



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	
CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO (AUTOR)		FERNANDA MORAIS DINIZ FELIX FREITAS (ADVOGADO) ERLI BATISTA DE SA NETO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34976 763	01/10/2020 10:26	2754100_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190501262 Vítima: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 21/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERLI BATISTA DE SA NETO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00503/00504 - carta_03 - INVALIDEZ

00060252



Carta nº 14845708





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

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190501262

Vítima: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 21/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERLI BATISTA DE SA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14937878





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

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190501262 Vítima: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 21/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERLI BATISTA DE SA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00243/00244 - carta_02 - INVALIDEZ

00070122



Carta nº 15076079





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

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190501262

Vítima: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 21/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERLI BATISTA DE SA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

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

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

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

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

Recebedor: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000001563-6

Conta: 0000024440-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190501262

Vítima: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 21/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERLI BATISTA DE SA NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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



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

Rio de Janeiro, 29 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190501262

Vítima: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 21/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ERLI BATISTA DE SA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

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

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

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

Graduação: Em grau residual 23.3%

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

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

Recebedor: **CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO**

Valor: **R\$ 2.201,85**

Banco: **237**

Agência: **000001563-6**

Conta: **0000024440-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco Bradesco
AGÊNCIA: 1563 6 CONTA: 0024440 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

ARIVLE CORRETORA

Assinatura da testemunha 28 ABO. 2019

39 - 2ª Nome:

CPF:

TEL.: (83) 3321-5930

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EDC 001 V002/2019



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA PATELA DIREITA

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

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

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

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

- IV. Nexo de 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

FALTA DE DOCUMENTAÇÃO EM RELAÇÃO A VASCULOPATIA PERIFÉRICA PÓS-TRAUMÁTICA

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

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Tiago Martins Formiga

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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA PATELA DIREITA

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

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

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

AO EXAME DO JOELHO DIREITO: APRESENTA DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME EM FACE ANTERIOR DO JOELHO (3+/4+), DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO INFRA PATELAR, AUMENTO DE VOLUME IMPORTANTE EM REGIÃO DO TENDÃO PATELAR, EDEMA GENERALIZADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO (2+/4+) COM SINAL DO CACIFE POSITIVO EM REGIÃO DA TÍBIA DISTAL ESTENDENDO-SE ATÉ REGIÃO DO PÉ, MÚLTIPLAS CICATRIZES EM REGIÃO ANTERIOR E MEDIAL DA PERNA, DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA COM NECESSIDADE DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO, AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA, FAZ USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DAS DORES, ALTERAÇÃO VASCULAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO DENOTANDO VASCULOPATIA PERIFÉRICA IMPORTANTE, 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 MÉDICA CIRURGIÁ VASCULAR.

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

☒ Sim ☐ Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais 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

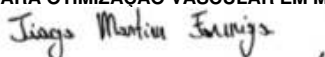
☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

- 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



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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01961.01.2019.3.00.401

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

Dados do(s) Fatos:

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

Objeto(s) Envolvido(s):

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

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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

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


HERMANDO BARBOSA RODRIGUES
Agente de Investigação

Patos/PB, 13 de agosto de 2019.

CLÓVIS CLAÍLTON FERREIRA DE ARAÚJO
Noticiante

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

Procedimento Policial: 01961.01.2019.3.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

839.798.594-87

4 - Nome completo da vítima:

Cloves Clailto de Araújo

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

5 - Nome completo:

Cloves Clailto de Araújo

6 - CPF:

839.798.594-87

7 - Profissão:

Policial Militar

8 - Endereço:

Rua Deputado Janduy Carneiro

9 - Número:

51

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Patos

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58703120

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(83) 998311015

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Bradesco

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1563

6

CONTA: 0024440

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

ARIVLE CORRETORA

Assinatura da testemunha

28 AGO. 2019

39 - 2ª | Nome:

CPF:

TEL.: (83) 3321-5930

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

/002/2019



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 CIRURGIA VASCULAR.

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

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

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/02/2020

Conduta mantida: Não

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

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA

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

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/11/2019

Conduta mantida:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 011/2019

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

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

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

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

VITIMAS FATAIS: NÃO 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.

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

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


Danilo Brasileiro Ramos Galvão – MAJ QOBM
Comandante



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01563-6

CONTA: 000000024440-6

Nr. Autenticação

BRADESCO2711201905000000000023701563000000024440253125 PAGO



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.201,85

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01563-6

CONTA: 000000024440-6

Nr. Autenticação

BRADESCO2702202005000000000023701563000000024440220185 PAGO



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

78957822

REFERÊNCIA

JUN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

CLOVES CLAUDIO F ARAUJO

RUA DEP JANDUY CARNEIRO, 51 - CENTRO * PATOS PB

58703-120

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
075.008.165.0709.000.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V12N030365	14/01/2013	ENTRADA DE LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (H3)	NÚM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
811	10	29	06/07/2019			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
MAI/2019	10	4	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
ABR/2019	10	4	TURBIDEZ	45	49	49
MAR/2019	10	4	CLORO	91	92	92
FEV/2019	10	4	COL. TERHOT	0	0	0
JAN/2019	10	4	COR	45	49	49
DEZ/2018	10	4	COL. TOTAIS	91	92	92
MEDIA(M)	10		DADOS REFERENTES A ABR/2019			

DATA DA IMPRESSÃO: 07/06/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:37:11

DESCRIÇÃO

CONSUMO

TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 H3

37,91

ESGOTO

ACRESCIMOS MES(ES) ANT. 03/2019

0,76

JUROS DE MORA 03/2019

0,14

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS-R\$ 3,51 DTS E CONTINUA LET 12.743/12

VENCIMENTO:

21/06/2019

Total a Pagar:

R\$ 38,81



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA

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

ANORMALIDADE: HIDRÔMETRO ENBACADO

INFORMAÇÕES GERAIS:

#CHEGADA DE TRABALHO INFANTIL



MATRÍCULA

REFERÊNCIA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

78957822

JUN/2019

21/06/2019

R\$ 38,81

82620000000 6 38810010075 8 02895782201 9 06201950003 2



ARIVLE CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL.: (83) 3321-5930



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

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
Medidor. 00308405483

ENERGISA PARA
Br230, Km 25 - Cristo Red
CNPJ 090

Nota Fiscal/
C6

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

Conta referente a

Ago / 2019

Apresentação

03/08/2019

Data prevista d
próxima leitura

04/09/2019

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

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

ARIVE CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL. (83) 3321-5930

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





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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF³.

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

Pelo exposto, eu ERLI BATISTA DE SA NETO

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

CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 839.738.534 / 87

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

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 839.738.534 / 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 MISABEL DE SOUZA</u>	Número: <u>1271</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>JARDIM GUARABARA</u>	Cidade: <u>PATOS</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>ERLI.BATISTA.BEF@GMAIL.COM</u>	CEP: <u>58.701-310</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 998311015</u>

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

Erli Batista de Sa Neto

Assinatura do Declarante

ARQUIVADO POR RETORNA

28 AGO. 2019

TEL.: (63) 3321-5930

DLDR.L001 V001/2017





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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu ERLI BATISTA DE SA NETO

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura INVALEZ da Vítima CLOVES CLAILTO FORMOSA DE ARAUJO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 839.798.594 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA ROLDÃO MEIRA</u>	Número: <u>38</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>PATOS</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>ERLI.BATISTA.BEFO@gmail.com</u>	CEP: <u>58700-440</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 99831-1015</u>

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

Erli Batista de Sa Neto

Assinatura do Declarante

ARVILE CORRETORA

30 SET. 2019

TEL.: (83) 3321-5930

DLDR.L001 V001/2017



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

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

CLASSIF. RISCO VERDE
ORIGEM VIA PUBLICA
PACIENTE CLOVIS CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO
NOME SOCIAL
FILIAÇÃO I ROSALINA FERREIRA DE ARAUJO
NASCIMENTO 09/12/1967 FILIAÇÃO II ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO
PROFISSÃO MILITAR IDADE 51a 5m COR PARDO GÊNERO M
ENDERECO RUA DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO nº51 BAIRRO LIBERDADE
CIDADE PATOS U.F. PB CEP 58703120
TELEFONE CELULAR 83996081671
CNS R.G. 1193465 CPF 839.798.594-87 REG. NASC.
ESTADO CIVIL CASADO

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

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PA= X mmHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

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

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA.

DIAGNÓSTICO Politrauma.

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

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

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAÇÃO PELO SISTEMA TNM

0301060061 0408050250

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

C. Geral

OTF



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

2605473	CNPJ 08.778.268.0023/76	
HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO		
RUA HORACIO NOBREGA, S/N		
PATOS	UF PB	
RIF. RISCO		
EM	BRANCO	
ENTE	PRÓPRIA RESIDENCIA	
SOCIAL	CLOVIS CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO	
AÇÃO I	Rosalina FERREIRA DE ARAUJO	FILIAÇÃO II
INENTO	09/12/1967	IDADE
ISSÃO	MILITAR	51a Sm
RECO	RUA DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO	Bairro
DE	PATOS	LIBERDADE
IFONE	707403023066076	CEP
	P.G. 1193465	83996081671
ADO CIVIL	CASADO	REG. NASC.
LA	46945	PRONTUÁRIO
IVO	RETORNO - ORTOPEDIA	24726
A	03/06/2019 Horário: 14:08	OPERADOR
ATER	01 - ELETIVA	OALVES
IVÊNIO	SUS AMBULATORIO	TIPO DE SERVIÇO
NSPORTE	VEICULO PROPRIO	URGENCIA E EMERGENCI
ICO	FERNANDO TADEU VIEIRA DUCA JUNIOR	
3. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL		
SO= _____ PA= _____ X _____		
AMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)		
Coluna 1: 10 dias		
Coluna 2: 10 dias		
Coluna 3: 10 dias		
Coluna 4: 10 dias		
Coluna 5: 10 dias		
Coluna 6: 10 dias		
Coluna 7: 10 dias		
Coluna 8: 10 dias		
Coluna 9: 10 dias		
Coluna 10: 10 dias		
Coluna 11: 10 dias		
Coluna 12: 10 dias		
Coluna 13: 10 dias		
Coluna 14: 10 dias		
Coluna 15: 10 dias		
Coluna 16: 10 dias		
Coluna 17: 10 dias		
Coluna 18: 10 dias		
Coluna 19: 10 dias		
Coluna 20: 10 dias		
Coluna 21: 10 dias		
Coluna 22: 10 dias		
Coluna 23: 10 dias		
Coluna 24: 10 dias		
Coluna 25: 10 dias		
Coluna 26: 10 dias		
Coluna 27: 10 dias		
Coluna 28: 10 dias		
Coluna 29: 10 dias		
Coluna 30: 10 dias		
Coluna 31: 10 dias		
Coluna 32: 10 dias		
Coluna 33: 10 dias		
Coluna 34: 10 dias		
Coluna 35: 10 dias		
Coluna 36: 10 dias		
Coluna 37: 10 dias		
Coluna 38: 10 dias		
Coluna 39: 10 dias		
Coluna 40: 10 dias		
Coluna 41: 10 dias		
Coluna 42: 10 dias		
Coluna 43: 10 dias		
Coluna 44: 10 dias		
Coluna 45: 10 dias		
Coluna 46: 10 dias		
Coluna 47: 10 dias		
Coluna 48: 10 dias		
Coluna 49: 10 dias		
Coluna 50: 10 dias		
Coluna 51: 10 dias		
Coluna 52: 10 dias		
Coluna 53: 10 dias		
Coluna 54: 10 dias		
Coluna 55: 10 dias		
Coluna 56: 10 dias		
Coluna 57: 10 dias		
Coluna 58: 10 dias		
Coluna 59: 10 dias		
Coluna 60: 10 dias		
Coluna 61: 10 dias		
Coluna 62: 10 dias		
Coluna 63: 10 dias		
Coluna 64: 10 dias		
Coluna 65: 10 dias		
Coluna 66: 10 dias		
Coluna 67: 10 dias		
Coluna 68: 10 dias		
Coluna 69: 10 dias		
Coluna 70: 10 dias		
Coluna 71: 10 dias		
Coluna 72: 10 dias		
Coluna 73: 10 dias		
Coluna 74: 10 dias		
Coluna 75: 10 dias		
Coluna 76: 10 dias		
Coluna 77: 10 dias		
Coluna 78: 10 dias		
Coluna 79: 10 dias		
Coluna 80: 10 dias		
Coluna 81: 10 dias		
Coluna 82: 10 dias		
Coluna 83: 10 dias		
Coluna 84: 10 dias		
Coluna 85: 10 dias		
Coluna 86: 10 dias		
Coluna 87: 10 dias		
Coluna 88: 10 dias		
Coluna 89: 10 dias		
Coluna 90: 10 dias		
Coluna 91: 10 dias		
Coluna 92: 10 dias		
Coluna 93: 10 dias		
Coluna 94: 10 dias		
Coluna 95: 10 dias		
Coluna 96: 10 dias		
Coluna 97: 10 dias		
Coluna 98: 10 dias		
Coluna 99: 10 dias		
Coluna 100: 10 dias		
Coluna 101: 10 dias		
Coluna 102: 10 dias		
Coluna 103: 10 dias		
Coluna 104: 10 dias		
Coluna 105: 10 dias		
Coluna 106: 10 dias		
Coluna 107: 10 dias		
Coluna 108: 10 dias		
Coluna 109: 10 dias		
Coluna 110: 10 dias		
Coluna 111: 10 dias		
Coluna 112: 10 dias		
Coluna 113: 10 dias		
Coluna 114: 10 dias		
Coluna 115: 10 dias		
Coluna 116: 10 dias		
Coluna 117: 10 dias		
Coluna 118: 10 dias		
Coluna 119: 10 dias		
Coluna 120: 10 dias		
Coluna 121: 10 dias		
Coluna 122: 10 dias		
Coluna 123: 10 dias		
Coluna 124: 10 dias		
Coluna 125: 10 dias		
Coluna 126: 10 dias		
Coluna 127: 10 dias		
Coluna 128: 10 dias		
Coluna 129: 10 dias		
Coluna 130: 10 dias		
Coluna 131: 10 dias		
Coluna 132: 10 dias		
Coluna 133: 10 dias		
Coluna 134: 10 dias		
Coluna 135: 10 dias		
Coluna 136: 10 dias		
Coluna 137: 10 dias		
Coluna 138: 10 dias		
Coluna 139: 10 dias		
Coluna 140: 10 dias		
Coluna 141: 10 dias		
Coluna 142: 10 dias		
Coluna 143: 10 dias		
Coluna 144: 10 dias		
Coluna 145: 10 dias		
Coluna 146: 10 dias		
Coluna 147: 10 dias		
Coluna 148: 10 dias		
Coluna 149: 10 dias		
Coluna 150: 10 dias		
Coluna 151: 10 dias		
Coluna 152: 10 dias		
Coluna 153: 10 dias		
Coluna 154: 10 dias		
Coluna 155: 10 dias		
Coluna 156: 10 dias		
Coluna 157: 10 dias		
Coluna 158: 10 dias		
Coluna 159: 10 dias		
Coluna 160: 10 dias		
Coluna 161: 10 dias		
Coluna 162: 10 dias		
Coluna 163: 10 dias		
Coluna 164: 10 dias		
Coluna 165: 10 dias		
Coluna 166: 10 dias		
Coluna 167: 10 dias		
Coluna 168: 10 dias		
Coluna 169: 10 dias		
Coluna 170: 10 dias		
Coluna 171: 10 dias		
Coluna 172: 10 dias		
Coluna 173: 10 dias		
Coluna 174: 10 dias		
Coluna 175: 10 dias		
Coluna 176: 10 dias		
Coluna 177: 10 dias		
Coluna 178: 10 dias		
Coluna 179: 10 dias		
Coluna 180: 10 dias		
Coluna 181: 10 dias		
Coluna 182: 10 dias		
Coluna 183: 10 dias		
Coluna 184: 10 dias		
Coluna 185: 10 dias		
Coluna 186: 10 dias		
Coluna 187: 10 dias		
Coluna 188: 10 dias		
Coluna 189: 10 dias		
Coluna 190: 10 dias		
Coluna 191: 10 dias		
Coluna 192: 10 dias		
Coluna 193: 10 dias		
Coluna 194: 10 dias		
Coluna 195: 10 dias		
Coluna 196: 10 dias		
Coluna 197: 10 dias		
Coluna 198: 10 dias		
Coluna 199: 10 dias		
Coluna 200: 10 dias		
Coluna 201: 10 dias		
Coluna 202: 10 dias		
Coluna 203: 10 dias		
Coluna 204: 10 dias		
Coluna 205: 10 dias		
Coluna 206: 10 dias		
Coluna 207: 10 dias		
Coluna 208: 10 dias		
Coluna 209: 10 dias		
Coluna 210: 10 dias		
Coluna 211: 10 dias		
Coluna 212: 10 dias		
Coluna 213: 10 dias		
Coluna 214: 10 dias		
Coluna 215: 10 dias		
Coluna 216: 10 dias		
Coluna 217: 10 dias		
Coluna 218: 10 dias		
Coluna 219: 10 dias		
Coluna 220: 10 dias		
Coluna 221: 10 dias		
Coluna 222: 10 dias		
Coluna 223: 10 dias		
Coluna 224: 10 dias		
Coluna 225: 10 dias		
Coluna 226: 10 dias		
Coluna 227: 10 dias		
Coluna 228: 10 dias		
Coluna 229: 10 dias		
Coluna 230: 10 dias		
Coluna 231: 10 dias		
Coluna 232: 10 dias		
Coluna 233: 10 dias		
Coluna 234: 10 dias		
Coluna 235: 10 dias		
Coluna 236: 10 dias		
Coluna 237: 10 dias		
Coluna 238: 10 dias		
Coluna 239: 10 dias		
Coluna 240: 10 dias		
Coluna 241: 10 dias		
Coluna 242: 10 dias		
Coluna 243: 10 dias		
Coluna 244: 10 dias		
Coluna 245: 10 dias		
Coluna 246: 10 dias		
Coluna 247: 10 dias		
Coluna 248: 10 dias		
Coluna 249: 10 dias		
Coluna 250: 10 dias		
Coluna 251: 10 dias		
Coluna 252: 10 dias		
Coluna 253: 10 dias		
Coluna 254: 10 dias		
Coluna 255: 10 dias		
Coluna 256: 10 dias		
Coluna 257: 10 dias		
Coluna 258: 10 dias		
Coluna 259: 10 dias		
Coluna 260: 10 dias		
Coluna 261: 10 dias		
Coluna 262: 10 dias		
Coluna 263: 10 dias		
Coluna 264: 10 dias		
Coluna 265: 10 dias		
Coluna 266: 10 dias		
Coluna 267: 10 dias		
Coluna 268: 10 dias		
Coluna 269: 10 dias		
Coluna 270: 10 dias		
Coluna 271: 10 dias		
Coluna 272: 10 dias		
Coluna 273: 10 dias		
Coluna 274: 10 dias		
Coluna 275: 10 dias		
Coluna 276: 10 dias		
Coluna 277: 10 dias		
Coluna 278: 10 dias		
Coluna 279: 10 dias		
Coluna 280: 10 dias		
Coluna 281: 10 dias		
Coluna 282: 10 dias		
Coluna 283: 10 dias		
Coluna 284: 10 dias		
Coluna 285: 10 dias		
Coluna 286: 10 dias		
Coluna 287: 10 dias		
Coluna 288: 10 dias		
Coluna 289: 10 dias		
Coluna 290: 10 dias		
Coluna 291: 10 dias		
Coluna 292: 10 dias		
Coluna 293: 10 dias		
Coluna 294: 10 dias		
Coluna 295: 10 dias		
Coluna 296: 10 dias		
Coluna 297: 10 dias		
Coluna 298: 10 dias		
Coluna 299: 10 dias		
Coluna 300: 10 dias		
Coluna 301: 10 dias		
Coluna 302: 10 dias		
Coluna 303: 10 dias		
Coluna 304: 10 dias		
Coluna 305: 10 dias		
Coluna 306: 10 dias		
Coluna 307: 10 dias		
Coluna 308: 10 dias		
Coluna 309: 10 dias		
Coluna 310: 10 dias		
Coluna 311: 10 dias		
Coluna 312: 10 dias		
Coluna 313: 10 dias		
Coluna 314: 10 dias		
Coluna 315: 10 dias		
Coluna 316: 10 dias		
Coluna 317: 10 dias		
Coluna 318: 10 dias		
Coluna 319: 10 dias		
Coluna 320: 10 dias		
Coluna 321: 10 dias		
Coluna 322: 10 dias		
Coluna 323: 10 dias		
Coluna 324: 10 dias		
Coluna 325: 10 dias		
Coluna 326: 10 dias		
Coluna 327: 10 dias		
Coluna 328: 10 dias		
Coluna 329: 10 dias		
Coluna 330: 10 dias		
Coluna 331: 10 dias		
Coluna 332: 10 dias		
Coluna 333: 10 dias		
Coluna 334: 10 dias		
Coluna 335: 10 dias		
Coluna 336: 10 dias		
Coluna 337: 10 dias		
Coluna 338: 10 dias		
Coluna 339: 10 dias		
Coluna 340: 10 dias		
Coluna 341: 10 dias		
Coluna 342: 10 dias		
Coluna 343: 10 dias		
Coluna 344: 10 dias		
Coluna 345: 10 dias		
Coluna 346: 10 dias		
Coluna 347: 10 dias		
Coluna 348: 10 dias		
Coluna 349: 10 dias		
Coluna 350: 10 dias		
Coluna 351: 10 dias		
Coluna 352: 10 dias		
Coluna 353: 10 dias		
Coluna 354: 10 dias		
Coluna 355: 10 dias		
Coluna 356: 10 dias		
Coluna 357: 10 dias		
Coluna 358: 10 dias		
Coluna 359: 10 dias		
Coluna 360: 10 dias		
Coluna 361: 10 dias		
Coluna 362: 10 dias		
Coluna 363: 10 dias		
Coluna 364: 10 dias		
Coluna 365: 10 dias		
Coluna 366: 10 dias		
Coluna 367: 10 dias		
Coluna 368: 10 dias		
Coluna 369: 10 dias		
Coluna 370: 10 dias		
Coluna 371: 10 dias		
Coluna 372: 10 dias		
Coluna 373: 10 dias		
Coluna 374: 10 dias		
Coluna 375: 10 dias		
Coluna 376: 10 dias		
Coluna 377: 10 dias		
Coluna 378: 10 dias		
Coluna 379: 10 dias		
Coluna 380: 10 dias		
Coluna 381: 10 dias		
Coluna 382: 10 dias		
Coluna 383: 10 dias		
Coluna 384: 10 dias		
Coluna 385: 10 dias		
Coluna 386: 10 dias		
Coluna 387: 10 dias		
Coluna 388: 10 dias		
Coluna 389: 10 dias		
Coluna 390: 10 dias		
Coluna 391: 10 dias		
Coluna 392: 10 dias		
Coluna 393: 10 dias		
Coluna 394: 10 dias		
Coluna 395: 10 dias		
Coluna 396: 10 dias		
Coluna 397: 10 dias		
Coluna 398: 10 dias		
Coluna 399: 10 dias		
Coluna 400: 10 dias		
Coluna 401: 10 dias		
Coluna 402: 10 dias		
Coluna 403: 10 dias		
Coluna 404: 10 dias		
Coluna 405: 10 dias		
Coluna 406: 10 dias		
Coluna 407: 10 dias		
Coluna 408: 10 dias		
Coluna 409: 10 dias		
Coluna 410: 10 dias		
Coluna 411: 10 dias		
Coluna 412: 10 dias		
Coluna 413: 10 dias		
Coluna 414: 10 dias		
Coluna 415: 10 dias		
Coluna 416: 10 dias		

ORTOPEDIA



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

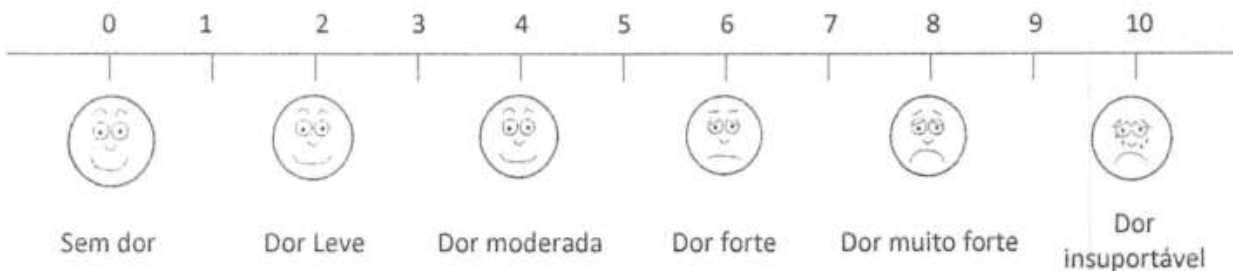


ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data: 21/05/19 Hora: 07h51 Gênero: ☒ M ☐ F Idade: 51
 Nome/Nome Social: Thaís Eloísa Faria de Araújo
 Origem*: Via pública Regulado? ☐ Sim ☒ Não
 Encaminhado? ☐ Sim ☒ Não
 Cidade: Patos Transporte: Copa de Bombeiros
 Queixa principal/História atual de doença/início dos sintomas: doença na mão

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

Escala de Dor



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

Especialidade Médica: Ortopedia

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

*Consultar tabela para preencher

Rafaelle de Almeida Lopes
COREN PB 53.553 ENF

Enfermeiro/Carimbo



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

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

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

MÉDICO/CRM _____

[illegible]

DATA	HORA
------	------

210519

HORA

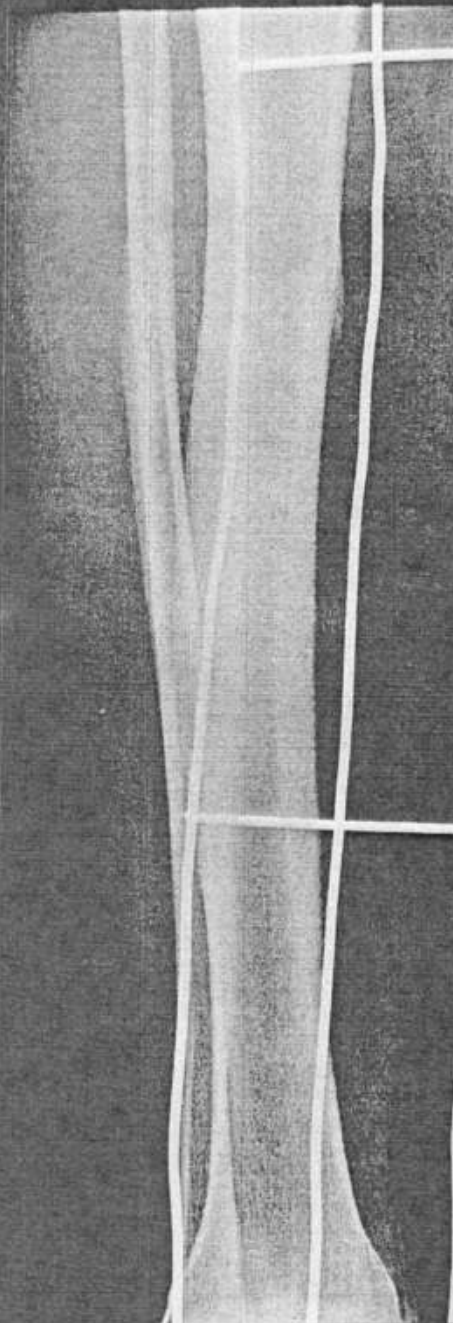
10:AD

1. ^{2. Ordnung} $\text{ret} = \text{ret} \cup \text{ret} \cup \text{ret}$
 2. $\text{ret} = \text{ret} \cup \text{ret} \cup \text{ret}$
 3. $\text{ret} = \text{ret} \cup \text{ret} \cup \text{ret}$
 4. $\text{ret} = \text{ret} \cup \text{ret} \cup \text{ret}$

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







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

Id. Pac.: PAC24726

21/05/2019 08:39:16

63,7 %



D

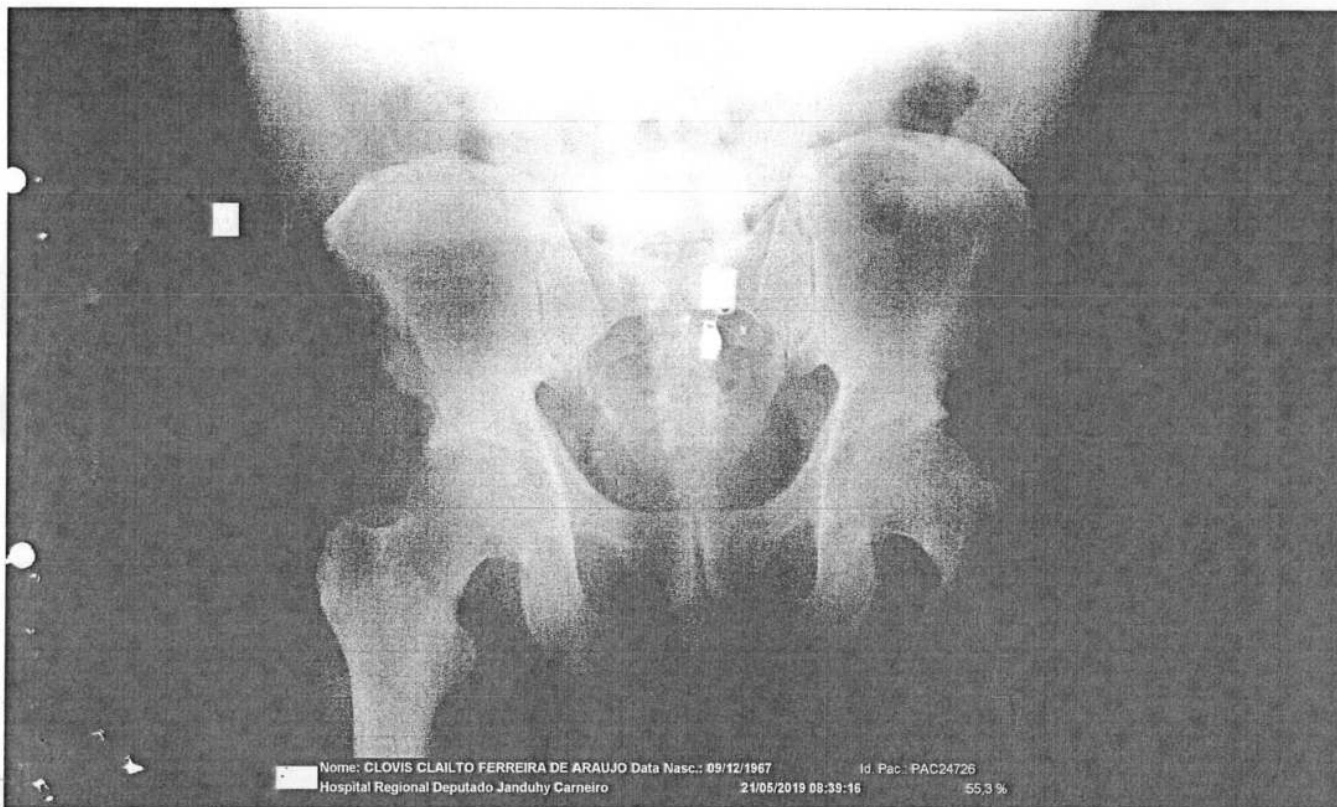
74.4%

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

71.9%

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





Nome: CLOVIS CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO Data Nasc.: 09/12/1967 Id Pac: PAC24726
Hospital Regional Deputado Janduy Carneiro 21/05/2019 08:39:16 55,3 %





Dr. Stênio Guy Wanderley de Araújo

ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA E REUMATOLOGIA

LAUDO ORTOPÉDICO:

Atendi CLOVIS CAILTO FERREIRA DE
ARAÚJO, vítima de acidente com moto,
ocorrido em 21.05.19, quando apresentava
se com POLITRAUMATISMO e trauma violento

na perna e pé direito (PATERNA) direita.

Fiz tratamento com imobilização do
local mais afetado (pé direito) devido
a uma subluxação da patela e

potencialmente fisioterapia; nota-se

claudicação deambulatória, contratura
na musculatura, transtornos ligamentares e
dores, limitando até hoje suas ati-
vidades funcionais. Solicito rea-
valiação. Período.

ed₅: 583.0 + 583.4 + 11245

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

15.10.19

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

Rua Bossuet Wanderley, 433
Centro - Patos-PB.

Scanned by CamScanner



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

NOME
CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
14911 PM PB

CPF
839.798.594-87 DATA NASCIMENTO
09/12/1967

FILIAÇÃO
ANTONIO RODRIGUES DE
ARAUJO
ROSALINA FERREIRA DE
ARAUJO

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03474082439

VALIDADE
06/10/2021

1ª HABILITAÇÃO
18/11/1997

OBSERVAÇÕES

A ;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PATOS, PB

DATA EMISSÃO
14/10/2016

Antonio Vieira da Silva
ASSINATURA DO EMISSOR

75155564644
PB033331456

DETRAN PB (PARAÍBA)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1350697224

RODIDO PLASTIFICAR
350697224

Scanned by CamScanner



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPJ 08.778.268/0023/78
CNS 2405473
NOME HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA HORACIO NOBREGA, S/N
CIDADE PATOS UF PB

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

FILIAÇÃO II ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO
IDADE 51a 5m COR PARDO GÊNERO M

Bairro LIBERDADE
CEP 58703120
CELULAR 83996081671
CPF 839.798.594-87 REG. NASC.

PRONTUÁRIO 24726

F.A.A. 44801
MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO MOTO CICLETA
DATA 21/05/2019 Horário: 01:52
CARATER 02 - URGENCIA
CONVÊNIO SUS AMBULATORIO
TRANSPORTE CORPO DE BOMBEIROS
MÉDICO PAULO C. NUNES

OPERADOR EGOMES
TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCIA

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PA= X mmHg TEMPA=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente com história de acidente de moto há ± 30 dias,
queixando-se de dor com MTD. Noço de máo, torção
ecefalica.

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

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOFEDIA.

DIAGNÓSTICO Politrauma.

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

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

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAAMENTO PELO SISTEMA TMS

0321060061 0408050250

C. Geral

OutP

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



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPJ 08.778.268-0023/76

ENDEREÇO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS - PB

RAÇA
BRANCO
PROPRIA RESIDENCIA
CLOVIS CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

SOCIAL
Rosalina FERREIRA DE ARAUJO
09/12/1967
MILITAR
RUA DEPUTADO TANDUY CARNEIRO
PATOS - PB

CPF 207403023060076 RG 1193465
CASADO

FILIAÇÃO II
IDADE
ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO
51a 5m COR PARDO GÊNERO M
BAIRRO
LIBERDADE
CEP 58703120
CELULAR 83996001673
CPF 839.798.594-87

PRONTUÁRIO 24726

LA 46945
IVG RETORNO - ORTOPEDIA
A 03/06/2019 Horário: 14:00
ATER 01 - ELETIVA
NVENTO SUS AMBULATORIO
ASPORTE VEICULO PROPRIO
RICO FERNANDO TADEU VILHENA JUCA JUNIOR

OPERADOR OALVES
TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCIA

1. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

SO= PA= X

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMARIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

OLICITAÇÃO DE PARECER

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MEDICO/CRM/CHS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

02010100+2

DR FERNANDO JUCA
CRM-PB 5327 CRM-PE 1223
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA



10 OUTO DE 2019

GOVERNO
DA PIAUÍ

SECRETARIA DE
SAÚDE



ATENÇÃO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data: 21/05/19 Hora: 07h51 Gênero: ☒ M ☐ F Idade: 51
 Nome/Nome Social: Thales Roberto Ferreira da Rocha
 Origem*: Via pública Regulado? ☐ Sim ☒ Não
 Encaminhado? ☐ Sim ☒ Não
 Cidade: Picos Transporte: Carro particular
 Queixa principal/História atual de doença/início dos sintomas: doença de Alzheimer

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

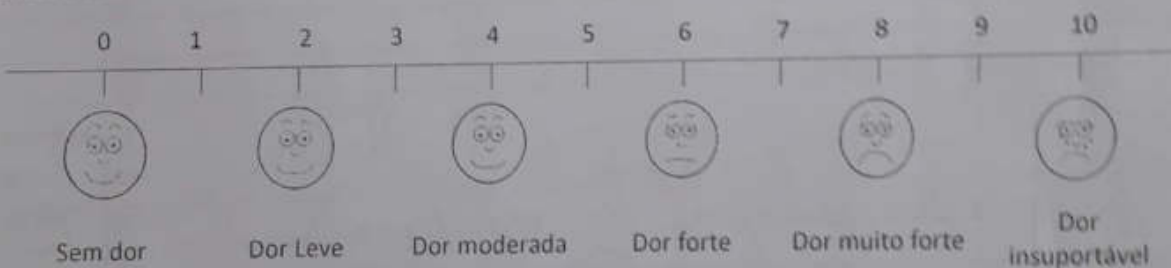
Alergia? ☒ Não ☐ Sim houve reação

Uso de medicação? ☒ Não ☐ Sim houve reação

Doença prévia? ☒ Não ☐ Sim houve reação

Temp. 36.5 °C Pulso 72 bpm Resp. 18 irpm SpO₂ 98 % PA 120/80 mmHg HGT 180 mg/Dl

Escala de Dor



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

Especialidade Médica: Cardiologia

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

*Consultar tabela para preencher

Rafaelle da Almeida Lopes
COREN/PI 553 ENF

Enfermeiro/Carimbo

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. 34

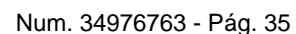
() 01-ELETIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

() TRANSFERÊNCIA _____

EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

[illegible]

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



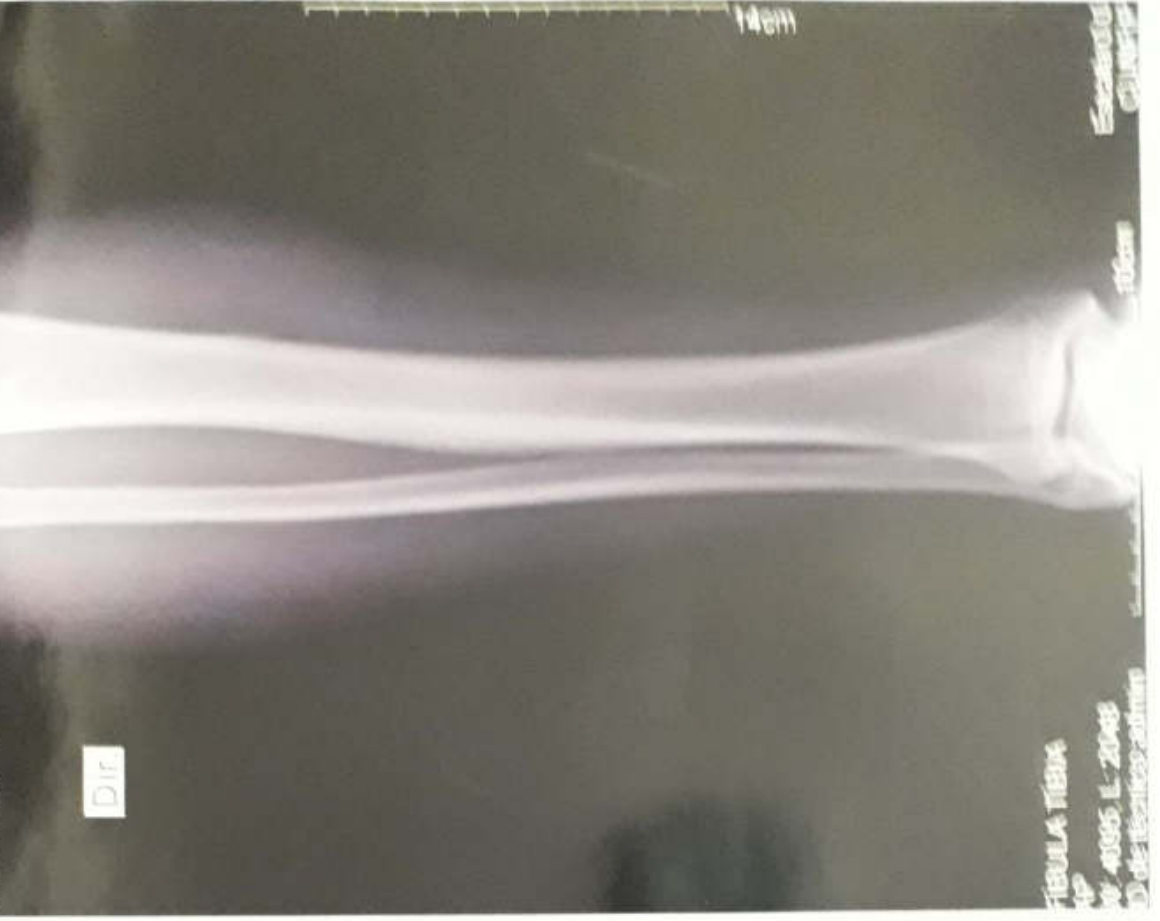


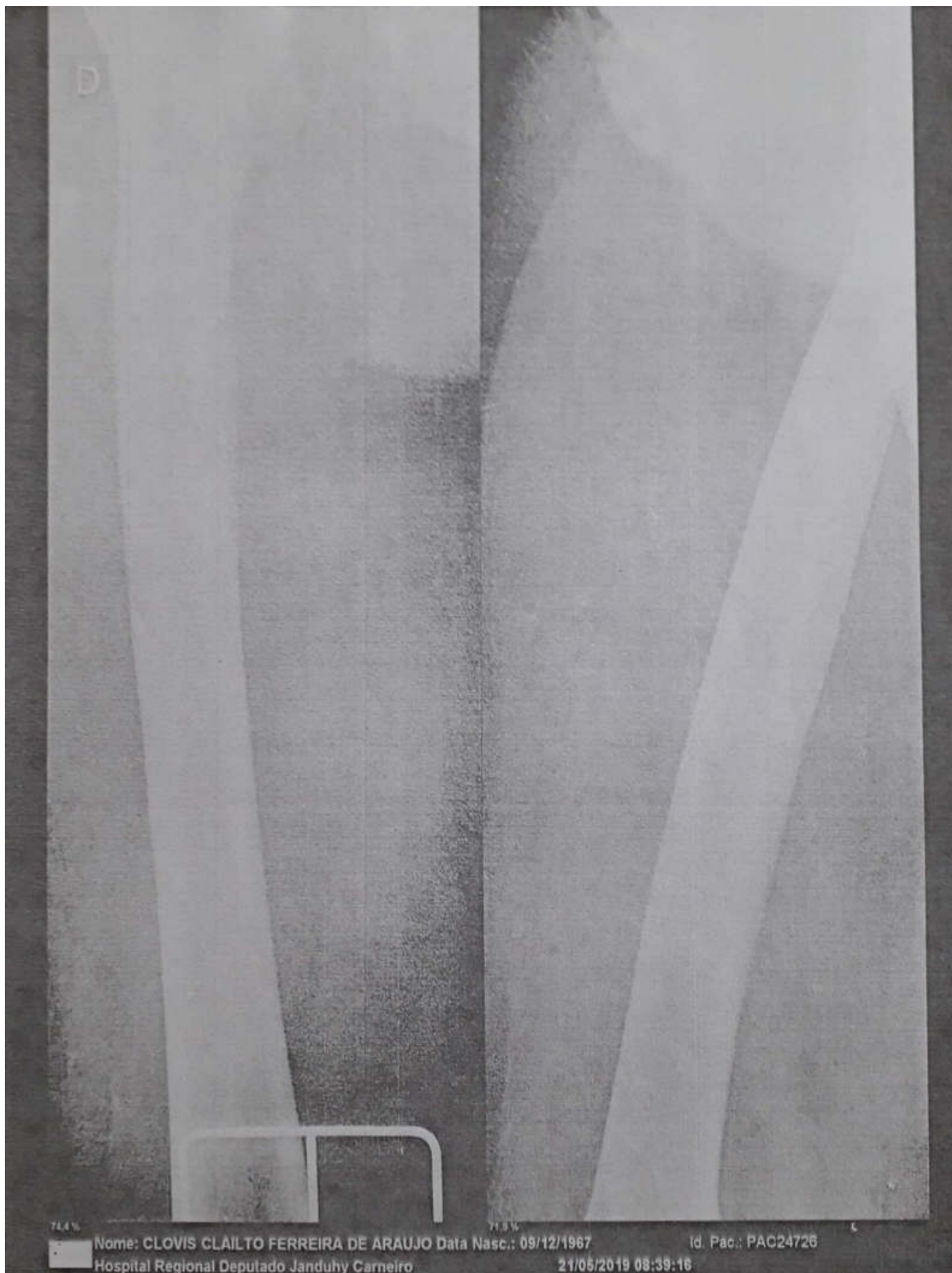
Scanned by CamScanner



CLOVES CLAILTON FERREIRA DE ARAÚJO
Sex: Masc.
Data de aquisição: 16/07/2019
Hora de aquisição: 11:10:40
Índice de exp.: 2556
ID: PAT000135

CLOVES CLAILTON FERREIRA DE ARAÚJO
Sex: Masc.
Data de aquisição: 16/07/2019
Hora de aquisição: 11:08:07
Índice de exp.: 2545
ID: PAT000135





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

Id. Pac.: PAC24726

Hospital Regional Deputado Janduihy Carneiro

21/05/2019 08:39:16

Scanned by CamScanner

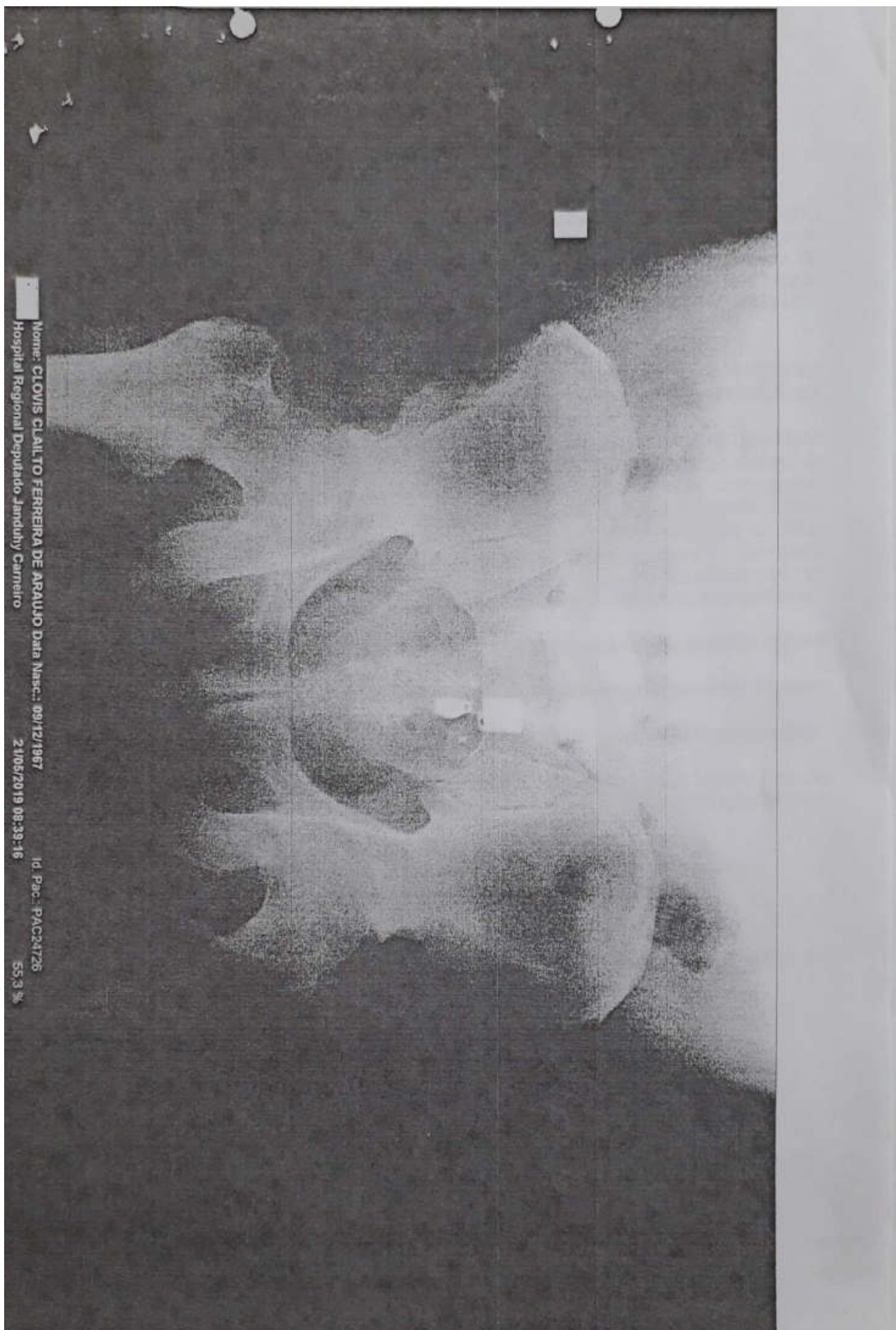


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 10:26:28

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

Número do documento: 20100110262828900000033429846

Num. 34976763 - Pág. 38



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

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

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

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 algico no quadril e membro inferior direito, além de apresentar escoriações no braço direito, que após procedimentos de praxe a vítima foi estabilizada e imobilizada sendo transportada para o Complexo Hospitalar Regional de Patos, onde ficou aos cuidados da equipe médica de plantão. #####

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

VITIMAS FATAIS: NÃO HOUE. #####

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

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

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


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

ARIVLE CORRETORA

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**GOVERNO
DA PARAIBA**

Rua Francisco Marcelino de Moraes, s/nº, Belo Horizonte, Patos/PB. CEP 58704-272 Telefons: (83) 34232761 (Central) – 34232280 (Gab. Cml/B-1) – 34232562 (CAT) – E-mail: 4bbm.cbmpb@gmail.com (4º BBM) – cal4cbmpb@gmail.com (CAT)





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01961.01.2019.3.00.401

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

Dados do(s) Fatos:

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


Objeto(s) Envolvido(s):

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

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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

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


HERMANDO BARBOSA RODRIGUES
Agente de Investigação

Patos/PB, 13 de agosto de 2019.

CLÓVIS CLAILTON FERREIRA DE ARAÚJO
Noticiante

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

Procedimento Policial: 01961.01.2019.3.00.401



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



A029487719



B0000006000



C796045384



D803232212

Documentos nessa remessa:

- Autorização de pagamento ✓
- Comprovante de residência ✓

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

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

2/3

Endereço completo: R. MIGUEL COUTO, 185 - SALA 02, CENTRO, CAMPINA GRANDE, PB, 58400-273
CEP/CNFE: 08.892.170-0001-30
Código SUSEP: 00000100582000
Telefone: 0800.33721-5910
05252-1-10



**CAGEPA**Companhia de Água e Esgoto de Patos
Rua Feliciano Cruz, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 08.123.654/0001-87

PAGAMENTO COM A CAGEPA
INFORMAÇÕES GERAIS
MATRÍCULA
28957822
REFERÊNCIA
JUN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

CLOVES CLAUDIO FARIAS
RUA DEP JANDY CARNEIRO, 51 - CENTRO - PATOS PB
58703-120

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
075.008.365-0709.000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
2125030265	14/01/2013	RESIDENCIAL	CONTINUA	CONTINUA		
INTERIOR: 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 MS.						
MAR/2019	10	4	PARÂMETROS	EXIG.	ANÁLIS.	CONFORMES
ABR/2019	10	4	TURBIDEZ	45	49	49
MAR/2019	10	4	CLORO	91	92	92
FEV/2019	10	4	CÓL. TERNOT	0	0	0
JAN/2019	10	4	COR	45	49	49
DEZ/2018	10	4	CÓL. TOTAIS	91	92	92
MEDIA(M)	10	DADOS REFERENTES A ABR/2019				

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

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

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,53 DÍZ E CÔNITAS LIT 12 741/12

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

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MÉDIA DO HIDRÔMETRO TIPO DE TARIFA: 1
ANORMALIDADE: HIDRÔMETRO ENBACADO
INFORMAÇÕES GERAIS:
CHEGADA DE TRABALHO INFANTIL

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

82620000000 6 38810010075 8 02895782201 9 06201950003 2



ARIVLE CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL.: (83) 3321-5930



Patos/PB, 21 de Janeiro de 2020.

À
Seguradora Líder

Sinistro nº: 3190501262

REANÁLISE 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

P/ Cláudio Claiton de Araújo
laudo Médico

(Angiologia / Cir. Vascular)

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

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

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

Rua Peregrino Filho, 81
Centro - Patos - PB

@medicmaispatospb

Scanned by CamScanner



de membro inferior direito, limitando
suas atividades laborais.

28/12/19.


Marcela Vieira
Cirurgia Vascular
CRM-PE 00430
CRM-PA 00020

Scanned by CamScanner



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

NOME
CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
14911 PM PB

CPF
839.798.594-87

DATA NASCIMENTO
09/12/1967

PLACAO
ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO
ROSALINA FERREIRA DE ARAUJO

PERMISSÃO
ACC CATMA
A3

Nº REGISTRO
03474082439

VALIDADE
06/10/2021

1ª HABILITAÇÃO
18/11/1997

1350697224

PROIBIDO PLASTIFICAR

1350697224

LOCAL
PATOS, PB

DATA EMISSÃO
14/10/2016

75155564644
PB033331456

DETRAN - PB (PARAIBA)

POLÍCIA MILITAR

ESTADO DA PARAIBA

RE PÚBLICA - DECRETO Nº 30.871 14911

IDENTIDADE MILITAR Nº

CARGO HIERÁRGICO 3º SARGENTO

NOME CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

ASSINATURA IDENTIFICADA

1350697224

POLÍCIA MILITAR

1193466 SSP-PB CPF 839798594-87 MATR 81722-8

PLACAO
ANTONIO RODRIGUES DE ARAUJO
ROSALINA FERREIRA DE ARAUJO

NATURALIDADE PASSAGEM - PB DATA 09/12/1967 SEX 4198

NAS OCAZOR 8048872543

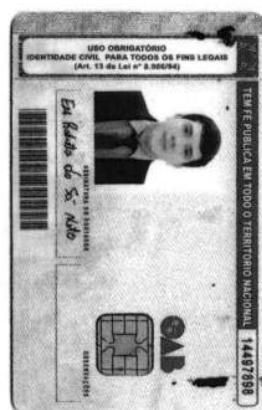
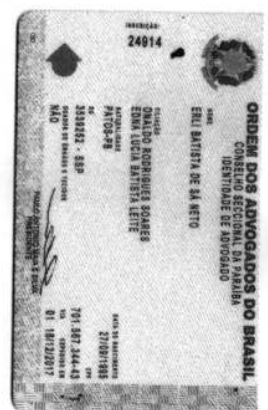
LOCAÇÃO PESSOAL 12 de março de 2014

ASSINATURA IDENTIFICADA

1350697224

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





RUA CARRETOIRA
28 AGO. 2019
L. 03/3521-5930

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

VIA CDD. RENAVAM 20140408012339
1 0022935814-4 00/00000000 2014

NOME
CLOVIS CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

CPF / CNPJ
83979859487

PLACA
NPY5118/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB 9C2KC1550AR111148

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. / ANO MOD.
2010 / 2010

CAP / POT / CIL
2 P/149 / CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
IPVA PAGO EM 15/05/2014

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS
***** 0

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

OBSERVAÇÕES
A.F BV FINANCEIRA S.A.

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

PATOS-PB LOCAL

36838



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

DATA
15/05/2014

15601

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

PB Nº 011461559035 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800-022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2014 15/05/2014

VIA CDD. RENAVAM 20140408012339
1 0022935814-4 00/00000000 2014

MARCA / MODELO
HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. / ANO MOD.
2010 / 2010

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA
IPVA PAGO EM 15/05/2014

FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS
***** 0

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

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

www.seguradoralider.com.br

15601-1517233-20140515

ARVILE CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL. (03) 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.

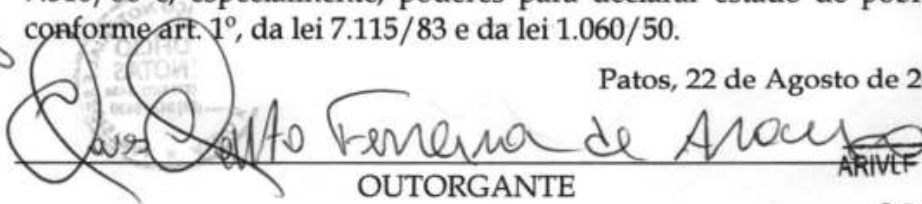
OUTORGADOS:

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 opoente, 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.


OUTORGANTE

ARIVEL CORRETORA

28 AGO. 2019

TEL.: (33) 3321-5930

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




 - 2º GRUPO DE PATENTES
 - 2º GRUPO DE MAR, REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
 REGISTRO CÍVIL DAS PESSOAS FÍSICAS
 Av. Pres. Eduardo Pinheiro, 214 - Centro - Patos-PB - Fone: (31) 341-3438 Cx.P. 18700-001

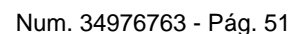
Alvaro Xavier Cesar Alvaro Wilson Xavier Cesar
 Titular Substituto

REC. DE FIRMA Nº 2019-007886
 Reconheço por autenticidade a firma de:
CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

 Onu fê, em testemunha da verdade.
 Patos-PB, 23/08/2019 às 18:11
 RESPONSÁVEL: SÍLMIA DE SOUZA SANTOS - TABELA(S) SUBSTITUTO
 ENL. R. 9,91 CEPJAS: 1,98 FARMEN R. 0,28 IAS R. 0,50
SELO DIGITAL: A1Z84698-302Y
 Confira a autenticidade em <http://www.selo.digital.sp.br>

 SÍLMIA DE SOUZA SANTOS

(Circular stamp: VIER - SER 0330 For)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294877/19

Vítima: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

CPF: 839.798.594-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2019

Titular do CPF: CLOVES CLAILTO
FERREIRA DE ARAUJO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ERLI BATISTA DE SA NETO : 701.567.344-43

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

CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO : 839.798.594-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

ERLI BATISTA DE SA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294877/19

Número do Sinistro: 3190501262

Vítima: CLOVES CLAILTO FERREIRA DE ARAUJO

CPF: 839.798.594-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/05/2019

Titular do CPF: CLOVES CLAILTO
FERREIRA DE ARAUJO

Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

ERLI BATISTA DE SA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO

