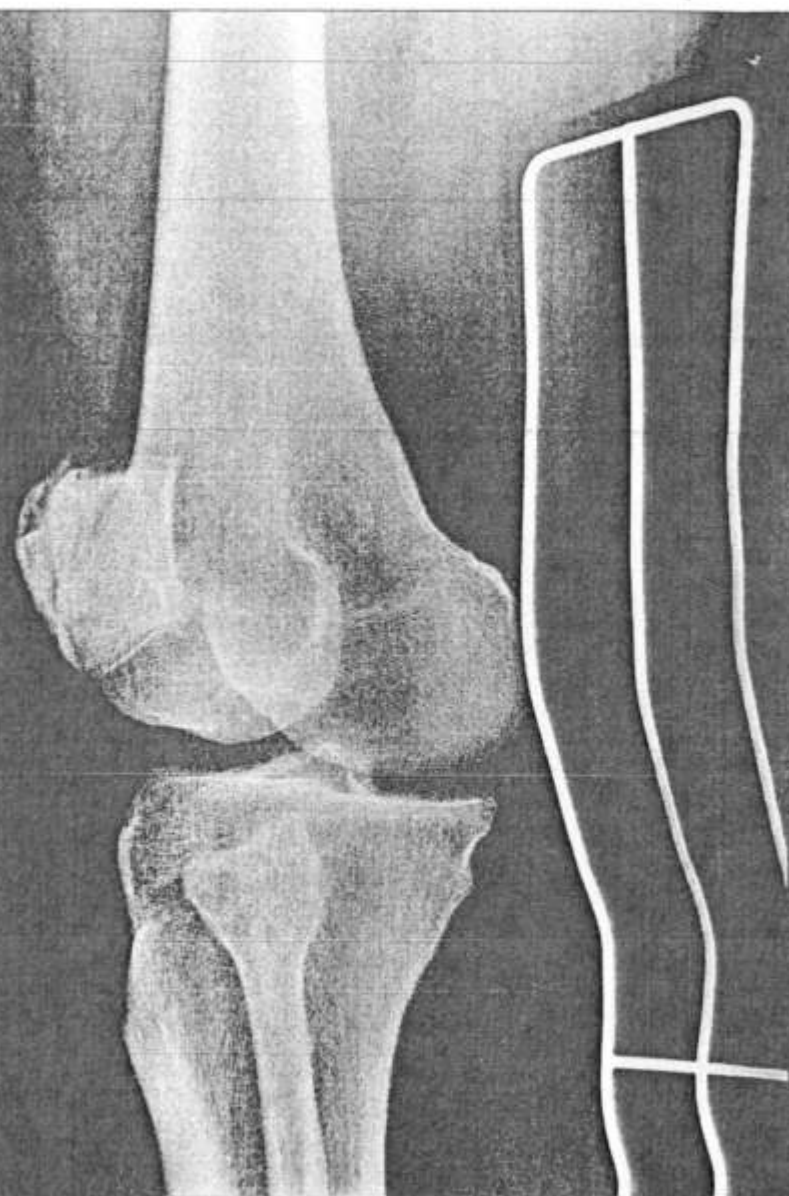
P * Ordnung
i + unten li. außen li. rechts u.
 innen links \odot
 R = groß unvollst. halbe \odot
 u. Apr. für \odot
 Nullen
 Mit der Achse + roten am Ende

Dr. Gaudencio Mendes de S. Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519

D



67.1 %

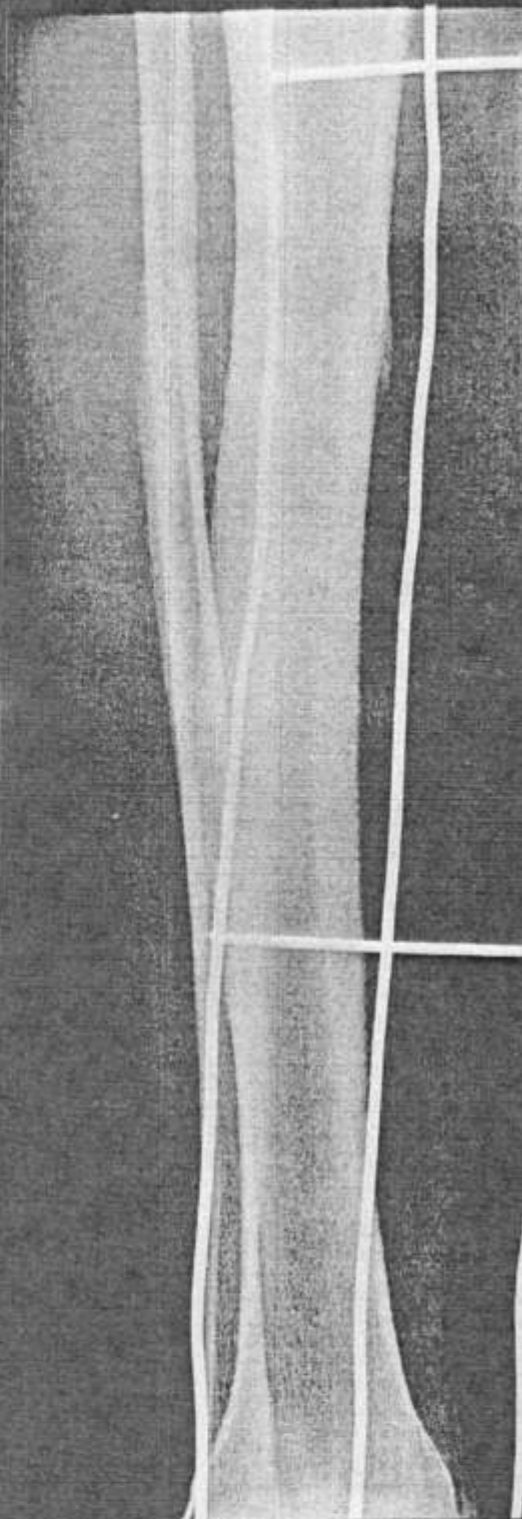


67.3 %

Nome: CLOVIS CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO Data Nasc.: 09/12/1967
Hospital Regional Deputado Janduy Carneiro

Id. Pac.: PAC24726

21/05/2019 08:39:16



D

74,4 %

71,9 %

Nome: CLOVIS CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO Data Nasc.: 09/12/1967

Id. Pac.: PAC24726

Hospital Regional Deputado Janduí Carneiro

21/05/2019 08:39:16



Nome: CLOVIS CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO Data Nasc.: 09/12/1967

Id. Pac.: PAC24726

Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro

21/05/2019 08:39:16

55,3 %



Dr. Stênio Guy Wanderley de Araújo

ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA E REUMATOLOGIA

LAUDO ORTOPÉDICO:

Atendi CLOVIS CAILTO FERREIRA DE
ARAUJO, vítima de acidente com moto,
ocorrido em 21.05.19, quando apresentava
se com politraumatismo e trauma vascular
to na perna e pé direito (PATERA) Direita.
Fiz tratamento com imobilização do
local mais afetado (pé direito) devido
a uma subluxação da patela e
potencialmente fisioterapia; nota-se
claudicação deambulação, contratura
na musculatura, transtornos ligamentares e
dores, limitando até hoje suas ati-
vidades funcionais. Solicito rea-
valiação periódica.

Dr. Stênio Guy W. Araújo
Médico - CRM/PPB 1325
Ortopedista
CPF 146.819.774-15

16.10.19

valores: 583.0 + 583.4 + 1124.5

Tels.: (83) 3421-2857
9 8836-0812

Rua Bossuet Wanderley, 433
Centro - Patos-PB.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
14911 PM PB

CPF
839.798.594-87

DATA NASCIMENTO
09/12/1967

FILIAÇÃO
ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO
ROSALINA FERREIRA DE ARAUJO

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03474082439

VALIDADE
06/10/2021

1º HABILITAÇÃO
18/11/1997

OBSERVAÇÕES

A ;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PATOS, PB

DATA EMISSÃO
14/10/2016

Agamenon Vieira da Silva
ASSINATURA DO EMISSOR

75155564644
PB033331456

DETRAN-PB (PARAIBA)

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPJ	08.778.268.0023/78
ENDEREÇO	RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE	PATOS - UF PB
CLASSIF. RISCO	VERDE
ORIGEM	VIA PUBLICA
PACIENTE	CLOVIS CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO
NOME SOCIAL	
FILIAÇÃO I	ROSALINA FERREIRA DE ARAUJO
NASCIMENTO	09/12/1967
PROFISSÃO	MILITAR
ENDEREÇO	RUA DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
CIDADE	PATOS
TELEFONE	
CNS	R.G. 1193465
ESTADO CIVIL	CASADO
F.A.A	44881
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA
DATA	21/05/2019 Horário: 07:52
CARACTER	02 - URGENCIA
CONVENIO	SUS AMBULATORIO
TRANSPORTE	CORPO DE BOMBEIROS
MEDICO	PAULO CAMPOS NUNES
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	
PESO	
PA	
X	
mmHg	
TEMP	
PRONTUÁRIO	24726
OPERADOR	EGOMES
TIPO DE SERVIÇO	URGÊNCIA E EMERGENCIA
FILIAÇÃO II	ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO
IDADE	51a Sm
COR	PARDO
GÊNERO	M
BAIRRO	LIBERDADE
CEP	58703120
CELULAR	83996081671
CPF	839.798.594-87
REG. NASC.	

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PA= X mmHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente com história de acidente de moto há ± 30min, queixando-se de dor com MTD. Nega dormência, formigamento e fraqueza.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO) Sol. Rx de perna (D).

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPIEDIA.

DIAGNÓSTICO Politrauma.

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS - Sol. Rx de perna (D). Realizado.
- Voltaren 75mg IM agudo.

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAÇÃO PELO SISTEMA TMI

0321060061 0408050250

C. Geral

ARVILE CORRETORA
28 AGO. 2019
TEL: (83) 3321-5930

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CHP1 08.778.268-8823/76

2605473
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUI CARNEIRO
RUA HORACIO NÓBREGA, S/N
PATOS UF PB

ENDEREÇO

RAÇA

BRANCO

SEXO

PRÓPRIA RESIDÊNCIA

IDADE

CLOVIS CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

SOCIAL

RUSALINA FERREIRA DE ARAUJO

DATA DE NASCIMENTO

09/12/1967

TIPO DE SERVIÇO

MILITAR

ENDEREÇO

RUA DEPUTADO JANDUI CARNEIRO

CIDADE

PATOS

TELEFONE

707403023066076 P.G. 1193405

ESTADO CIVIL

CASADO

FILIAÇÃO E IDADE

ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO
51a 5m COR: PARDO GÊNERO: M

BAIRRO

LIBERDADE

CEP

58703120

CELULAR

83996021673

REG. NASC.

CPF 839.798.594-87

PRONTUÁRIO 24726

LA

46945

IVC

RETORNO - ORTOPEdia

DATA

03/06/2019 HORARIO: 14:08

ALTERAÇÃO

01 - ELETIVA

MEIO DE TRANSPORTE

SUS AMBULATORIO

VEICULO

VEICULO PROPRIO

FERNANDO TADEU VIEIRA JUCA JUNIOR

OPERADOR
TIPO DE SERVIÇO

DAVES

URGÊNCIA E EMERGENCI

1. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Juliana Galvão da S. Araújo

SO

PA

X

MM/AA

TEMP

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Coluna lombar JO C6/7
Din rto 13 dias*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

AS (Boa Motricidade)

ELICITAÇÃO DE PARECER
min

Para-lombar JO C6/7

DIAGNÓSTICO

Din

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

*DR. FERNANDO JUCA
CRM-PB 5337 CRM-PE 1228
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA*

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

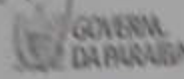
CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

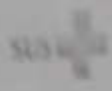
ESTADIAIMENTO PELO SISTEMA TNM

03010100+2

10 OUTO DE 2014



SISTEMA DE REGISTRO



ATENÇÃO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data: 21/05/14 Hora: 07h51 Gênero: ☒ M ☐ F Idade: 51

Nome/Nome Social: Therese Roberto Pereira da Rocha

Origem*: Via pública Regulado? ☐ Sim ☒ Não
Encaminhado? ☐ Sim ☒ Não

Cidade: Patos Transporte: Cabo de guerra

Queixa principal/História atual de doença/início dos sintomas: doença de ASD

Motivo do atendimento* 007 Acidente de trabalho? ☐ TS? ☐

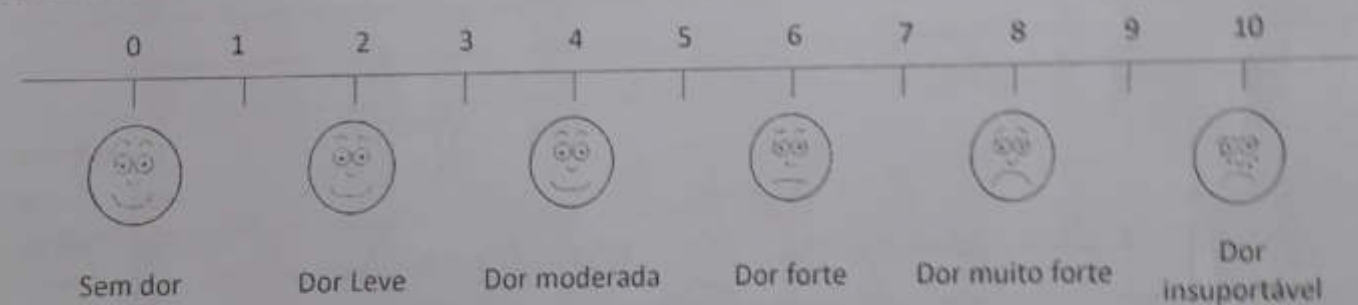
Alergia? ☒ Não ☐ Sim houve reação

Uso de medicação? ☒ Não ☐ Sim houve reação

Doença prévia? ☒ Não ☐ Sim houve reação

Temp. °C Pulso bpm Resp. irpm SpO₂ % PA mmHg HGT mg/Dl

Escala de Dor



Classificação de Risco: ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☒ Verde ☐ Azul

Especialidade Médica: Emergência

Acompanhante: ☐ S/Acomp. (Setor Crítico) ☐ S/Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)
☐ Acomp. p/menor de 18 anos ou maior de 60 ☒ Acomp. p/paciente com cond. Clínica

*Consultar tabela para preencher

Rafaelle de Almeida Lopes
COREN/PB 553 ENF
Enfermeiro/Carimbo

CARATER DO ATENDIMENTO

- () 01-ELETIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1- | | 2- | | 3- | |

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO DATA ____/____/____ HORA: ____:____

- () INTERNAÇÃO () ALTA A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO () ALTA MÉDICA

() TRANSFERÊNCIA _____

MÉDICO/CRM _____

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

PARECERES

DATA	HORA	
21/05/19	10:40	<p><i>Dr. Gaudêncio</i></p> <p>1. retorno de acidente de trânsito</p> <p>trama fechada (D)</p> <p>Ex: boa manobra de teste (D)</p> <p>u. de alta para o</p> <p>sucesso</p> <p>Ata de cirurgia + retorno ambulatório</p>

Dr. Gaudêncio Mendes de Sá Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7519

CLOVES CLAILTON FERREIRA DE ARAUJO Data de aquis.:16/07/2019
Sex:Masc. Hora de aquis.:11:15:43
Data de nascimento:09/12/1997
ID: PAT000135

CLOVES CLAILTON FERREIRA DE ARAUJO Data de aquis.:16/07/2019
Sex:Masc. Hora de aquis.:11:13:11
Data de nascimento:09/12/1997
ID: PAT000135

Dir.

FÍBULA TÍBIA
LATERAL

W: 4095, L: 2048
ID de técnico:admin

Escala:0.0
CLINFIP

FÍBULA TÍBIA
LATERAL

W: 4095, L: 2048
ID de técnico:admin

Escala:0.0
CLINFIP

CLOVES CLAILTON FERREIRA DE ARAUJO Data de aquis.:16/07/2019
Sex: Masc. Hora de aquis.:11:08:07
Data de nascimento:09/12/1967
ID: PAT000135

CLOVES CLAILTON FERREIRA DE ARAUJO Data de aquis.:16/07/2019
Sex: Masc. Hora de aquis.:11:10:40
Data de nascimento:09/12/1967
ID: PAT000135

Dir

FÍBULA TÍBIA
AP
W: 4095, L: 2048
ID de técnico: admin

FÍBULA TÍBIA
AP
W: 4095, L: 2048
ID de técnico: admin

Escala 0.0
CLINIP

Escala 0.0
CLINIP

D

74,4 %

Nome: CLOVIS CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO Data Nasc.: 09/12/1987
Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro

74,5 %

Id. Pac.: PAC24726
21/05/2019 08:39:16

Nome: CLOVIS CLALTO FERREIRA DE ARAUJO Data Nasc.: 09/12/1967
Hospital Regional Deputado Janduby Carneiro

Id Pac: PAC24726
21/05/2019 08:39:16 55,3 %

CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 011/2019

Certificamos para os fins que se destina, que aproximadamente às 07h27min do dia 21 de maio do ano de 2019, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba, se deslocou para atender ocorrência de acidente de trânsito (colisão entre motocicletas), ocorrido em via pública (Rua Moacir Leitão, Bairro Liberdade nesta cidade de Patos-PB). #####

MOVIMENTO DO SOCORRO: Saída: 07h27min; Chegada ao local: 07h29min; Chegada ao Hospital: 07h50min. #####

RELATO DO EVENTO (RESUMO): Ao chegar ao local solicitado, a guarnição constatou que a vítima CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO (condutor de uma das motocicletas), 51 anos, encontrava-se caído ao solo em decúbito dorsal, consciente, orientado, referindo quadro algíco no quadril e membro inferior direito, além de apresentar escoriações no braço direito, que após procedimentos de praxe a vítima foi estabilizada e imobilizada sendo transportada para o Complexo Hospitalar Regional de Patos, onde ficou aos cuidados da equipe médica de plantão. #####

CONDIÇÃO DE SEGURANÇA: USAVA CAPACETE. #####

VITIMAS FATAIS: NÃO HOUVE. #####

VITIMA: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO, 51 anos. #####

VEÍCULOS: Motocicleta Honda Fan 125cc preta, Placa: NQG 5474 – João Pessoa-PB; Veículo Honda Fan 150 cc preta, Placa: NPY 5118. #####

SOCORRISTAS: ST 521.448-3, PAULO RICARDO ADELINO
CB 527.431-1 ANDERSON NOBREGA DE MEDEIROS
SD 527.331-5 TELMAR BATISTA DE MEDEIROS

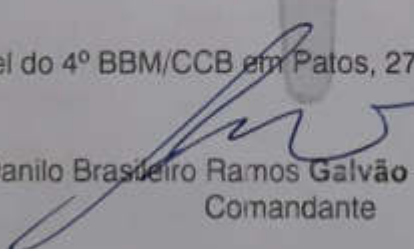
SOLICITANTE DA CERTIDÃO: LILIANA GALDINO DA SILVA – RG: 1.701.134
SSDS/PB.

ARVLE CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

Quartel do 4º BBM/CCB em Patos, 27 de junho de 2019.


Danilo Brasileiro Ramos Galvão – MAJ QOBM
Comandante



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01961.01.2019.3.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01961.01.2019.3.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:25 horas do dia 13 de agosto de 2019, na cidade de Patos, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de Patos - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Ronis Fernandes Feitosa, matrícula 1562665, e lavrado por Hermando Barbosa Rodrigues, Agente de Investigação, matrícula 1685481, ao final assinado, compareceu **Clóvis Clailton Ferreira de Araújo**, CPF nº 839.798.594-87, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Policial Militar, filho(a) de Rosalina Ferreira de Araújo e Antônio Rodrigues de Araújo, natural de Passagem/PB, nascido(a) em 08/12/1967 (51 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Deputado Janduy Carneiro, Nº 51, bairro Liberdade, tendo como ponto de referência Engarrafamento Coroa., na cidade de Patos/PB, telefone(s) para contato (83) 99984-1530.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Moacir Leitão, Delegacia de Patos, Patos/PB, bairro Belo Horizonte; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/05/19 07:27h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.


Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo CG 150 FAN ESI, marca HONDA, tipo de veículo PASSAGEIRO/MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2010, placa NPY-5118, chassi 9C2KC1550AR111148, renavam 00229358144, características gerais: Licenciada Em Nome de Clóvis Clailton Ferreira de Araújo.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que o declarante afirma que no dia (21/05/19) por volta das 07h27min. estava pilotando sua motocicleta quando outra motocicleta emparelhou com a sua, porém o capacete que o condutor da outra motocicleta levava no braço enganchou na moto da motocicleta do declarante; Que após acelerar o declarante perdeu o controle da motocicleta vindo a cair ao chão; Que após cair ao chão foi atendido por uma ambulância do corpo de bombeiros que em seguida o encaminhou ao HRP de Patos/PB, onde foi diagnosticada uma fratura na rótula do joelho direito.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


HERMANDO BARBOSA RODRIGUES
Agente de Investigação

Patos/PB, 13 de agosto de 2019.

CLÓVIS CLAILTON FERREIRA DE ARAÚJO
Nouçiante

ARIVLE CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

Procedimento Policial: 01961.01.2019.3.00.401

Remessa de Documentação
ASL-0294877/19
CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO



A029487719



B0000006000



C796045384



D803232212

Documentos nessa remessa:

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência



No caso de problemas na recepção ou conferência
desta documentação, favor retorná-la para:

ARIVLE CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME
Rua Miguel Couto, 185 Sala 02 - Centro
Campina Grande - PB - CEP 58400-273

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE PATOS
Rua Feliciano Cruz, 229 - Jangadeiro João Pessoa - PB
CEP: 58.016-670 - CNPJ: 08.121.654/0001-67

PARA CONSULTA COM A CAGEPA

ENTRAR COM NOME

MATRÍCULA

78957822

REFERÊNCIA

JUN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

CLOVES CLAUDIO F ARAUJO

RUA DEP JANDUY CARNEIRO, 51 - CENTRO - PATOS PB

8703-120

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável	
		Residencial	Comercial	Industrial	Público		
075.008.365-0709.000-000	000	1	0	0	0		
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
412N-030225	14/01/2013	INTERIOR-116-A101	0311-N-1161				
INTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NÚM DE DIAS PROXIMA LEITURA							
811	10	29	06/07/2019				
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
MAR/2019	10	4	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES		
ABR/2019	10	4	TURBIDIEZ	45	49	49	
MAR/2019	10	4	CLORO	91	92	92	
FEV/2019	10	4	COL. TERHOT	0	0	0	
JAN/2019	10	4	COR	45	49	49	
DEZ/2018	10	4	COL. TOTAIS	91	92	92	
MEDIA(M)	10	DADOS REFERENTES A ABR/2019					

DATA DA IMPRESSÃO: 07/06/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:37:11

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	37,91
ESGOTO		
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 03/2019		0,76
JUROS DE MORA 03/2019		0,14

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS-R\$ 3,53 DTS E COMTUS LET 12 741/12

ENCIMENTO: 21/06/2019 Total a Pagar: R\$ 38,81



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDROMETRO TIPO DE TARIFA: 1

ANORMALIDADE: HIDROMETRO ENBACADO

INFORMAÇÕES GERAIS:

CHEGADA DE TRABALHO INFANTIL

**CAGEPA**

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	ENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
78957822	JUN/2019	21/06/2019	R\$ 38,81

82620000000 6 38810010075 8 02895782201 9 06201950003 2



ARIVLE CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

Patos/PB, 21 de Janeiro de 2020.

À
Seguradora Líder

Sinistro nº: 3190501262

REANALISE DE INDENIZAÇÃO

CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAÚJO, brasileiro, casado, Policial Militar, CPF nº 839.798.594-87, residente e domiciliado à Rua Deputado Janduy Carneiro, nº 51, Centro, Patos/PB, CEP 58.703-120, acidente ocorrido no dia 21 de Maio de 2019, sinistro nº 3190501262, vem respeitosamente requerer a reanálise do Seguro DPVAT cuja indenização foi paga no valor de R\$ 2.531,25 (dois mil trezentos e trinta e um reais de vinte e cinco centavos), pelas razões de fato que passa a expor:

No pagamento da indenização, para fins de apuração do valor, não foi levado em consideração que houve a perda anatômica e funcional completa de um dos membros inferiores (direito), conforme comprova a existência o laudo médico da Dra. Marcela Vieira, Cirurgiã Vascular, que segue anexo.

Desta forma, venho pedir a reanálise do valor da indenização, para que seja pago em consonância com o valor previsto na tabela da Lei nº 6.194/74 para perda anatômica e funcional completa de um dos membros inferiores (direito).

Patos/PB, 21 de Janeiro de 2020.



CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAÚJO

Angiologia
Cardiologia
Colposcopia
Clínica Médica
Dermatologia
Fisioterapia
Endocrinologia
Gastroenterologia
Eletoencefalograma
Eletocardiograma
Ecocardiograma
Fonoaudiologia
Geriatría
Ginecologia
Laboratório
Neurologia
Nutrição
Nutrição Infantil
Odontologia
Otorrinolaringologia
Oftalmologia
Pediatría
Psicologia
Psiquiatria
Ultrassonografia
Cirurgia Vascular
Urologia

P/ Cláudio Cláudio de Araújo
laudo Médico

(Angiologia / Cir. Vascular)

Paciente de 52 anos, vítima de acidente de motocicleta em 21.05.19 e/ trauma importante de membro inferior direito, sendo submetido a imobilização do membro e fisioterapia.

No momento, apresenta claudicação, dor após longos períodos em posição ortostática e edema assimétrico (2+3+)

(83) 4141-8282

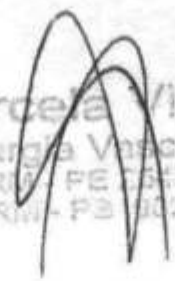
99688-5537 99863-0664

Rua Peregrino Filho, 81
Centro - Patos - PB

@@medicmaispatospb

de membro inferior direito, limitando
suas atividades laborais.

28/12/19.


Marcela Vieira
Cirurgia Vascular
CRM - FE 13430
CRM - PB 10020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
14911 PM PB

CPF
839.798.594-87

DATA NASCIMENTO
09/12/1967

FILIAÇÃO
ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO
ROSALINA FERREIRA DE ARAUJO

PERMISSÃO **ACC** **CAT. NA**
[] [] []

Nº REGISTRO
03474082439

VALIDADE
06/10/2021

1ª HABILITAÇÃO
18/11/1997

OBSERVAÇÕES
A 7

Cloves Clailto Ferreira de Araujo
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PATOS, PB

DATA EMISSÃO
14/10/2016

Araujo
ASSINATURA DO DETRAN

75155564644
PB033331456

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1350697224

PROIBIDO PLASTIFICAR
1350697224

POLÍCIA MILITAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA

FE PÚBLICA - DECRETO Nº 30.871
14911

IDENTIDADE MILITAR Nº
3º SARGENTO

NOME
CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Cloves Clailto F. Araujo
ASSINATURA DO IDENTIFICADO

VÁLIDA EM TODOS TERRITÓRIOS NACIONAIS

POLÍCIA MILITAR

1183446 SSP-PB **CPF 839798594-87** **NAT 817723-8**

FILIAÇÃO
ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO
ROSALINA FERREIRA DE ARAUJO

NATURALIDADE PASSAGEM - PB **DATA 09/12/1967** **SEX 4.178**

Nº DO CADASTRO 06-00272843 **Gr. O** **Gr. +**

OBSERVAÇÃO

LOCAL João Pessoa, 13 de março de 2014

Frederico F. Araujo
ASSINATURA DO IDENTIFICADO

VÁLIDA EM TODOS TERRITÓRIOS NACIONAIS

ARIVLE CORRETORA
28 AÇO. 2019
TEL.: (83) 3321-5930

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO: **24914**

SEXO: **M**

NOME: **ERIL BATISTA DE SA NETO**

CIDADE: **ONALDO RODRIGUES SOARES**

END: **EDNA LUCIA BATISTA LETTE**

UF: **PATOS-PB**

RG: **3539252 - SSP**

DATA DE EMISSÃO: **27/08/1988**

VALIDADE: **31/12/2017**

CPF: **701.987.244-43**

DATA DE EXPIRAÇÃO: **31/12/2017**

ASSINATURA: *[Assinatura]*

LOCAL: **PARAIBA**

USO OBRIGATÓRIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 13 da Lei nº 8.006/94)

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL **14497698**

ASSINATURA DO TITULAR: *Ex Rodo do Sr. Neto*

CPF: **01812/2017**

RIM C COPIRETORA
28 AGO. 2019
FL. 03/3321-5930

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011461559035
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 2014 0022935814-4 00/00000000 2014

NOME

CLOVIS CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

CPF / CNPJ
83979859487

PLACA
NPY5118/PB

PLACA ANT. / UF

NOVO PB

CHASSI

9C2KC1550AR111148

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. ANO MOD.

2010 2010

CAP. / POT. / CIL

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

15/05/2014

VENO / COTAS

I
P
V
A

IPVA PAGO EM

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

0

1º

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

SEGURO P A G O

DATA DE PAGAMENTO

15/05/2014

OBSERVAÇÕES

A.F BV FINANCEIRA S.A.

DOCUMENTO DE FORTÉ OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

0

PATOS-PB

LOCAL

DATA

15/05/2014

36838



Assinatura Autorizada de Contratação e Emissão de Documento - DETRAN/PB

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011461559035 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800-022 1204

EXERCÍCIO

2014

DATA EMISSÃO

15/05/2014

VIA

CPF / CNPJ

83979859487

PLACA

NPY5118/PB

RENAVAM

00229358144

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.

2010

CE. TIME

9

Nº CHASSI

9C2KC1550AR111148

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

P A G O

S

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE PAGAMENTO

15/05/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

www.seguradoralider.com.br

15601-1517233-20140515

ARVILE CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL.. (03) 3321-5930



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAÚJO, brasileiro, casado, policial militar, portador do CPF nº 839.798.594-87 e RG nº 14911 Identidade Militar, residente e domiciliado na Rua Deputado Janduy Carneiro, nº 51, Bairro Liberdade, Patos-PB, CEP 58.703-120.

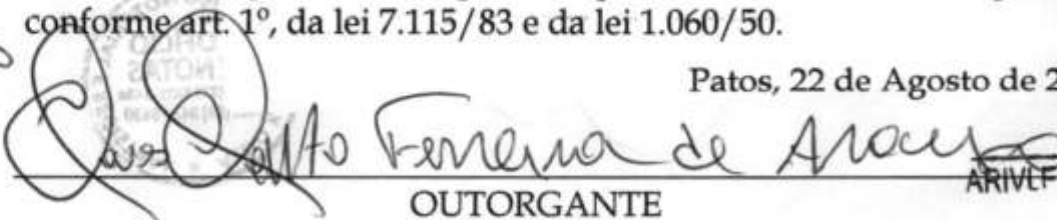
OUTORGADOS:

FERNANDA MORAIS DINIZ FELIX FREITAS, casada, OAB/PB 19.479 e **ERLI BATISTA DE SÁ NETO**, solteiro, OAB/PB 24.914, ambos brasileiros, advogados, com endereço profissional na Rua Roldão Meira, nº 38, Centro, Patos - PB, CEP 58700-440.

PODERES:

O OUTORGANTE nomeia e constitui o OUTORGADO seu bastante procurador; onde com esta se apresenta, outorgando-lhe os necessários poderes para representá-lo em juízo ou fora dele conforme consagra o artigo 38 do Código de Processo Civil, concedendo-lhe ainda, poderes para agir em qualquer ação em que for autor, réu, assistente ou oponente, podendo tudo praticar, requerer, assinar, com poderes para transigir, reconvir, concordar, discordar, ratificar, receber quantias e intimações, dar quitação, acompanhar quaisquer procedimentos em todos os termos ou instâncias, representar perante o INSS ou Seguradora Lider, repartição, autarquia ou órgão federal, estadual ou municipal, firmar qualquer compromisso e ainda praticar todos os demais atos que se fizerem necessários ao integral e fiel cumprimento do presente mandato para que o confere os mais amplos poderes, bem como os contidos na cláusula "*ad juditia et extra*" podendo substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reserva de poderes aqui conferidos, inclusive os dispostos nas leis 1.060/50, 5.584/70, 7.510/86 e, especialmente, poderes para declarar estado de pobreza, conforme art. 1º, da lei 7.115/83 e da lei 1.060/50.

Patos, 22 de Agosto de 2019.


OUTORGANTE

ARIVEL CORRETORA.

28 AGO. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294877/19

Vítima: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

CPF: 839.798.594-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2019

Titular do CPF: CLOVES CLAILTO
FERREIRA DE ARAUJO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ERLI BATISTA DE SA NETO : 701.567.344-43

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO : 839.798.594-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/08/2019
Nome: ERLI BATISTA DE SA NETO
CPF: 701.567.344-43

ERLI BATISTA DE SA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2019
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO
CPF: 395.237.804-68

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294877/19

Número do Sinistro: 3190501262

Vítima: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

CPF: 839.798.594-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2019

Titular do CPF: CLOVES CLAILTO
FERREIRA DE ARAUJO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/10/2019
Nome: ERLI BATISTA DE SA NETO
CPF: 701.567.344-43

ERLI BATISTA DE SA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO
CPF: 395.237.804-68

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO