



Número: **0805496-11.2020.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **03/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.354,39**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado  |
|---|--|
| <b>CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO (AUTOR)</b>                  | <b>FERNANDA MORAIS DINIZ FELIX FREITAS (ADVOGADO)</b><br><b>ERLI BATISTA DE SA NETO (ADVOGADO)</b> |
| <b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b> |  |

| Documentos   |                    |   |                   |
|--------------|--------------------|---|-------------------|
| Id.          | Data da Assinatura | Documento   | Tipo              |
| 34976<br>763 | 01/10/2020 10:26   | <a href="#"><u>2754100_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a> | Outros Documentos |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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:

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Documentação médica-hospitalar</b> | 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](http://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, contados 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

Carta nº 14937878

Pag. 01/43/01144 - carta\_01 - INVALIDEZ



00360572





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 CLAITO 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 CLAITO 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

Pag. 00243/00244 - carta\_02 - INVALIDEZ



00070122

Carta nº 15076079



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>  
Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 CLAITO FERREIRA DE ARAUJO**

Informamos que o pagamento da indenização

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%  
Grau 3 - Encarcerado - 75%

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: CLOVES CLAITO 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 a 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](http://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](http://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 CLAITO 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 CLAITO FERREIRA DE ARAUJO

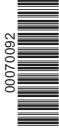
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise 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

Pag. 00183/00184 - carta\_02 - INVALIDEZ



00070092

Carta nº 15465801



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>  
Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 5



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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: FELIPE BATISTA DE SA NETO

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO**

**Informações que o pagamento da indenização**

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

Rebedor: **CLOVES CLAITO 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](http://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:<br>839.798.594-87 | 4 - Nome completo da vítima:<br>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:<br>Cloves Claito de Araújo | 6 - CPF:<br>839.798.594-87                    |                    |                       |
| 7 - Profissão:<br>Policial Militar            | 8 - Endereço:<br>Rua Deputado Janduy Carneiro | 9 - Número:<br>51  | 10 - Complemento:     |
| 11 - Bairro:<br>Centro                        | 12 - Cidade:<br>Patos                         | 13 - Estado:<br>PB | 14 - CEP:<br>58703120 |
| 15 - E-mail:                                  | 16 - Tel.(DDD):<br>(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"/> RECUSO 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)

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)           | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)                           | Nome do BANCO: Banco Bradesco  |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |  |
| AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>   | 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: | <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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos? | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> 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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ ARIVLE CORRETORA

Assinatura da testemunha 28 AGO. 2019

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ TEL.: (83) 3321-5930

Assinatura da testemunha

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)

EDC 001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846

Número do documento: 20100110262828900000033429846

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>  
Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 8

**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: [ 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 TIBIA 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 TIBIA 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?

(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"      ( ) "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 (X) 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**

*Tiago Martins Formiga*

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



**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 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 POS TRAUMA COMPROVADO ATRAVÉS DE EXAME FÍSICO POR MEDICA CIRURGIÀ 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 susceptível 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 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)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 integra: 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 Hermaldo 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 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**.

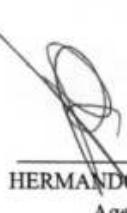
**Objeto(s) Envolvido(s):**

(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 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

  
Patos/PB, 13 de agosto de 2019.  
CLÓVIS CLAITON 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: 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:<br>Cloves Claito de Araújo | 6 - CPF:<br>839.798.594-87                    |                                   |                       |
| 7 - Profissão:<br>Policial Militar            | 8 - Endereço:<br>Rua Deputado Janduy Carneiro | 9 - Número:<br>51                 | 10 - Complemento:     |
| 11 - Bairro:<br>Centro                        | 12 - Cidade:<br>Patos                         | 13 - Estado:<br>PB                | 14 - CEP:<br>58703120 |
| 15 - E-mail:                                  |   | 16 - Tel.(DDD):<br>(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).

### DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Banco Bradesco

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

AGÊNCIA:  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)  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu nascituro (nai/naser)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim pais/avós vivos?  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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ ARIVLE CORRETORA

Assinatura da testemunha

28 AGO. 2019

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ TEL.: (83) 3321-5930

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

/002/2019

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, 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 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.

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          |
|   |  | <b>Total</b>   | <b>16,31 %</b> | <b>R\$ 2.201,85</b>   |



## 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          |
| <b>Total</b>                              |  |  | <b>18,75 %</b> | <b>R\$ 2.531,25</b>   |





## 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.

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>  
Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 16

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

BRADESCO270220200500000000023701563000000024440220185 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>  
Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 17



**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<br>INFORME ESTE NÚMERO |
| MATRÍCULA  |

28957822

REFERÊNCIA

JUN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

| Inscrição                | SMI                | Quantidade de Economias     | Responsável                   |                 |           |
|--------------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------|-----------|
| 025.008.165.0209.000.000 |                    | Baixa                       |                               |                 |           |
| Hidrômetro               | Data de Instalação | Localização                 | Situação Água Situação Esgoto |                 |           |
| V12N030265               | 14/01/2013         | EXT LACR LIGADO             | POTENCIAL                     |                 |           |
| ANTERIOR                 | ATUAL              | CONSUMO (m³)                | NUM DE DIAS                   | PROXIMA LEITURA |           |
| 811                      | 18                 | 29                          | 06/07/2019                    |                 |           |
| MIST. CONS./ANOR. LEIT.  | QUALID.            | AGUA-ANEXO 20 PORT.         | 05/2017 MS.                   |                 |           |
| MAI/2019                 | 18                 | 4                           | PARAMETROS EXIG.              | ANALIS.         | CONFORMES |
| ABR/2019                 | 18                 | 4                           | TURBIDEZ                      | 45              | 49        |
| MAR/2019                 | 18                 | 4                           | CLORO                         | 91              | 92        |
| FEV/2019                 | 18                 | 4                           | COL.TERHOT                    | 0               | 0         |
| JAN/2019                 | 18                 | 4                           | COR                           | 45              | 49        |
| DEZ/2018                 | 18                 | 4                           | COL.TOTAIS                    | 91              | 92        |
| MEDIA(H)                 | 18                 | DADOS REFERENTES A ABR/2019 |                               |                 |           |

|                                   |                             |            |
|-----------------------------------|-----------------------------|------------|
| DATA DA IMPRESSÃO: 07/06/2019     | HORA DA IMPRESSÃO: 09:37:11 |            |
| DESCRICAÇÃO                       | CONSUMO                     | TOTAL(R\$) |
| ÁGUA                              |                             |            |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)          |                             |            |
| CONSUMO DE ÁGUA                   | 18 m³                       | 37,91      |
| ESGOTO                            |                             |            |
| ACRESCIMO(S) MÉS(ES) ANT. 03/2019 |                             | 0,76       |
| JUROS DE MORA 03/2019             |                             | 0,14       |

|  |                |
|--|----------------|
| VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS-R\$ 3,51 R\$ 5, CONTEMS LET 12-741/12 | Total a Pagar: |
| VENCIMENTO: 21/06/2019   | R\$ 38,81      |

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

**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

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

82620000000 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  
Cis/Sbc: COM MTC B3 / COMERCIAL - COMERCIAL  
Roteiro: 1 - 118 - 30 - 6200      Referencia Ago / 2019  
Medidor: 00308405483      Emissao: 03/08/2019

ENERGISA PARA  
Br 230, Km 25 - Crotô Red  
CNPJ 090  
Nota Fiscal /  
C6

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura |
|-------------------|--------------|----------------------------------|
| Ago / 2019        | 03/08/2019   | 04/09/2019                       |

### UC (Unidade Consumidora):

#### Canal de contato:

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
[saude.gov.br/vacinabrasil](http://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      |

1



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu 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 839.798.534 / 87,

do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima CLOVES CLAITO 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: | <u>RUA MISAL 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.BEF0@gmail.com</u> | Tel.(DDD): | <u>(83) 398311015</u> |  |

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ERLÉ BATISTA DE SÁ 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 839.798.594 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CLOVES CLAILTO 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 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 MOREIRA</u>           | Número:     | <u>38</u>              | Complemento:                            |
| Bairro:   | <u>CENTRO</u>                       | Cidade:     | <u>PATOS</u>           | Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58700 440</u> |
| E-mail:   | <u>ERLÉ BATISTA.BEF0J GMAIL.COM</u> | Tel. (DDD): | <u>(83) 9988311015</u> |   |

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

Erlei Batista de Sá Neto

Assinatura do Declarante

ARIVLE CORRETORA!

30 SET. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>  
Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 21

### FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

|  |  |                         |                             |                    |
|--|--|-------------------------|-----------------------------|--------------------|
| CNES   | 2605473                                | CNPJ 08.778.268.0023/76 |                             |                    |
| NOME   | HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO |                         |                             |                    |
| ENDERECO                                       | RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N               |                         |                             |                    |
| CIDADE   | PATOS                                  | UF PB                   |                             |                    |
| CLASSIF. RISCO                                 | VERDE                                  |                         |                             |                    |
| ORIGEM   | VIA PÚBLICA                            |                         |                             |                    |
| PACIENTE                                       | CLOVIS CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO      |                         |                             |                    |
| NOME SOCIAL                                    |  |                         |                             |                    |
| FILIAÇÃO I                                     | ROSALINA FERREIRA DE ARAUJO            | FILIAÇÃO II             | ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO |                    |
| NASCIMENTO                                     | 09/12/1967                             | IDADE                   | 51a 5m                      | COR PARDO GÊNERO M |
| PROFISSÃO                                      | MILITAR                                | BAIRRO                  | LIBERDADE                   |                    |
| ENDERECO                                       | RUA DEPUTADO JANDUY CARNEIRO           | nº51                    | CEP                         | 58703120           |
| CIDADE   | PATOS                                  | U.F PB                  | CELULAR                     | 83996081671        |
| TELEFONE                                       |  |                         |                             | REG. NASC.         |
| CNS  |  | CPF 839.798.594-87      |                             |                    |
| ESTADO CIVIL                                   | CASADO                                 | R.G 1193465             |                             |                    |
| F.A.A  | 44601                                  | PRONTUÁRIO              | 24726                       |                    |
| MOTIVO   | ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA       | OPERADOR                | KGOMES                      |                    |
| DATA   | 21/05/2019 Horário: 07:52              | TIPO DE SERVIÇO         | L'URGENCIA E EMERGENCI      |                    |
| CARATER  | 02 -URGENCIA                           |                         |                             |                    |
| CONVÉNIO                                       | SUS AMBULATORIO                        |                         |                             |                    |
| 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. Neza desmaio, tortura e cefaléia.

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER  
H min ORTOPEDIA.

DIAGNÓSTICO Polifrauma.

CID

PROCEDIMENTO (DESCRICAÇÃO)

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

OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

0301060063

0408050250

ARIVLE CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

c. Geral

ente

Elisangela Gomes Ferreira Wamburgo  
COREN-PB 819.369-TF

CBO

### FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| ECO  | 2605473<br>HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO<br>RUA HORACIO NÓBREGA, S/N<br>PATOS<br>UF PB   | CNPJ 08.778.268.0023/76                   |  |
| IF. RISCO  | BRANCO  |   |  |
| EM   | PROPRIA RESIDENCIA  |   |  |
| ENTE SOCIAL  | CLOVIS CLAITO FERREIRA DE ARAUJO  |   |  |
| AÇÃO I MENTO                                       | ROSALINA FERREIRA DE ARAUJO<br>09/12/1967   | FILIAÇÃO II IDADE                         | ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO<br>51a 5m COR PARDO GÊNERO M |
| ISSÃO RECO DE IFONE                                | MILITAR<br>RUA DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO<br>PATOS   | nº51 U.F PB                               | BAIRRO CEP<br>LIBERDADE 58703120                         |
| ADO CIVIL  | 787403023066076<br>CASADO   | CPF 839.798.594-87                        | CELULAR<br>83996081671<br>REG. NASC.                     |
| A<br>IVO<br>A<br>ATER<br>IVÉNIO<br>INSPORTE<br>ICO | 46945<br>RETORNO - ORTOPEDIA<br>03/06/2019 Horário: 14:08<br>01 -ELETIVA<br>SUS AMBULATORIO<br>VEICULO PROPRIO<br>FERNANDO TADEU VIEIRA DUCA JUNIOR | PRONTUÁRIO<br>OPERADOR<br>TIPO DE SERVIÇO | 24726<br>BALVES<br>URGENCIA E EMERGENCI                  |

3. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

*Adiliana Galvão da S. Araújo*

SO= \_\_\_\_\_ PA= \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg TEMP= \_\_\_\_\_

AMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Pontos de fundo do exame  
Din p/é vs das*

XAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

*Nr (Boan adiutorio)*

OLICITAÇÃO DE PARECER  
L min

*Finalizada*

DIAGNÓSTICO

CID

PROCEDIMENTO (DESCRÍÇÃO)

*Din*

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

*DR. FERNANDO JUCÁ  
CRM-PB 5321 CRM-PE 1222  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA*

OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

### EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

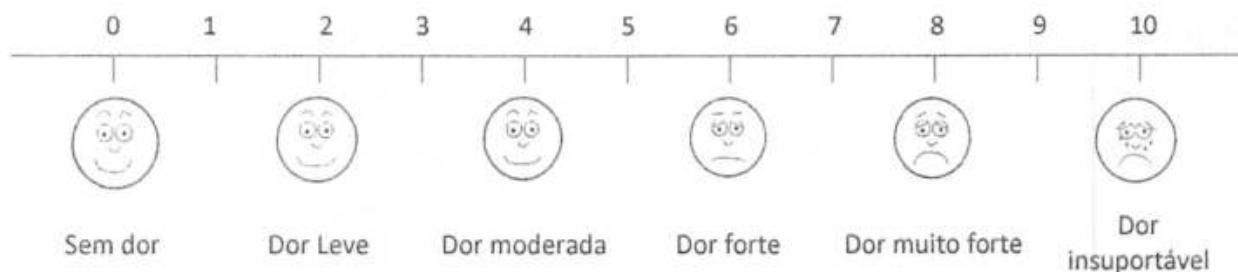
*03010100+2*



## ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data: 21/05/19 Hora: 07h51 Gênero: () M () F Idade 51Nome/Nome Social: Flávia Niloce Ferreira de SouzaOrigem\*: Via Pública Regulado? () Sim () NãoEncaminhado? () Sim () NãoCidade: Patos Transporte Carro da famíliaQueixa principal/História atual de doença/Início dos sintomas dores nas costasMotivo do atendimento\* 007 Acidente de trabalho? () TS? ()Alergia? () Não () Sim não alergiaUso de medicação? () Não () Sim não usoDoença prévia? () Não () Sim não usoTemp. \_\_\_\_ °C Pulso \_\_\_\_ bpm Resp. \_\_\_\_ irpm SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_ % PA \_\_\_\_ mmHg HGT \_\_\_\_ mg/Dl

## Escala de Dor

Classificação de Risco: () Vermelho () Laranja () Amarelo () Verde () AzulEspecialidade Médica: UrgênciaAcompanhante: () 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-ELEITIVO       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: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

- INTERNACÃO     ALTA A PEDIDO     EVASÃO     ÓBITO     ALTA MÉDICA  
 TRANSFERÊNCIA

MÉDICO/CRM \_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

PARECERES

DATA | HORA  
21/05/19 | 10:40

7. + return of electrons to nucleus as  
main shells ①

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





67,1 %

87,3 %

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

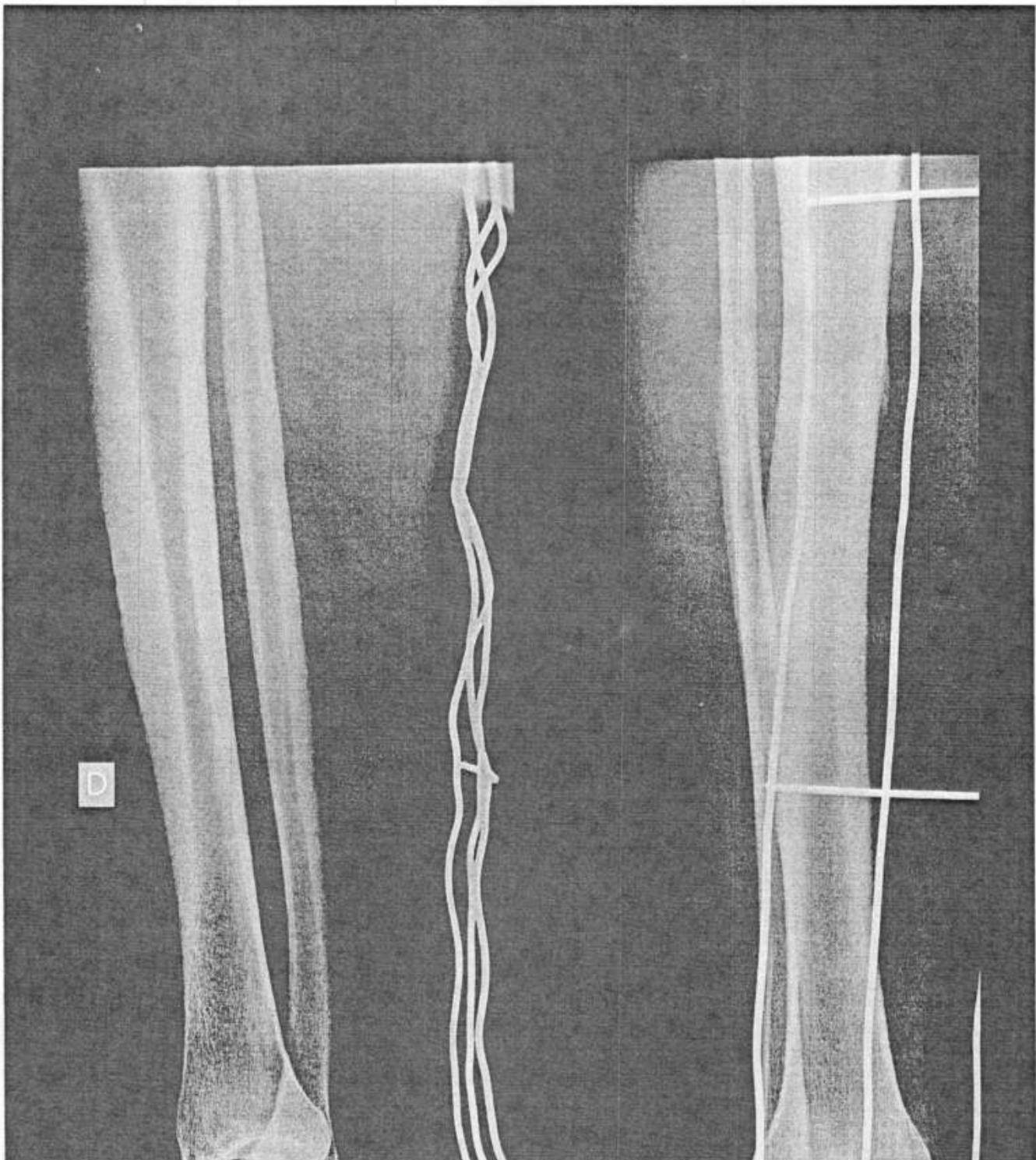
21/05/2019 08:39:16

Id. Pac.: PAC24726



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>  
Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 26



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

63,7 %



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>  
Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 27

D

74,4 %

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

71,5 %

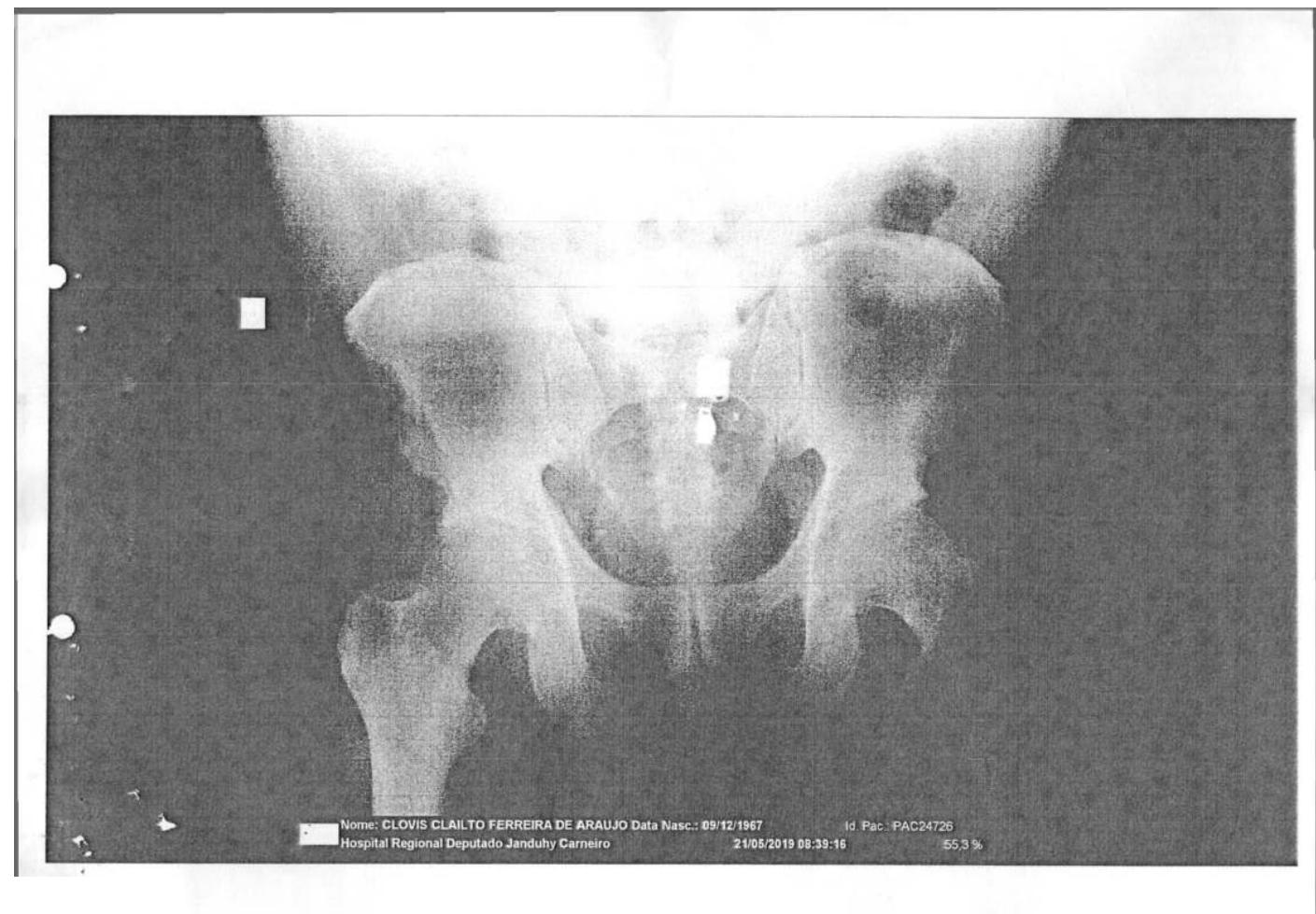
21/05/2019 08:39:16

Id. Pac.: PAC24726



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>  
Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 28



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

55,3 %



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>  
Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 29



Dr. Stênio Guy Wanderley de Araújo

ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA E REUMATOLOGIA

LAUDO ORTOPE'DICO:

Audi Clóvis Caiado Fernandes de Araújo, vítima de acidente com moto, ocorrido em 21.08.19, quando apresentava com politrauma e trauma violento na perna e peito (P+T+R+) direita. Foi tratado com imobilização do local mais afetado (joelho) devido a sua instabilidade e patela e posteriormente fisioterapia; notar-se claudicação deambulatória, contratura muscular, desconforto ligeiro e dores, limitando até hoje suas atividades funcionais. Solicitud reabilitação. Periodo:

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

15.10.19

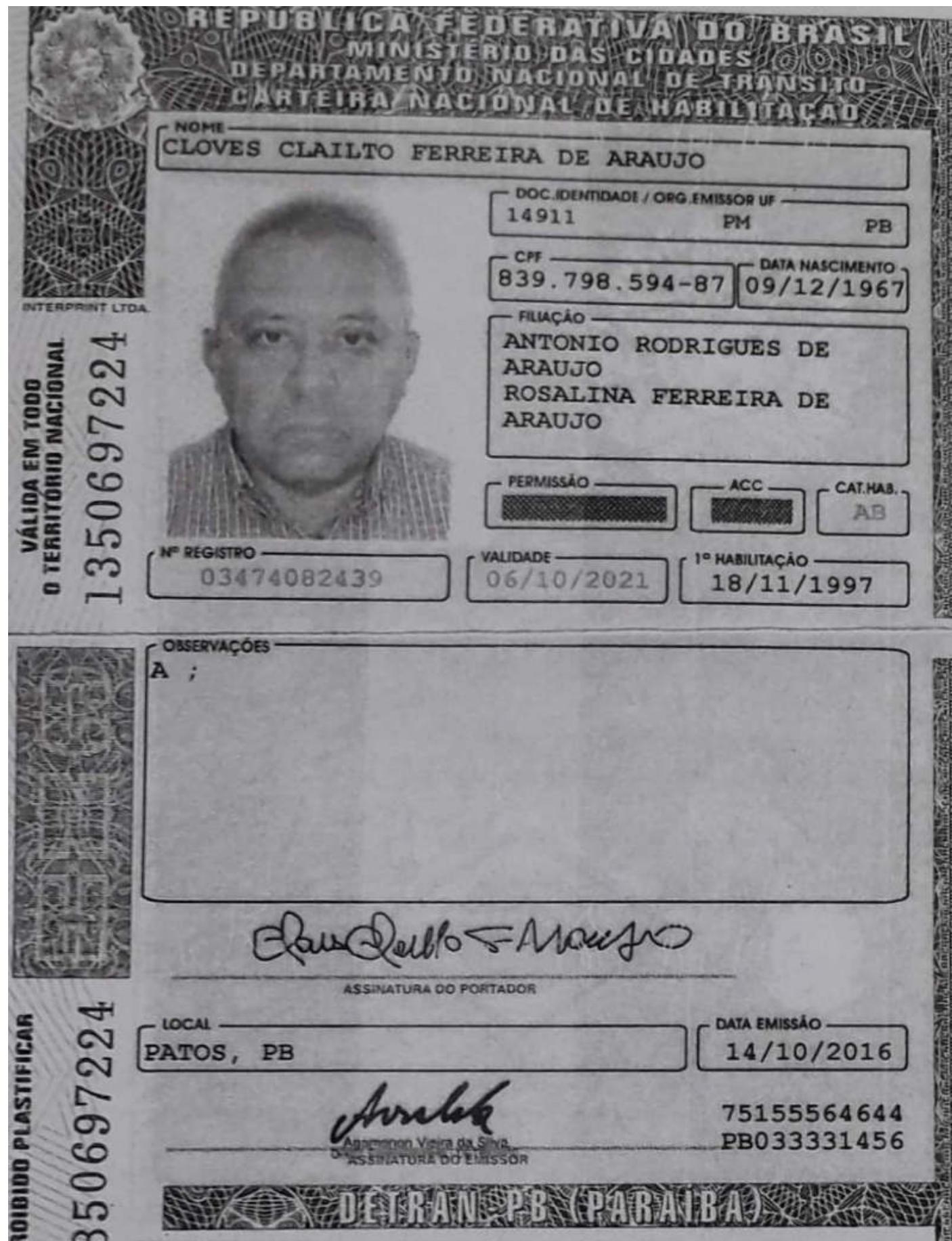
€IDs: 583.0 + 583.4 + H245

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

Rua Bossuet Wanderley, 433  
Centro - Patos-PB.

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner

## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| ONIS<br>NOME<br>ENDERECO<br>CIDADE  | 2605473<br>HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUZY CARNEIRO<br>RUA HORACIO NORBEGA, 5/N<br>PATOS  | CNPJ: 08.778.268.0023/76   |  |
| CLASSIF. RISCO<br>ORIGEM<br>PACIENTE  | VERDE<br>VIA PÚBLICA<br>CLOVIS CLAITO FERREIRA DE ARAUJO   |  |  |
| NOME SOCIAL<br>FILIAÇÃO I<br>NASCIMENTO<br>PROFISSÃO<br>ENDERECO<br>CIDADE<br>TELEFONE<br>CNS<br>ESTADO CIVIL | ROSALINA FERREIRA DE ARAUJO<br>09/12/1967<br>MILITAR<br>RUA DEPUTADO JANDUZY CARNEIRO<br>PATOS   | RESIDÊNCIA II<br>IDADE<br>UF PB<br>CEP<br>CELULAR<br>CPF: 819.798.594-87 | ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO<br>53a Sm COR PARDO GÉNERO M<br>LIBERDADE<br>58783120<br>83996081671<br>REG. NASC. |
| F.A.A.<br>MOTIVO<br>DATA<br>CARATER<br>CONVÉNIO<br>TRANSPORTE<br>MEDICO                                       | 44603<br>ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA<br>21/05/2019 Horário: 01:52<br>02 -URGENCIA<br>SUS-AMBULATORIO<br>CORPO DE BOMBEIROS<br>PALONI-CAPIVARI NUNES | PRONTUÁRIO<br>OPERADOR<br>TIPO DE SERVIÇO                                | 24726<br>EGOMES<br>URGÊNCIA E EMERGÊNCIA   |

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mês \_\_\_\_\_ TEMP: \_\_\_\_\_

## ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente com história de acidente de moto há ± 30min, queixando-se de dor em MTB. Neur desmaio, tortura e cefaleia.

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

SOLICITAÇÃO DE PAREcer ORTOPEDIA

DIAGNÓSTICO Polifrauma

CID

PROCEDIMENTO (DESCRÍCION)

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

OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

Flávio Palmeira C. Nunes  
CRM-PB-8315

Eduardo Gonçalves Ferreira  
COREN-PB-819.369-TF

CRM

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ARIVLE CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL: (83) 3321-5930

ESTADIMENTO PELO SISTEMA TPII

0301060061 0408050250

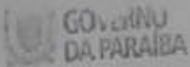
C. Geral

entp



EXO HOSPITALAR  
NIAL DEPUTADO  
JANDY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAÍBA  
SERVIÇO ÁREA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DCE JANDY CARNEIRO



ESTADO DA  
PARAÍBA



## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CIP: 08.378.268-0023/76

2605473  
HOSPITAL REGIONAL DCE JANDY CARNEIRO  
RUA HORACIO NÓBREGA, S/N  
PATOS - UF PB

NIF. RISCO: BRANCO  
IN: PROPRIA RESIDENCIA  
ENTE: CLOVIS CLAITO FERREIRA DE ARAUJO  
SOCIAL:  
ACAO 1: ROSALINA FERREIRA DE ARAUJO  
IMENTO: 09/12/1967  
ISSÃO: MILITAR  
RECO: RUA DEPUTADO JANDY CARNEIRO  
DE: PATOS  
FORNE: 707403023066076 R.G. 1193405

FILIAÇÃO: TI  
IDADE: ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO  
S18 5m COR: PARDO GÉNERO: M  
BAIRRO: LIBERDADE  
CEP: 58703120  
CELULAR: 83996081673  
CPF: 839.798.594-87 REG. NASC.

EDO CIVIL: CASADO  
A: 46945  
EVO: RETORNO - ORTOPEDIA  
A: 03/06/2019 HORÁRIO: 14:08  
ATER: 01 - ELETIVA  
MENTO: SUS AMBULATORIO  
ASPORTE: VEÍCULO PRÓPRIO  
ICO: FERNANDO TADEU VIEIRA JUCA JUNIOR

PRONTUARIO: 24726

OPERADOR: DALVES  
TIPO DE SERVIÇO: URGENCIA E EMERGÊNCIA

S. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

*Adiliana Gadelho da S. Araújo*

SO= PA= X amig. TEMP=

AMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Colangite purulenta do coto  
(Din ruf vs dia)*

ATARES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

*Am (Tyom adiutor n.cato)*

OLICITAÇÃO DE PARECER  
1 min

*Am - tum. do coto*

CID

DIAGNÓSTICO

*Din*

PROCEDIMENTO (DESCRÍÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

*DR. FERNANDO JUCA  
CRM-PB 531 CRF-PB 1223  
ORTOPEDISTA/UMATOLÓGICO*

OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

CBO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIMENTO PELO SISTEMA TNM

*03010100+2*

Scanned by CamScanner



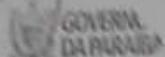
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>

Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 33

10/10/2019



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SISTEMA DE  
GESTÃO DA SAÚDE



## ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data: 21/05/19 Hora: 07h51 Gênero:  M  F Idade: 51

Nome/Nome Social: Flávia Vieira Ferreira da Cunha

Origem\*: Pronto-socorro Regulado?  Sim  Não  
Encaminhado?  Sim  Não

Cidade: Patos Transporte: Lata de basquete

Queixa principal/História atual de doença/início dos sintomas: dor no lado

Motivo do atendimento\* Doença Acidente de trabalho?  TS?

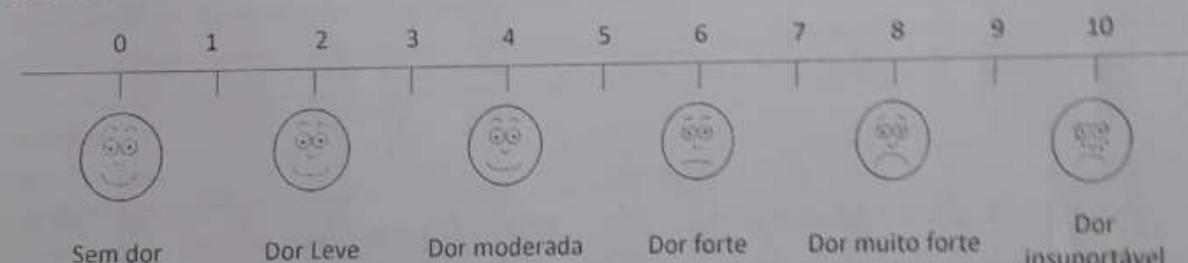
Alergia?  Não  Sim há alergia

Uso de medicação?  Não  Sim há uso

Doença prévia?  Não  Sim há uso

Temp. \_\_\_\_ °C Pulso \_\_\_\_ bpm Resp. \_\_\_\_ irpm SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_ % PA \_\_\_\_ mmHg HGT \_\_\_\_ mg/Dl

### Escala de Dor



Classificação de Risco:  Vermelho  Laranja  Amarelo  Verde  Azul

Especialidade Médica: Clínico

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

Rafaela de Almeida Lopes  
COREN-PB 53 553 ENF

Enfermeiro/Carimbo

Scanned by CamScanner



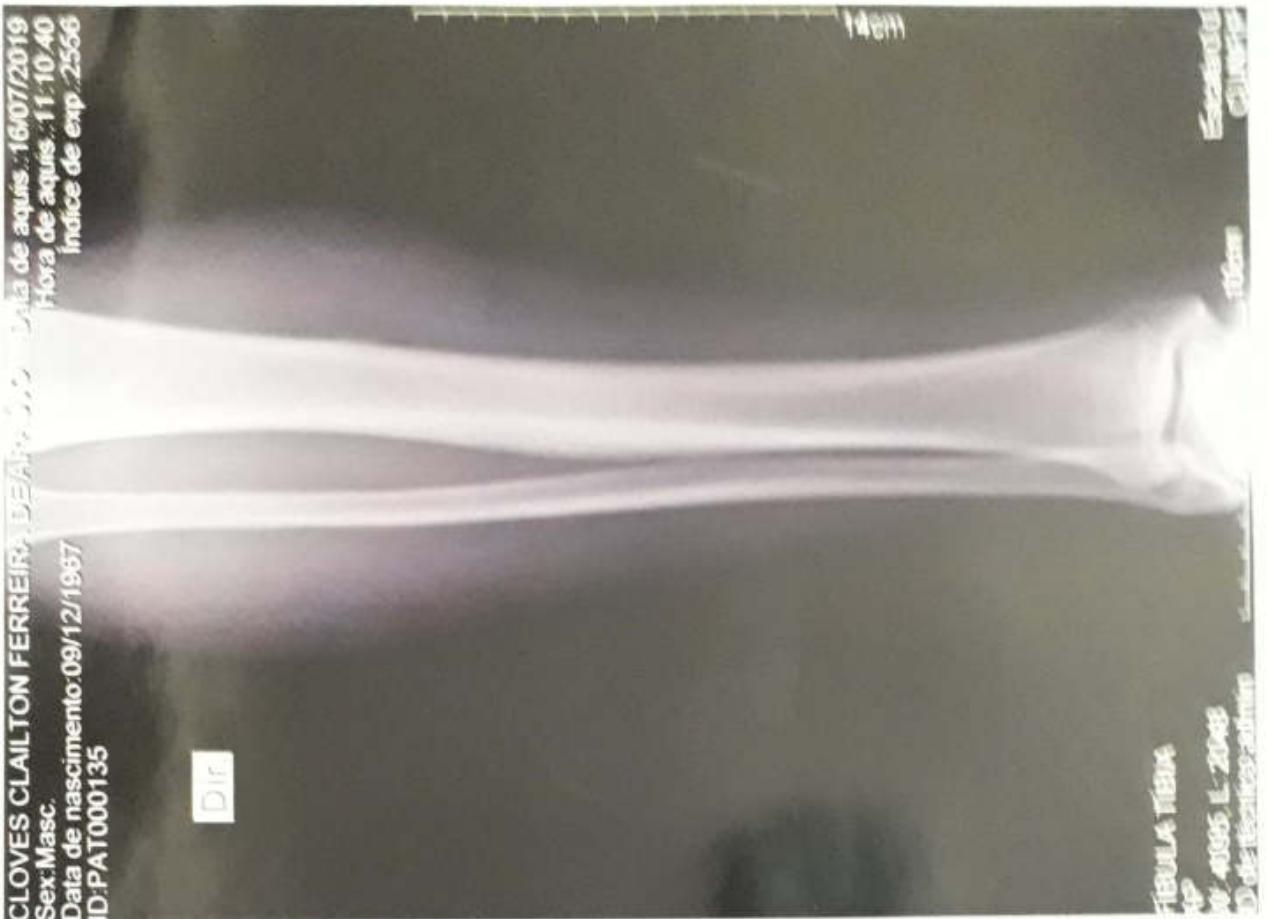


Scanned by CamScanner



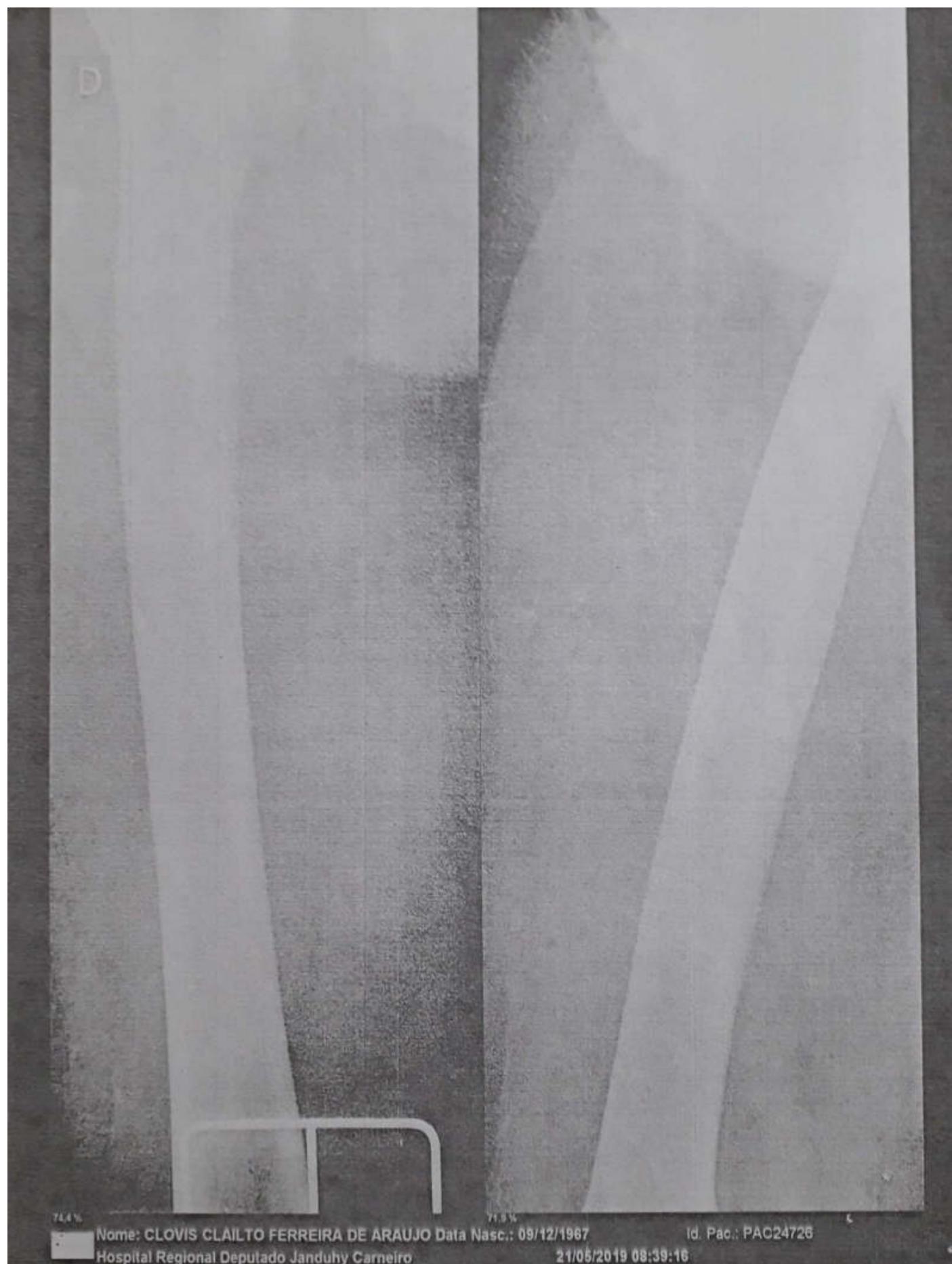
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>  
Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 36



Scanned by CamScanner



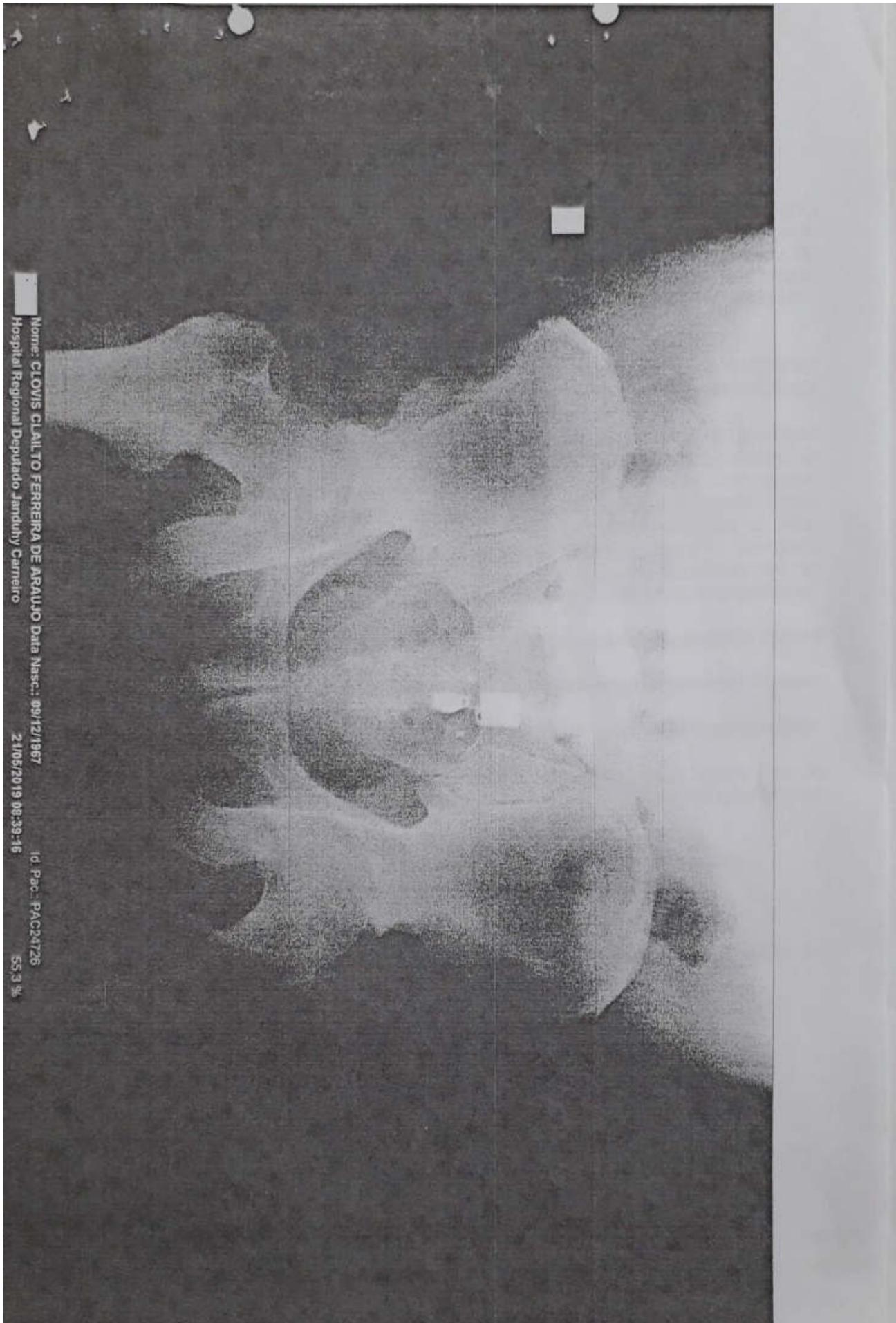


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>  
Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 38

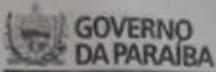


Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>  
Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 39



Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social  
Corpo de Bombeiros Militar

Quartel do Comando Geral  
4º BBM



## 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 CLAITO 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 CLAITO 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.#####

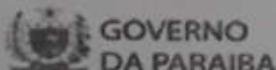
**SOCORRISTAS:** ST 521.448-3, PAULO RICARDO ADELINO  
CB 527.431-1 ANDERSON NOBREGA DE MEDEIROS  
SD 527.331-5 TELMAR BATISTA DE MEDEIROS

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

ARIVLF 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



Rua Francisco Marcelino de Moraes, s/nº, Belo Horizonte, Patos/PB. CEP 58704-272 Telefones: (83) 34232761(Central) – 34232260(Gab. Gm/B-1) – 34232562(CAT) – E-mail: 4bbm@cbmpb@gmail.com(4º BBM) – cat4cbmpb@gmail.com (CAT)



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>  
Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 40

**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 N° 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 nessa 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 830.798.594-87, 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, N° 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

ARIVLE 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

1/1

Scanned by CamScanner



Destinatário  
Digitalização Própria

## Remessa de Documentação

ASL-0294877/19

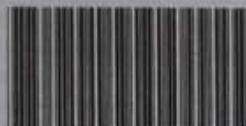
CLOVES CLAITO FERREIRA DE ARAUJO



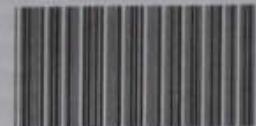
\*A029487719\*



\*B0000006000\*



\*C796045384\*



\*D603232212\*

## Documentos nessa remessa:

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

No caso de problemas na receção 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

|                              |  |
|------------------------------|--|
| CEP/CNPJ: 08.992.170/0001-30 | Endereço: R. MIGUEL COUTO, 185 - SALA 02 CENTRO, CAMPINA GRANDE, PB, 58400-273 |
| Telefone: (083) 3321-3910    | E-mail: SITE@ARIVLE.COM.BR   |
| 05252-1-10                   | 05252-1-10   |

Scanned by CamScanner





**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA

Rua Feliciano Cirino, 229 - Jardim João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

| PARA FONTO COM A CAGEPA<br>DINHEIRO ATÉ NÓMERO |  |
|--|--|
| MATRÍCULA                                      |  |
| 28957812                                       |  |

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

REFERÊNCIA  
JUN/2019

J. LOVES CLAUDIO F ARAUJO  
RUA DEP JANUARY CARNEIRO, 51 - CENTRO - PATOS PB  
08703-120

| INSCRIÇÃO  | SMI                | Quantidade de Economias     | Responsável                   |
|--|--------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 025.008-165.0709.000   | 000                | 0 0 0 0                     |                               |
| Hidrômetro   | Data de Instalação | Localização                 | Situação Água Situação Esgoto |
| 4424030265   | 14/01/2018         | EXT. LAR. 01-MAIN           | INTERNAIS                     |
| ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (m³)   NÚM. DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA |                    |                             |                               |
| 811  | 10                 | 29                          | 06/07/2019                    |
| HIST. CONS./ANOR. LEIT   QUALID. ÁGUA ANEXO 20 PORT. 05/2017 AN. |                    |                             |                               |
| MAR/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(m³)  | 10                 | DADOS REFERENTES A ABR/2019 |                               |

| DATA DA IMPRESSÃO: 07/06/2019    | HORA DA IMPRESSÃO: 09:37:11 |            |
|----------------------------------|-----------------------------|------------|
| DESCRICAÇÃO                      | CONSUMO                     | TOTAL(R\$) |
| AQUA                             |                             |            |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)         |                             |            |
| CONSUMO DE ÁGUA                  | 10 m³                       | 37,91      |
| ESGOTO                           |                             |            |
| ACRESCIMO(S) MÉS(E) ANO: 03/2019 |                             | 0,76       |
| JUROS DE MORA 03/2019            |                             | 0,14       |

|   |                |
|---|----------------|
| VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 R\$ 5,00 E COFINS: R\$ 12,741,12 | Total a Pagar: |
| ENCIMENTO: 21/06/2019   | R\$ 38,81      |

ARIVLF CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

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

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

82620000000 6 38810010075 8 0289578201 9 06201950003 2



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>  
 Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 43

Patos/PB, 21 de Janeiro de 2020.

À  
Seguradora Líder

Sinistro nº: 3190501262

---

#### REÁNALISE DE INDENIZAÇÃO

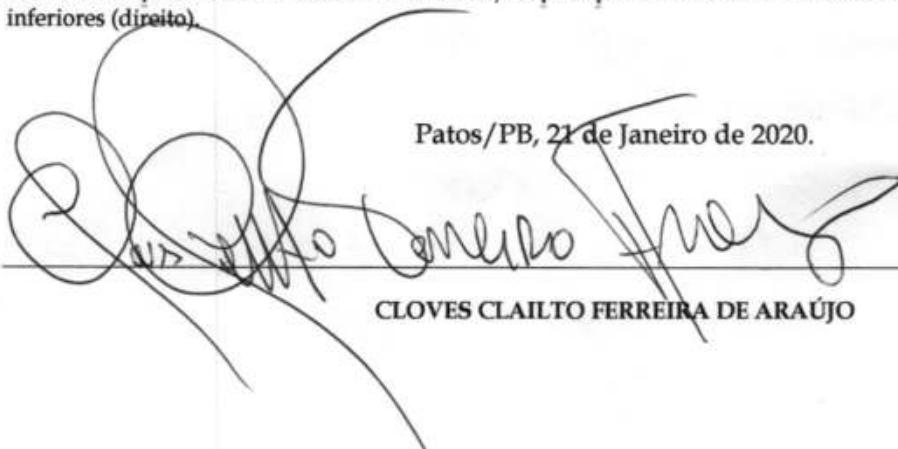
---

**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 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  
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

D/ 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 imobilização do membro e fisioterapia.

No momento, apresenta claudicação, dor após longos períodos em posição ortostática e edema anámetrico ( $A+B+$ )

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

Rua Peregrino Filho, 81  
Centro - Patos - PB

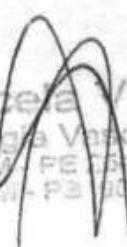
@medicmaispatospb

Scanned by CamScanner



de membro inferior direito, limitando  
seus atividades laborais.

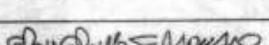
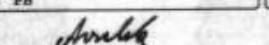
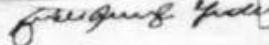
28/12/19.

  
Marcela Vieira  
Cirurgia Vascular  
CRM - PE 06130  
CRM - PB 01120

Scanned by CamScanner



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

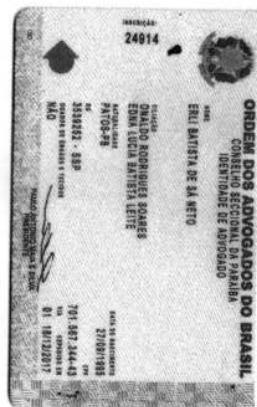
|   |                        |   |
|---|------------------------|---|
| NOME<br>CLOVES CLAITO FERREIRA DE ARAUJO  |                        | DOC. EMISSÃO / ORG. EMISSOR UF<br>14911 PM PB |
| CPF<br>839.798.594-87   |                        | DATA NASCIMENTO<br>09/12/1967                 |
| PRESO<br>ANTONIO RODRIGUES DE<br>ARAUJO<br>ROSALINA FERREIRA DE<br>ARAUJO   |                        | PERMISSÃO<br>ACC CATMA<br>AB                  |
| NP REGISTRO<br>03474082439  | VALIDADE<br>06/10/2021 | 1ª HABILITAÇÃO<br>18/11/1997                  |
| OBSERVAÇÕES<br>A.:  |                        |   |
| <br><br> |                        |   |
| LOCAL<br>PARAÍBA  |                        | DATA EMISSÃO<br>14/10/2016                    |
| FOLHADO PLASTIFICAR<br>1350697224   |                        | 75155564644<br>PB033331456                    |
| DETRAN PB (PARAIBA)   |                        |   |



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



RWNE CORRETORA  
28 AGO. 2019  
H.L. 0013521-5930





|  |                                    |                                  |              |
|--|------------------------------------|----------------------------------|--------------|
| PB Nº 011461559035   |                                    | BILHETE DE SEGURO DPVAT          |              |
| <p><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT<br/>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO<br/>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b></p> <p><b><a href="http://www.dpvatsegurodotransito.com.br">www.dpvatsegurodotransito.com.br</a></b></p> <p>***** SAC DPVAT 0800-022 1204</p> |                                    |                                  |              |
|  |                                    | EXERCÍCIO                        | DATA EMISSÃO |
|  |                                    | 2014                             | 15/05/2014   |
| VIA  | CPF / CNPJ                         | PLACA                            |              |
|  | 83979859487                        | NPY5118/PB                       |              |
| RENAVAM  | MARCA / MODELO                     |                                  |              |
| 00229358148  | HONDA/CG 150 FAN ESI               |                                  |              |
| ANO/FAB.   | ME                                 | NR CHASSI                        | 1            |
| 2010   | 9                                  | 9C2KC1550AR111148                |              |
| <b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>  |                                    |                                  |              |
| FNG (R\$)  | DENATRAN (R\$)                     | CUSTO DO SEGURO (R\$)            |              |
| *****  | *****                              | *****                            |              |
| CUSTO DO BILHETE (R\$)   | DE (R\$)                           | TOTAIS SERVICO PELO SEGURO (R\$) |              |
| *****  | SEGURO                             | PAGO                             |              |
| S  | PAGAMENTO                          | DATA PAGO                        |              |
| <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA  | <input type="checkbox"/> PARCELADO | 15/05/2014                       |              |
| <b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b>  |                                    |                                  |              |
| CNPJ 08.248.000/0001-04  |                                    |                                  |              |
| <a href="http://www.seguradoraslider.com.br">www.seguradoraslider.com.br</a>   |                                    |                                  |              |
| 15601-1517233-20140515   |                                    |                                  |              |

~~ARIVEL CORRETORA~~  
28 AGO. 2019  
TEL... (10) 3321-5930





**BATISTA & FELIX**  
ADVOCACIA

## 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 iudicia 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.

ALDO  
FÁVIER

**OUTORGANTE**

ARIVEL CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

Rua Roldão Meira, nº 38, Centro, Patos - PB, CEP 58700-440  
(83) 9.9802.1657/9.9831.1015





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010011026282890000033429846>  
Número do documento: 2010011026282890000033429846

Núm. 34976763 - Pág. 51

## 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](http://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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>  
Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 52

## 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](http://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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100110262828900000033429846>  
Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 53