

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Outubro 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: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com identificação completa e correta da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, sem abreviações e/ou rasuras, pois os entregues estão incorretos.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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: 4 - Nome completo da vítima:
839.798.594-87 Cloves Claito 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 Claito 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: 6 CONTA: 6
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos, informar Vivos: Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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	38 - 1º Nome: CPF: ARIVLE CORRETORA
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha 28 AGO. 2019
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: CPF: TEL.: (83) 3321-5930

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

Ques Claito de Araújo

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 16 01 00

VALIDO ATÉ AGENCIA CONTA

GLOVES CLAITO 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 Claito Ferreira de Araujo
Endereço do(a) Examinado(a): R Dep Jandu 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 AMBULATÓRIO 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, 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, 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

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

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 Claito 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 AMBULATÓRIO 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, MÚLTIPHAS 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, MÚLTIPHAS 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

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

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 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):

MEMBRO INFERIOR - Lado 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 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 MOTOCICLÍSTICO 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)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



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 Cláilton 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 Cláilton 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


HERMANDO BARBOSA RODRIGUES
Agente de Investigação


Patos/PB, 13 de agosto de 2019.
CLÓVIS CLÁILTON FERREIRA DE ARAÚJO
Noticiante

ARIVLÉ CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

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: 4 - Nome completo da vítima:
 839.798.594-87 Cloves Claito de Araújo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Cloves Claito 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: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: Banco Bradesco
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: 1563 CONTA: 0024440 6 <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deu ou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nasceu (não nascer)? 31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim país/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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 - 1º | Nome:

CPF: ARIVLE CORRETORA

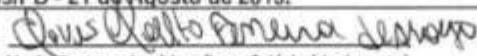
Assinatura da testemunha: 28/08/2019

39 - 2º | 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)

FPS.001 V002/2019

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, MÚLTIPHAS 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 MOTOCICLÍSTICO ONDE NOTA-SE EDEMA ASSIMÉTRICO (2+/3+) EM MEMBRO INFERIOR DIREITO TAL EDEMA LIMITA PARA QUE O MESMO POSSA EXERÇER 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 álgico 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. #####

CONDICÃO 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 NÓBREGA DE MEDEIROS
SD 527.331-5 TELMAR BATISTA DE MEDEIROS

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

ARIVIL 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

BRADESCO27112019050000000002370156300000024440253125 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

BRADESCO27022020050000000002370156300000024440220185 PAGO



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS 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
28957822

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

REFERÊNCIA
JUN/2019

CLOVES CLAUDIO FARAUJO
RUA DEP JANDUY CARNEIRO, 51 - CENTRO * PATOS PB
58703- 120

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Bebidas	Cozinha	Home	Banho	
025.008.165.0209.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
N12N030265	14/01/2013	EXTIAGR 111100	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m ³)	NÚM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
811	10	29		06/07/2019		
MIST. 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	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
MÉDIA(m ³)	10		DADOS REFERENTES A ABR/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 07/06/2019	HORA DA IMPRESSÃO: 09:37:11
DESCRICAÇÃO	CONSUMO
ÁGUA	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
CONSUMO DE ÁGUA	10 m ³
	37,91
ESGOTO	
ACRESCIMO(S) MES(E) ANT. 03/2019	0,76
JUROS DE MORA 03/2019	0,14

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PTS E CONETNS LET 12.741/12
VENCIMENTO: 21/06/2019 Total a Pagar: R\$ 38,81

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA
CONDICÃO 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

826200000000 6 38810010075 8 02895782201 9 06201950003 2



ARIVLF 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

Br 230, Km 25 - Cristo Red

CNPJ 09/0

Nota Fiscal /

C6

Atendimento ao Cliente ENERGISA

0800 083 0196 Ao

Conta referente a

Ago / 2019

Apresentação

03/08/2019

Data prevista da
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
04/07/19	3819	02/08/19
		3962

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ERCI BATISTA DE SÁ NETO

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

CLOVES CLAITO FERREIRA DE ARAÚJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 839.798.594 / 87,

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

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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA MÍSALI DE SOUZA</u>	Número:	<u>1271</u>	Complemento:
Bairro:	<u>JARDIM GUANABARA</u>	Cidade:	<u>PATOS</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58.701-310</u>
E-mail:	<u>ERCI.BATISTA.BEFO@gmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>(83)398311015</u>

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

Enl. Bldo d. Sá Neto

Assinatura do Declarante

ARIVI 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu ERLI BATISTA DE SÁ NETO

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

CLOVES CLAITO FORCINI DE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 839.798.594 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLOVES CLAITO FORCINI 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 MOIRA</u>		
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>PATOS</u>
E-mail:	<u>ERLI BATISTA.BEF00 GMAIL.COM</u>		

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

Erli Batista de Sá Neto

Assinatura do Declarante

ARIVLE CORRETORA

30 SET. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ 08.778.268.0023/76		
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO			
ENDERECO	RUA HORACIO NÓBREGA, 5/N			
CIDADE	PATOS	UF PB		
CLASSIF. RISCO	VERDE			
ORIGEM	VIA PÚBLICA			
PACIENTE	CLOVIS CLAITO FERREIRA DE ARAUJO			
NOME SOCIAL				
FILIAÇÃO I	ROSLINA FERREIRA DE ARAUJO	FIILIAÇÃO II	ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO	
NASCIMENTO	09/12/1967	IDADE	51a 5m	COR PARDO GÊNERO M
PROFISSÃO	MILITAR			
ENDERECO	RUA DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO	nº51	BAIRRO	LIBERDADE
CIDADE	PATOS	U.F PB	CEP	58703120
TELEFONE			CELULAR	83996081671
CNS	R.G 1193465	CPF 839.798.594-87	REG. NASC.	
ESTADO CIVIL	CASADO			
F.A.A	44601	PRONTUÁRIO	24726	
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA			
DATA	21/05/2019 Horário: 07:52	OPERADOR	KGOMES	
CARATER	02 -URGENCIA	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI	
CONVÉNIO	SUS AMBULATORIO			
TRANSPORTE	CORPO DE BOMBEIROS			
MÉDICO	PALOMA CAMPOS NUNES			
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	<i>R. Paloma</i>			
PESO=	PA=	mmHg	TEMP=	

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

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

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

Sol. Rx de perna (D).

SOLICITAÇÃO DE PARECER
H min ORTOPEDIA.

DIAGNÓSTICO *Polifnauma.*

PROCEDIMENTO (DESCRÍÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

- *Sol. Rx de perna (D).* Realizado.
- *Voltaren 75mg IM agora.* *xt*

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

Paloma C. Nunes
CRM-PB-8315

Elisangela Gomes Ferreira Wladimir
COREN-PB-819.369-IF

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIMENTO PELO SISTEMA TNM

0301060061 0408050250

ARIVLE CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

C. Geral

ontp

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ECO DE	2605473 HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N PATOS UF PB	CNPJ 08.778.268.0023/76		
SIF. RISCO	BRANCO			
EM	PROPRIA RESIDENCIA			
ENTE SOCIAL	CLOVIS CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO			
AÇÃO I	ROSALINA FERREIRA DE ARAUJO	FILIAÇÃO II	ANTONIO ROORIGUES DE ARAUJO	
IMENTO	09/12/1967	IDADE	51a 5m COR PARDO GÊNERO M	
ISSÃO	MILITAR			
RECO DE	RUA DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO PATOS	nº51 U.F PB	BAIRRO CEP CELULAR	LIBERDADE 58703120 83996081671
IFONE	787403023066076	R.G 1193465	CPF 839.798.594-87	REG. NASC.
ADO CIVIL	CASADO			

A IVO	46945 RETORNO - ORTOPEDIA	PRONTUÁRIO	24726
A ATER	03/06/2019 Horário: 14:08	OPERADOR	VALVES
IVÉNIO	01 -ELETIVA	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI
NSPORTE	SUS AMBULATORIO		
ICO	VEICULO PROPRIO FERNANDO TADEU VIEIRA JUCA JUNIOR		

3. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL
Ediliciana Galvão da S. Araújo

SO= _____ PÁ= _____ X _____ mmHg TEMP= _____

AMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Coloplasta Função JOCO
DIN PLE VS des*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)
VS (bom padrão)

4. SOLICITAÇÃO DE PARECER
1 min
Função JOCO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)
DIN

CID

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

*DR. FERNANDO JUCA
CRM-PB 5322 / CRM-PE 1229
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA*

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

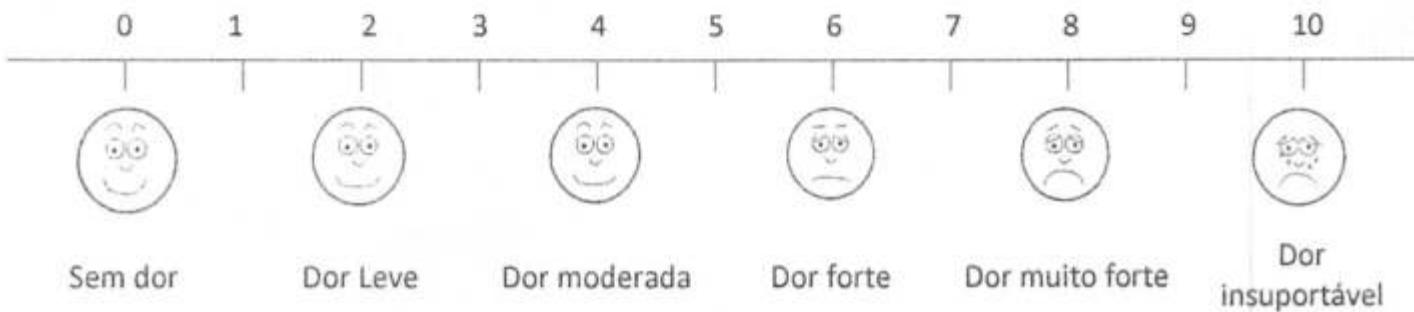
ESTADIMENTO PELO SISTEMA TNM

03010100+2

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data: 21/05/14 Hora: 07h51 Gênero: M F Idade 51Nome/Nome Social: Flávia Alcides Ferreira de SouzaOrigem*: Via pública Regulado? Sim NãoCidade: Patos Encaminhado? Sim NãoTransporte Carro de BombeirosQueixa principal/História atual de doença/início dos sintomas dores nas costasMotivo do atendimento* 007 Acidente de trabalho? TS? Alergia? Não Sim há alergiaUso de medicação? Não Sim há usoDoença prévia? Não Sim há históriaTemp. ____ °C Pulso ____ bpm Resp. ____ irpm SpO₂ ____ % PA ____ mmHg HGT ____ mg/Dl

Escala de Dor

Classificação de Risco: Vermelho Laranja Amarelo Verde AzulEspecialidade Médica: ClínicoAcompanhante: 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

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

SERVÍCIOS 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 09/11/19 HORA 10:40 ^{zona horaria}
+ return de aeroporto de recife a
recife **Boeing 737** (D)
ex: first flight back (S)
aeroporto
sulamericano
deve ser aeroporto + retorno aeroporto

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

D

67,1 %

57,3 %

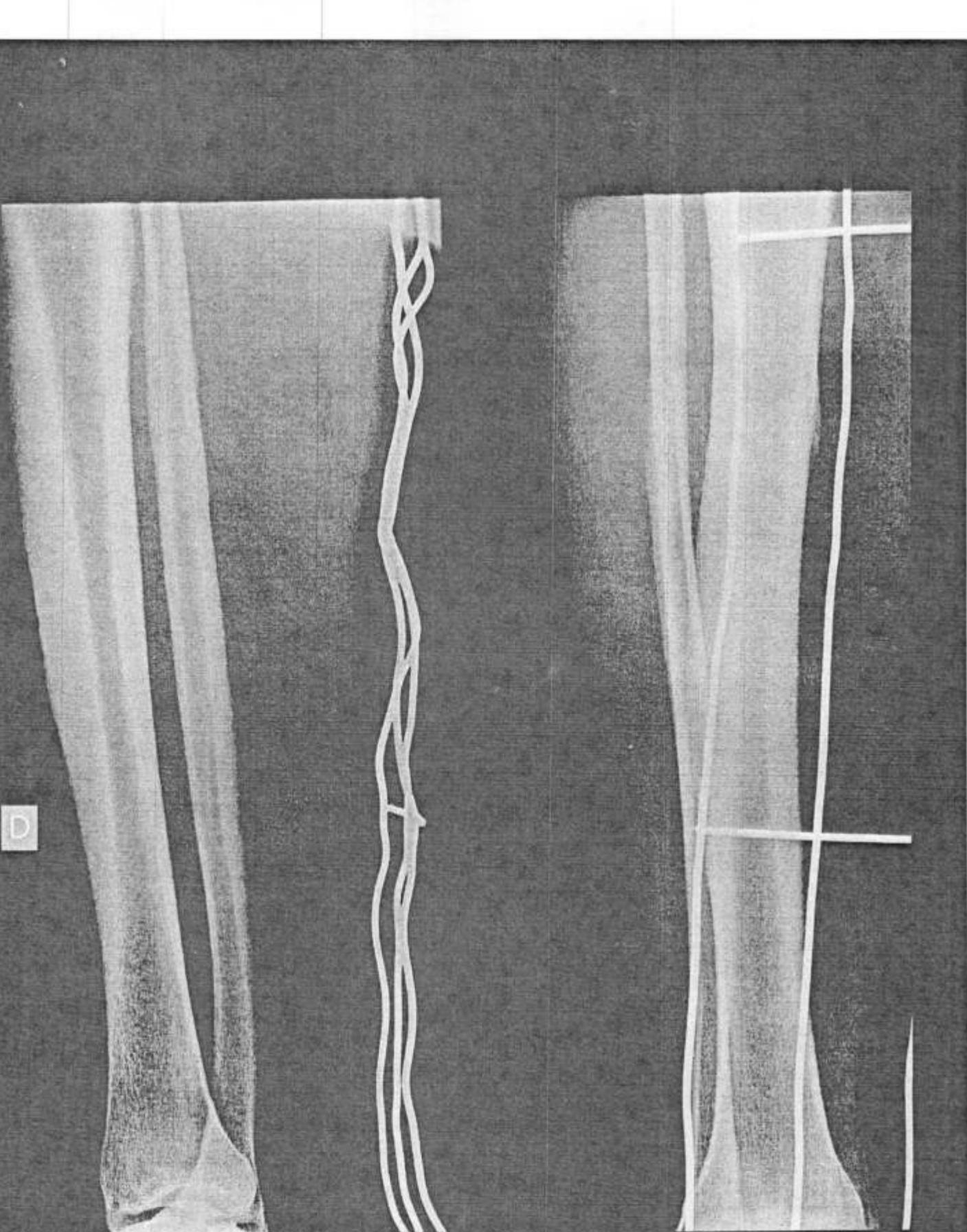
Nome: CLOVIS CLAITO FERREIRA DE ARAUJO Data Nasc.: 09/12/1967

Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro

Id. Pac. PAC24726

21/05/2019 08:39:16

D



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

Id. Pac.: PAC24726

21/05/2019 08:39:16

63.7 %

D

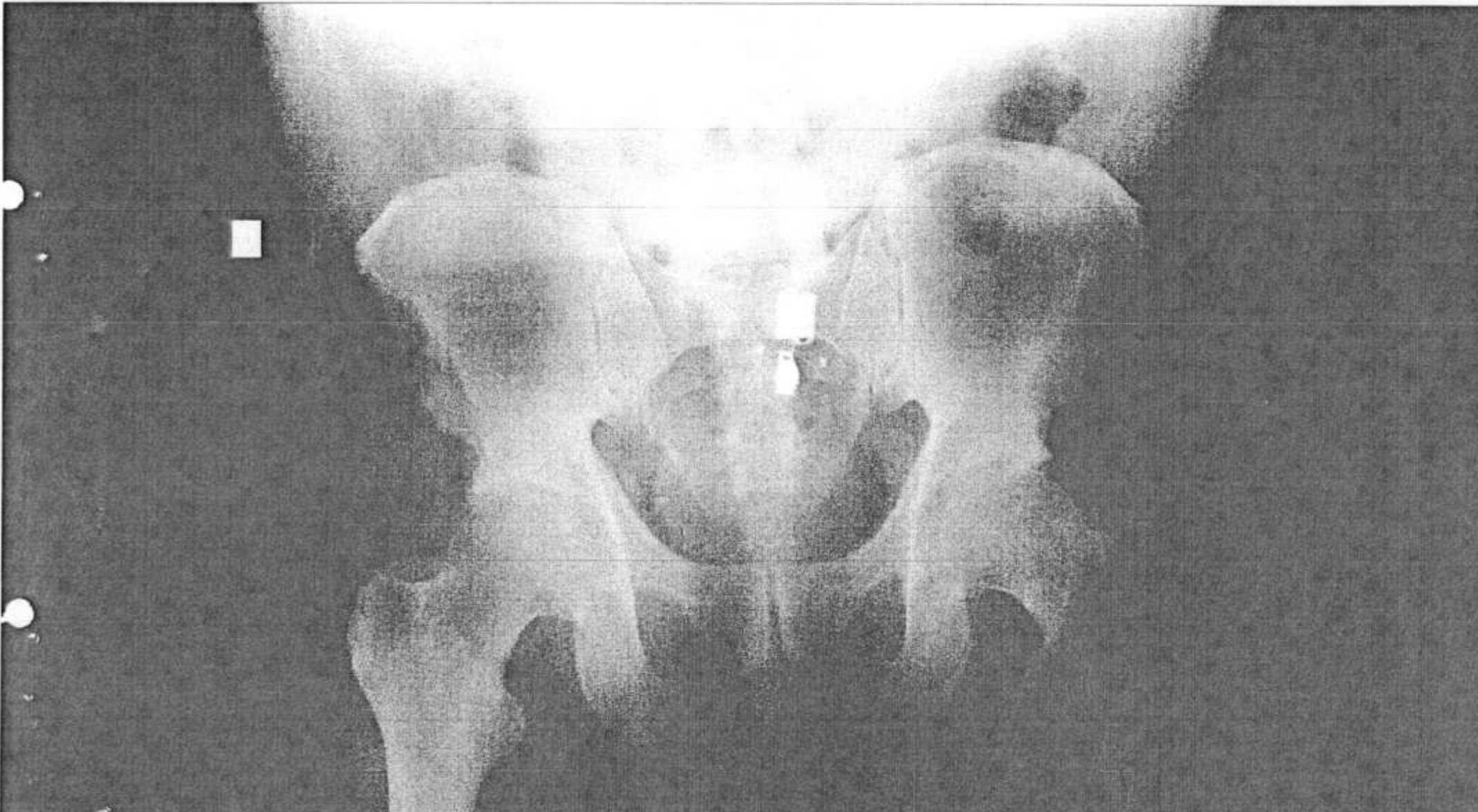
74,4 %

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

71,9 %

21/05/2019 08:39:16

Id. Pac.: PAC24726



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

Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro

Id. Pac: PAC24726

21/05/2019 08:39:16

55,3 %



Dr. Stênio Guy Wanderley de Araújo

ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA E REUMATOLOGIA

LAUDO ORTOPÉDICO:

Atendido Clóvis Cesar Ferreira de Araújo, vítima de acidente com moto, ocorrido em 21.05.19, quando apresentava com politriunfo e trauma violento na perna e peito (PARRA) direita.

Foi tratado com iodoofito do local mais afetado (peito) devido a uma suspeita de peste e posteriormente fisioterapia; notou-se

Dr. Stênio Guy W. Araújo
Médico CRM/PB 1325
Ortopedista
CPF 148.819.774-15

15.10.19 claudicação deambulante, contratura muscular, tensões ligeiras e dores, limitando até hoje suas atividades funcionais. Solutivo recém.

EDS: 583.0 + 583.4 + 1245

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



Nº REGISTRO

03474082439

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.



VALIDADE

06/10/2021

1º HABILITAÇÃO

18/11/1997

OBSERVAÇÕES

A ;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

PATOS, PB

DATA EMISSÃO

14/10/2016

Agnaldo Vieira da Silva
ASSINATURA DO EMISSOR

75155564644
PB033331456

DETRAN-PB (PARAÍBA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1350697224

PRODUTO PLASTIFICAR

1350697224

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CRM	2605473	CNPJ 05.778.268.0023/76		
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUÍV CARNEIRO			
ENDEREÇO	RUA HORACIO NORBEGA, S/N			
CIDADE	PATOS	UF PB		
CLASSTF. RISCO	VERDE			
ORIGEM	VIA PÚBLICA			
PACIENTE	CLOVIS CLAITO FERREIRA DE ARAÚJO			
NOME SOCIAL	ROSALINA FERREIRA DE ARAÚJO	FEITAÇÃO	TI	ANTONIO RODRIGUES DE ARAÚJO
FILIAÇÃO	09/12/1967	TOADE		SIA. SM COR. PARDO GÊNERO M
NASCIMENTO				
PROFISSÃO	MILITAR	nº51	BAIRRO	LIBERDADE
ENDERECO	RUA DEPUTADO JANDUÍV CARNEIRO	UF PB	CEP	58703120
CIDADE	PATOS	CEP	CELULAR	83996081671
TELEFONE	R.G 1193465	CPF	CPF	REG. NASC.
CNS				
ESTADO CIVIL	CASADO			
F.A.A	44681	PRONTUÁRIO	24726	
MOTIVO	ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLETA	OPERADOR		
DATA	21/05/2019 HORÁRIO: 07:52	TIPO DE SERVIÇO		
CARÁTER	02 - URGENCIA			
CONVÉNIO	SUS AMBULATORIO			
TRANSPORTE	CORPO DE BOMBEIROS			
MÉDICO	PALOP - CAMPO NUNES			
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	<i>L. S. B. L.</i>			
PESO		PA	X	
		mmHg		TEMP.

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente com história de acidente de moto há ± 30min, queixando-se de dor em MBD. Negar desmaio, tortura e cefaléia.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TÍPO)

sol. RX de perna (D)

SOLICITAÇÃO DE PARECER

ORTOPEDIA

DIAGNÓSTICO

Polifrauma

CID

PROCEDIMENTO (DESCRÍPCAO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

- *sol. RX de perna (D)*. Realizado.
- *Voltaren 75mg IM aguda 09*

Eduardo Gómez Ferreira Kártika
COREN-PB 010.369.7F

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

Flora Paloma C. Nunes
CRM-PB 8115

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ARIVLE CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL: (83) 3321-5930

ESTADONAMENTO PELO SISTEMA TMI

*0301060061 0408050250**C. Geral**ent*

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CHP3 08.278.268-0023/76

2605473
HOSPITAL REGIONAL DR. JANDUZY CARNEIRO
RUA HORACIO NÓBREGA, 5/II
PATOS - UF PB

SEXO: F
ID. RISCO: BRANCO
END: PRÓPRIA RESIDÊNCIA
NOME: CLOVIS CLAITO FERREIRA DE ARAÚJO
SOCIAL: ROSALINA FERREIRA DE ARAÚJO
DATA Nascimento: 09/12/1967
MENTO: MILITAR
ESSÃO: RUA DEPUTADO JANDUZY CARNEIRO
RECO: PATOS
DE: FONE: 787403023066076
ADO CIVIL: CASADO

FILIAÇÃO II
IDADE: 51 ANOS
Bairro: LIBERDADE
CEP: 58703120
CELULAR: 83996001671
CPF: 639.798.594-87
SEXO: M
ANTONIO RODRIGUES DE ARAÚJO
Sobrenome: COR PARDO
NOME: ANTONIO RODRIGUES DE ARAÚJO
GÊNERO: M

DATA: 46945
ATENDIMENTO: RETORNO - ORTOPEDIA
ATENÇÃO: 03/06/2019 Horário: 14:00
NEMO: 01 - ELETIVA
ASPORTE: SUS AMBULATORIO
EQUIPO: VEICULO PRÓPRIO
NOME: FERNANDO TADEU VIEIRA JUCA JUNIOR

PRONTUÁRIO: 24726
OPERADOR: GALVES
TIPO DE SERVIÇO: URGENCIA E EMERGÊNCIA

3. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

PA: _____ X: _____ mmHg: _____ TEMP: _____

50: _____ AMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

ANAMSE REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

OLICITAÇÃO DE PARECER:
NÃO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRÍÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIMENTO PELO SISTEMA TNM

02010100+2

CBO

CID

DR. FERNANDO JUCA
CRM/PB 5322 COMPETENZA
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

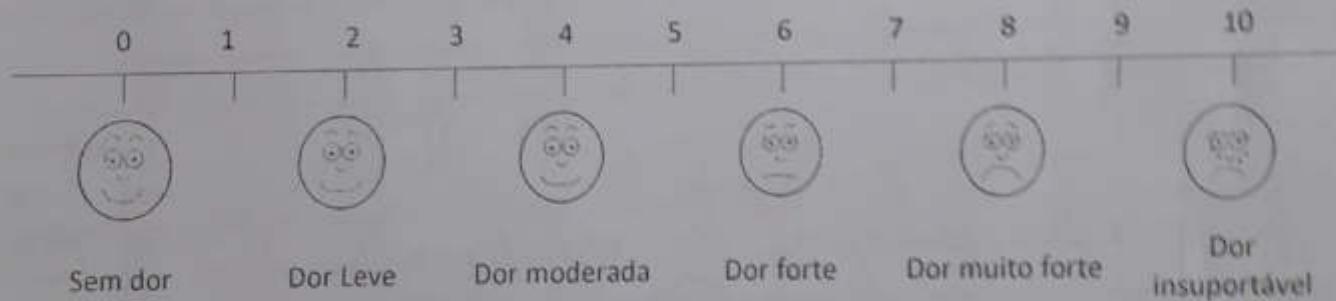
Data: 21/05/19 Hora: 07h51 Gênero: () M () F Idade: 53

Nome/Nome Social: Alvaro Alcides Ferreira da Souza

Regulado? () Sim () Não

Origem*: Meu filho Encaminhado? () Sim () NãoCidade: Porto Transporte: Carro da famíliaQueixa principal/História atual de doença/início dos sintomas: dores nas costasMotivo do atendimento*: Dores Acidente de trabalho? () TS? ()Alergia? () Não () Sim houve reaçãoUso de medicação? () Não () Sim houve reaçãoDoença prévia? () Não () Sim houve reaçãoTemp. ____ °C Pulso ____ bpm Resp. ____ irpm SpO₂ ____ % PA ____ mmHg HGT ____ mg/Dl

Escala de Dor



Classificação de Risco: () Vermelho () Laranja () Amarelo () Verde () Azul

Especialidade Médica: Ortopédico

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 da Almeida Lopes
COREN-PA 53.553 ENF

Enfermeiro/Carimbo

CARATER DO ATENDIMENTO

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

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

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

7. return to current & recent
main fields ①
ex: first weevils hatch ②
in the field
smaller
the subplots + relevant ambient

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

CLOVES CLAILTON FERREIRA, DE PAUL, JJC
Data de aquis.: 16/07/2019
Sex: Masc.
Hora de aquis.: 11:15:43
Data de exp.: 2601
Índice de exp.: 1557
Data de nascimento: 09/12/1957
ID: PAT000135

Dir

14cm

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

10cm

FÍBULA TÍBIA
LATERAL
W: 4095, L: 2048
ID de técnico: admin
Escala: 0.0
CLINFIP

CLOVES CLAILTON FERREIRA, DE PAUL, JJC
Data de aquis.: 16/07/2019
Sex: Masc.
Hora de aquis.: 11:13:11
Data de exp.: 2675
Índice de exp.: 2675
Data de nascimento: 09/12/1957
ID: PAT000135

14cm

10cm

FÍBULA TÍBIA
LATERAL
W: 4095, L: 2048
ID de técnico: admin
Escala: 0.0
CLINFIP

data de aquis. 16/07/11
Hora de aquis. 11:11
índice de exp.

CLOVES CLAILTON FERREIRA
Sex: Masc.
Data de nascimento: 09/12/1987
D:PAT000135

Entidad de aquis.:16/07/2019
Plataforma de aquis.:11:08:07
Índice de exp.:2545

CLOVES CLAITON FERREIRA
Sex: Masc.
Data de nascimento: 09/12/1967
ID: PAT000135

Dir.

14cm

FIBULATIEN

CLINICO
Ergo

222

1000

三

Scanned by CamScanner

74,4%

 Nome: CLOVIS CLAITO FERREIRA DE ARAUJO Data Nasc.: 09/12/1967 Id. Pac.: PAC24726
Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro

21/05/2019 08:39:16

■ Name: CLOVIS CLAILTO FERRERA DE ARAUJO Data Nasc.: 09/12/1957
■ Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro
21/05/2019 08:23:16

Id. Pac: PAC24726
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 álgico 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. #####

CONDICÃO 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. #####

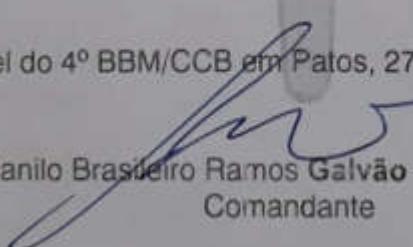
SOCORRISTAS: ST 521.448-3, PAULO RICARDO ADELINO
CB 527.431-1 ANDERSON NOBREGA DE MEDEIROS
SD 527.331-5 TELMAR BATISTA DE MEDEIROS

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

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

28 AGO. 2019

TEL.: (83) 3321-5930


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 Claiton 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 Jandu 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 Claiton 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.


HERMANDO BARBOSA RODRIGUES
Agente de Investigação

ARIVLÉ CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL.: (83) 3321-5930


Patos/PB, 13 de agosto de 2019.
CLÓVIS CLAITON FERREIRA DE ARAÚJO
Noticiante

Procedimento Policial: 01961.01.2019.3.00.401

Destinatário
Digitalização Própria

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

2/3

CPF/CNPJ: 08.892.170/0001-30	CEP: 58400-000	Telefone: (083) 321-5990
Endereço completo: R. MIGUEL COUTO, 185 - SALA 02 CENTRO, CAMPINA GRANDE, PB, 58400-273		
Nome do Corretor: JACOB ARIVLE CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME	Nome do destinatário: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO	Nome do destinatário: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO
05252-1-10	05252-1-10	05252-1-10



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA

Rua Feliciano Cirino, 229 - Jardim João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PARA CONTÁTO COM A CAGEPA INFORME SEU NÚMERO	
MATRÍCULA	
28957822	REF. 2019
JUN-2019	JUN-2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JOAQUIM CLAUDIO FARAÚJO
RUA DEP JANDU Y CARNEIRO, 81 - CENTRO - PATOS PB
8703-120

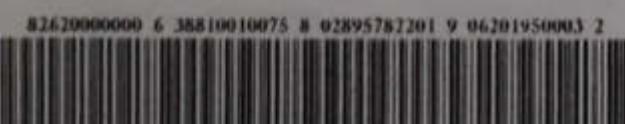
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
025.0008-365.0209.000-000		1 0 0 0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto
4224030245	14/04/2013	EST-1-AUR-1-HA-01	EST-1-AUR-1-HA-01
INTERIOR / ATUAL / CONSUMO (L/M)		NÚM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
811	10	29	06/07/2019
EST. CONS./ANOR. LEIT. / QUALID. ÁGUA ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.			
MAR/2019	10	4	PARÂMETROS EXIG. ANÁLIS. CORR. DÍAS
ABR/2019	10	4	TURBIDEZ 45 49 49
MAR/2019	10	4	CLORO 91 92 92
FEV/2019	10	4	COL. TÉRMOT. 0 0 0
JAN/2019	10	4	COR 45 49 49
DEZ/2018	10	4	COL. TOTAIS 91 92 92
MÉDIA(H)	10		DADOS REFERENTES A ABR/2019

MATA DA IMPRESSÃO: 07/06/2019	HORA DA IMPRESSÃO: 09:37:11	
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	10.103	37,91
ESGOTO		
ACRESCIMO(S) MÉS(E) ANT. 03/2019	0,76	
JUROS DE MORA 03/2019	0,14	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 1,51 R\$ 5 E CONJUNTO LFT 12.741,17
ENCIMENTO: Total a Pagar: 21/06/2019 R\$ 38,81

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

CAGEPA	MATRÍCULA	REF. REFERENCIA	VENIMENTO	TOTAL A PAGAR
	28957822	JUN-2019	21/06/2019	R\$ 38,81



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

Patos/PB, 21 de Janeiro de 2020.

A
Seguradora Lider

Sinistro nº: 3190501262

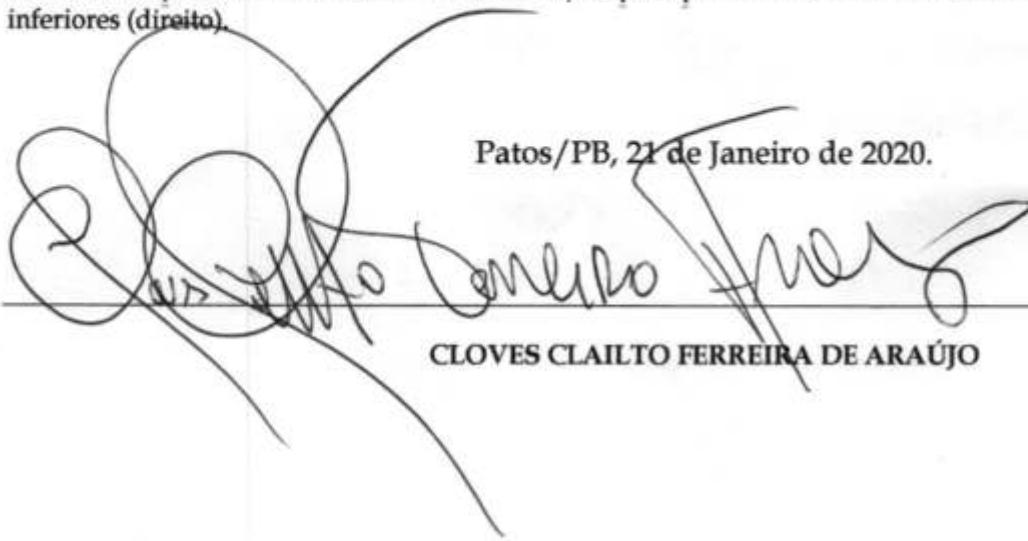
REÁNALISE DE INDENIZAÇÃO

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 reanalise 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 reanalise 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
Clinica Medica
Dermatologia
Fisioterapia
Endocrinologia
Gastroenterologia
Eletroencefalograma
Eletrocardiograma
Ecocardiograma
Fonoaudiologia
Geriatria
Ginecologia
Laboratório
Neurologia
Nutrição
Nutrição Infantil
Odontologia
Otorrinolaringologia
Oftalmologia
Pediatria
Psicologia
Psiquiatria
Ultrassonografia
Cirurgia Vascular
Urologia

P/ Clávis Claiton de Araújo
Carta Médica
(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 immobilização do membro e fisioterapia.

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

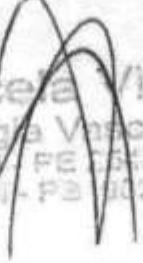
(83) 4141-8282
99688-5537 99863-0664

Rua Peregrino Filho, 81
Centro - Patos - PB

@medicmaispatospb

de membro inferior direito, limitando
suas atividades laborais.

28/12/19.

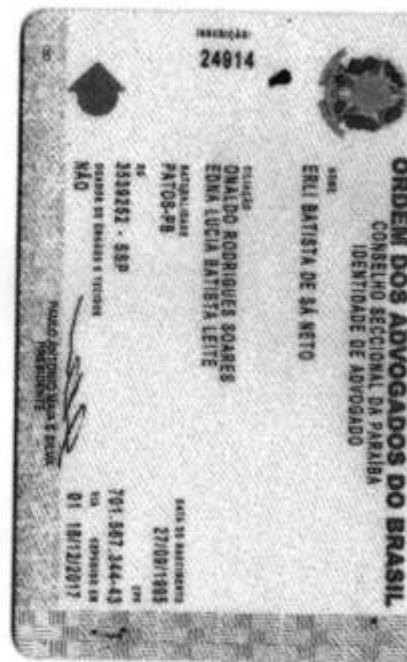

Marcela Vieira
Cirurgia Vascular
CRM-PE 16450
CRM-PB 3020

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

NOME: CLOVES CLAITO FERREIRA DE ARAUJO
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 14911 PR PB
CPF: 839.798.594-87 **DATA NASCIMENTO**: 09/12/1967
PAIS: ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO
 ROSALINA FERREIRA DE ARAUJO
PERMISSÃO: ACC CATMAS
Nº REGISTRO: 03474082439 **VALIDADE**: 06/10/2021 **1ª HABILITAÇÃO**: 18/11/1997
DESCRIÇÃO: A
ASSINATURA DO PORTADOR: *Cloves Claito F. Araujo*
LOCAL: PATOS, PB **DATA EMISSÃO**: 14/10/2016
ASSINATURA DO EMISSOR: *Amber*
Nº REGISTRO: 1350697294 **DETAN - PB (PARAIBA)**
PROIBIDO PLASTIFICAR



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



RIVI C CORRETORA
28 AGO. 2019
EL. 031 3321-59300

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CÓD. RENAVAM 2014-08012339
1 0022935814-4 00/00000000 2014

HOME
CLOVIS CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

CPF / CNPJ
83979859487

PLACA
NPY5118/PB

PLACA ANT / UF CHASSI
NOVO PB 9C2KC1550AR111148

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. / ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN ESI 2010 2010

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
IPVA PAGO EM	15/05/2014	1 ^o
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2 ^o
*****	0	3 ^o

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 15/05/2014

DESENHO DE PORTA OBRIGATÓRIO
NAO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

0

PATOS-PB LOCAL DATA
36838 15/05/2014 1560
Rodrigo Augusto de Oliveira Costa
REDAÇÃO AUTOMOTIVA - DETAN/PB

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - 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

ESTRUTURA SAC DPVAT 0800-022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 15/05/2014

VIA CPF / CNPJ PLACA
83979859487 NPY5118/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
00229358148 HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO/FAB. / ANO MOD. / Nº CHASSI

2010 9 9C2KC1550AR111148

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNE (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
*****	SEGURO	P A G O

S PAGAMENTO	15/05/2014
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.008/0001-04
www.seguradoralider.com.br

15601-1517233-20140515

ARIVLE CORRETORA
28 AGO. 2019
TEL. (83) 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.

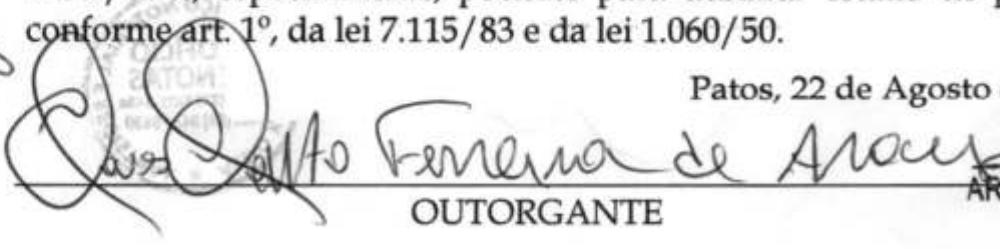
OUTORGADOS:

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 iudicium 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

- 2º CIRCUITO DE PROTEÇÃO
- OFÍCIO DE MULHER, BRIGADEIRO DE TITÂNIO E DOCUMENTOS
- 84º BRT/2º BDA FORTALEZA/CE
Av. Presidente Pernambuco, 214 - Centro - Pinda-PB - Fone: (83) 4521-9436 CEP: 58700-000

REC. DE FIRMA N° 2019-007886

RECV. DE FÁTIMA N.º 2015-6
Reconheço por autenticidade a firma da:
CLOVES CLAUDIO FERREIRA DE ABREU

www.17k.com

Dou fé no testemunho da verdade.
Belo-PR 23/08/2018 09:19:11

RESPOSTA: DJALMA DE SOUZA SANTOS - TCE

ENOL: R\$ 9,91 FEPJ: R\$ 1,99 FARFEN: R\$ 0,29
SEILO DIGITAL: 07784508 202340

SELÓ DIGITAL: #1284698-3029
Socorro e assistência social na internet // 100% digital // 100% online

卷之三十一

—Signature—



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

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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ERLI BATISTA DE SA NETO

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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ERLI BATISTA DE SA NETO

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO