



Número: **0800494-17.2018.8.15.0191**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Soledade**

Última distribuição : **01/08/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>CLEMILDO ALVES DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>AMANDA DE OLIVEIRA MONTENEGRO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>GABRIELLE VIDERES ALVES DE ALMEIDA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62982 158	01/09/2022 11:37	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
62982 159	01/09/2022 11:37	<a href="#"><u>2586549_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
62982 162	01/09/2022 11:37	<a href="#"><u>2586549_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_03</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2022 11:37:01  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22090111370113100000059545929>  
Número do documento: 22090111370113100000059545929

Num. 62982158 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **CLEMILDO ALVES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180259326**  
Vitima: **CLEMILDO ALVES DOS SANTOS**  
Data do Acidente: **12/02/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **FRANCOIS MARQUES AMORIM**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180259326**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12943465



Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **CLEMILDO ALVES DOS SANTOS**

**Sinistro:** 3180259326  
**Vítima:** CLEMILDO ALVES DOS SANTOS  
**Data do Acidente:** 12/02/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FRANCOIS MARQUES AMORIM

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180259326** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2018

Carta nº: 13035690

A/C: CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

**Nº Sinistro:** 3180259326  
**Vitima:** CLEMILDO ALVES DOS SANTOS  
**Data do Acidente:** 12/02/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** FRANCOIS MARQUES AMORIM

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000538975-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

732.529.134-53

Nome completo da vítima

Elmíodo Alves dos Santos

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Elmíodo Alves dos Santos	CPF titular da conta	732.529.134-54	Profissão	Op. de Maquinaria
Endereço	Rua Projeto da	Número	5/N	Complemento	
Bairro	Chico Mendes	Cidade	Belo Horizonte	Estado	PB
Email				CEP	58.155-000
				Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0041 D/V  CONTA NRO. 5389 75 D/V  
(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**COMPREV**

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

2018 06 JUN. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Elmíodo Alves dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 408/2018

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

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

Local do ocorrido: **BR 427, SAIDA DE POMBAL/PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **21/05/2018 – 15h 41min**

**COMUNICANTE:** **CLEMILDO ALVES DOS SANTOS**, alcunha //; **Filiação:** Miguel Alves dos Reis e de Carmelita Alves dos Santos; **Profissão:** aperador de maquina e pedreiro; **Estado Civil:** convivente; **Naturalidade:** Campina Grande - PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 01/12/1970; **Endereço Residencial:** Rua Jose Cândido, 69, bairro Chico Pereira, Soledade - PB; **Endereço Profissional:** \*\*; **Telefone** ; **Portador da CI/RG nº:** 1.451.811 – SSP/PB.

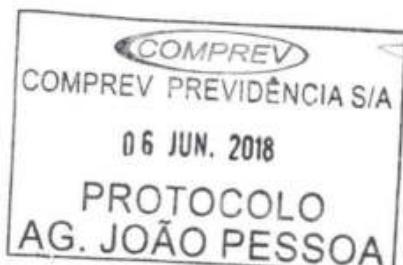
**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia, hora e local acima referenciados vinha como passageiro de mototaxi, nesta cidade, quando ocorreu uma colisão com um carro, vindo a cair em ao chão; Que, o condutor da motocicleta morreu no local, conhecido BONZINHO; Que, não conseguiu localizar a família dele para pegar os dados da motocicleta; Que fora socorrido(a) por/pelo SAMU e levado (a) para o hospital Regional de Pombal; Que devido ao acidente teve a(s) seguinte(s) lesão(ões): fratura no joelho esquerdo e três costelas fraturadas e perfuração na bexiga, baço, fígado e intestino; Que apresenta como testemunha os socorrista do SAMU qualificados no relatório daquele instituição: KAMILA e STENIO; Que vem comunicar o fato para fins de direito.

Pombal – PB, 21 de maio de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. CLENALDO QUEIROZ DE MEDEIROS.

COMUNICANTE: Clemildo Alves dos santos

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



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA****DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO****PROTOCOLO:**  
18010518B01**STATUS:**  
Encerrado**INFORMAÇÕES GERAIS**

POLICIAL/MATRÍCULA:

R. CRUZ/1969527

DATA/HORA:

12/02/2018 22:30

Na Rodovia

MUNICÍPIO/UF:

POMBAL/PB

BR:

427

KM:

36.9

SENTIDO:

Crescente

DESCRITIVO DO LOCAL:

**ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO**

FASE DO DIA:

Plena Noite

CONDICÃO METEOROLÓGICA:

Garoa/Chuvisco

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Simples

CONDICÃO DE PISTA:

Molhada

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIARIA:

Curva

LOCALIDADE URBANIZADA:

Sim

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Sim

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

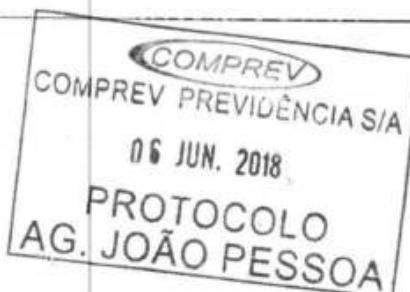
Não



IMAGEM DO LOCAL

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE**

Imagens prejudicadas pela falta de luminosidade.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA 1969527

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B3A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 1 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2022 11:37:02

<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22090111370194000000059545930>

Número do documento: 22090111370194000000059545930

Num. 62982159 - Pág. 6



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



PROTOCOLO:  
18010518B01

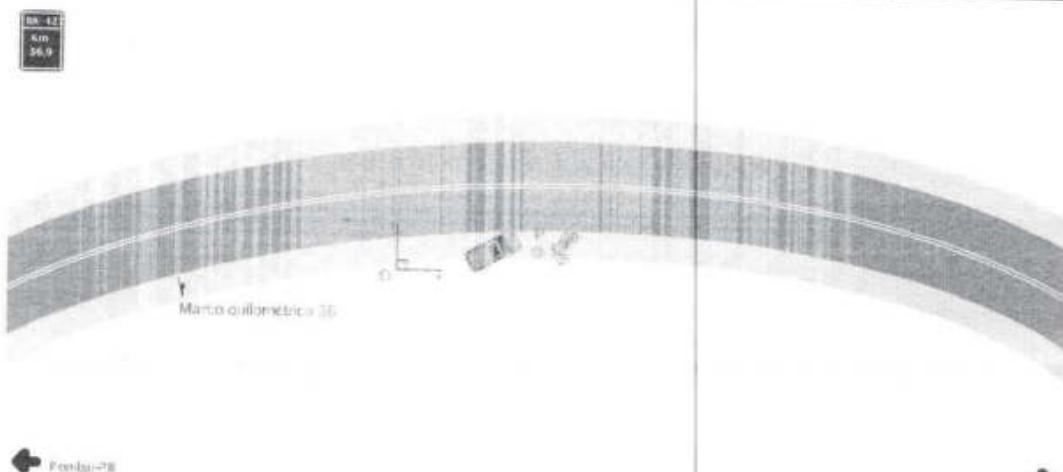
STATUS:  
Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	

Croqui



Narrativa

No dia 12/02/2018, às 22h40min, a equipe PRF foi acionada para atender um acidente tipo COLISÃO LATERAL ocorrido na ER 427, km 36,9, no mun. de POMBAL/PB. Chegando ao local, às 22h50min, encontrou os veículos em sua posição de repouso e as vítimas já socorridas pelo SAMU. O acidente, uma COLISÃO LATERAL, envolveu o veículo V1 UMMI FA 300 DAKAR e o veículo V2 HONDA/CG150 TITAN MIX ES. O V1 seguia o fluxo da via, deslocando-se sentido POMBAL/PB X SERRA NEGRA DO NORTE/RN, e foi impactado em sua lateral direita por V2, o qual invadiu a mão de V1, o condutor do V1 teve politraumatismo nas pernas, TCE e forte impacto no tórax, o passageiro de V2 teve ferimentos leves enquanto condutor e passageira de V1 nada sofreu. OBS: 1 - Velocidade regulamentar no local é de 100 km/h; 2 - A via estava com a sinalização horizontal e vertical em ordem e com o pavimento em bom estado de conservação. Quanto as condições ambientais, estas eram de céu nublado e havia sinais de ter havido precipitação pluviométrica no momento do acidente; 3 - O acidente vitimou gravemente o sr. FRANCISCO ARAUJO DE SOUSA FILHO, condutor de V2, e com lesões leves o sr. GLEMILDO ALVES DOS SANTOS passageiro de V2. O condutor e passageiro fagam uso do capacete. Foram encaminhado ao Hospital de Pombal pelo SAMU; 4 - Quando chegamos ao local, uma equipe da PRF realizava segurança e sinalizava com viaturas o sítio do acidente; 5 - O condutor de V1 não foi submetido ao teste por não se encontrar mais no local do sinistro e o co-piloto de V1 não também não foi submetido ao teste devido os ferimentos que sofreu no acidente.

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG: JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NA DATA DE 12/02/2018

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B3086A7BD9A7A4D78699ABEF5EBCB

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

Página 2 de 12





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

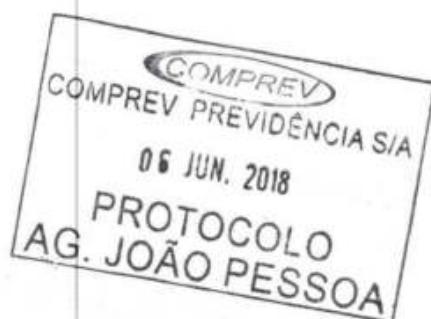


**PROTOCOLO:**  
**18010518B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**VEÍCULOS**

SEQUENCIAL: V1	PLACA: NQE6677	MARCA/MODELO: I/MMC PAJERO DAKAR	ANO FABRICAÇÃO: 2010
SITUAÇÃO: Tracionador	CHASSI: MMBGRKH80BF000526	TIPO DE VEÍCULO: Utilitário	PAÍS: BRASIL
ESPECIE: Misto	RENAVAM: 00226884031	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:			
NOME DO PROPRIETÁRIO: CLAUDOMIR LUIZ DE ARAUJO		CPF/CNPJ: 206.946.794-53	
<b>Dados de Endereço</b>			
LOGRADOURO: R ADMILSON L ALMEIDA 310 JD ST		NUMERO: 00310	
COMPLEMENTO: JD STA ROSA		BAIRRO:	
MUNICÍPIO/UF: POMBAL/PB		EMAIL:	
<b>Dados da Carga</b>			
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: vazio			



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA 1860527

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 3 de 12





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



PROTÓCOLO:  
18010518B01

STATUS:  
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V2	PLACA: QET2090	MARCA/Modelo: HONDA CG150 TITAN MIX ES	ANO FABRICAÇÃO: 2009
-------------------	-------------------	---	-------------------------

SITUAÇÃO: Tracionador	MOTORISTA: Motorista
--------------------------	-------------------------

CHASSI: 9C2KC1620AR003906	PLACA: QET2076273	PAÍS: BRASIL
------------------------------	----------------------	-----------------

ESPECIE: Passageiro	DATA/LOCAL: Particular	CONDICIONAMENTO DO ACIDENTE: Transitando na contramão de direção (exceto ultrapassagem)
------------------------	---------------------------	--

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Invadiu a faixa contrária do seu fluxo.	TIPO DE PROPRIETÁRIO: Particular
--	-------------------------------------

MATEUS SILVA BRILHANTE DE LIMA	TELEFONE: 138233644-00
--------------------------------	---------------------------

Dados de Endereço	
-------------------	--

LOGRADOURO: R CROMACIO WANDERLEY 776 CASA	NÚMERO: 00776
--	------------------

COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO:
----------------------	---------

MUNICÍPIO/UF: POMBAL/PB	
----------------------------	--

TELEFONE: 55 83 3211-1000	E-MAIL: pombal@pb.gov.br
------------------------------	-----------------------------

Dados da Carga	
----------------	--

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Emplacamento atrasado.	
---	--

Encaminhamento	
----------------	--

MOTIVO: Outros	TIPO DE RECEPTOR: Depósito clandestino
-------------------	---

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES: Emplacamento atrasado.	
---	--



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO FPF R. CRUZ, MATRÍCULA 106827

DATA/HORA DE ENCEFRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 13/02/2018 12:44 NÚMERO DE CONTROLE: F33058A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 4 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2022 11:37:02  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22090111370194000000059545930>  
 Número do documento: 22090111370194000000059545930

Num. 62982159 - Pág. 9



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



**PROTOCOLO:**  
**18010518B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:	V1 / NQE6677 / I/MMC PAJERO DAKAR	EN VOLVIMENTO:
NOME:	DUANY AUGUSTO FIUSA DE ARAUJO	Condutor
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	049.127.604-47	DATA DE NASCIMENTO:
ESTADO CIVIL:	Solteiro(a)	ÓRGÃO EXPEDIDOR:
		SEXO:
		Masculino
NOME DA MÃE:	CACILDA FIUSA DE ARAUJO	

**Dados de Endereço**

LOGRADOURO:	RUA ADMILSON LEITE DE ALMEIDA	NUMERO:
COMPLEMENTO:		310

CASA	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	Santa Rosa

POMBAL/PB

TELEFONE:	EMAIL:
-----------	--------

**Dados da Habilitação**

HABILITAÇÃO:	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA:
Habilitação Nacional		AB
MOTORISTA PROFISSIONAL:	Nº DO REGISTRO:	UF:

Não	03954912704	PE
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:	19/10/2006	VALIDADE DA CNH:

18/09/2022

OSSERVAÇÕES DA CNH:

99

**Circunstâncias**

ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
Iluso	Sim
USAVA CAPACETE:	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:
NÃO APPLICÁVEL	NÃO APPLICÁVEL
TESTE DO ETILOMÉTRO FOI POSSÍVEL:	RESULTADO DO TESTE
Não	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:

DESCRICAÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:  
Condutor não se encontrava no local do acidente pois foi junto com a companheira grávida para hospital para que a mesma recebesse cuidados médicos pois ela ficou muito nervosa com a ocorrência.

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:

Não

SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Não

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

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

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA 1969527

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 5 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2022 11:37:02

<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22090111370194000000059545930>

Número do documento: 22090111370194000000059545930

Num. 62982159 - Pág. 10



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



PROTÓCOLO:  
18010518B01

STATUS:  
Encerrado

PESSOAS	
SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/Modelo:	ENVOLVIMENTO:
V1 / NQE6677 / I/MMC PAJERO DAKAR	Passageiro
NOME:	DATA DE NASCIMENTO:
ANGELITA PEREIRA DOS SANTOS NETA	24/04/1995
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	SEXO:
105.443.044-62	Feminino
ESTADO CIVIL:	NOVA DA RAE:
	MARIA LUCILA FERNANDES DINIZ
<b>Dados de Endereço</b>	
LOGRADOURO:	NÚMERO:
Antonio Fernandes de Almeida	491
COMPLEMENTO:	SAIRRO:
CASA	Nova Vida
MUNICÍPIO/UF:	
POMBAL/PB	
TELEFONE:	TELEFAX:
<b>Circunstâncias</b>	
ESTADO FÍSICO:	USAVA CINTO DE SEGURANÇA:
ilesco	Sim
USAVA CAPACETE:	USAVA OBSTACULOS PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:
NÃO APPLICÁVEL	NÃO APPLICÁVEL
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:	



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO FPF/PR, UNIZ, MATRÍCULA 196837

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 6 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2022 11:37:02  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22090111370194000000059545930>  
 Número do documento: 22090111370194000000059545930

Num. 62982159 - Pág. 11



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

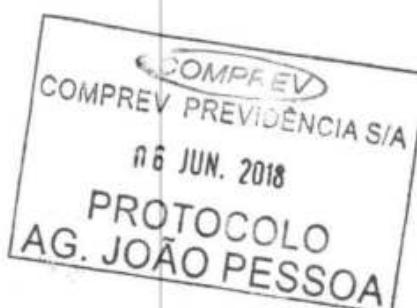


**PROTOCOLO:**  
**18010518B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / OET2090 / HONDA/CG150 TITAN MIX ES	EN VOLVIMENTO: Condutor
NOME: FRANCISCO ARAUJO DE SOUSA FILHO	DATA DE NASCIMENTO: 10/10/1973
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Casado(a)	NOME DA MÃE: MARIA DE LOURDES DE SOUSA ARAUJO
LOGRADOURO: Antonio Fernandes de Almeida	NUMERO: 493
COMPLEMENTO: casa	BAIRRO: BAIRRO NOVA VIDA
MUNICÍPIO/UF: POMBAL/PB	EMAIL:
TELEFONE:	
<b>Circunstâncias</b>	
ESTADO FÍSICO: Lesões Graves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APPLICÁVEL
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APPLICÁVEL
TESTE DO ETILOMÉTRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE: RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRICAÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Condutor socorrido pelo SAMU em estado grave, com TCE, poli-traumatismo nos membros inferiores e com dores no tórax.	
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:	



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA 1969527

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

NUMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 7 de 12





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



PROTOCOLO:  
18010518B01

STATUS:  
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V2 / OET2090 / HONDA/CG150 TITAN MAX ES

EN VOLVIMENTO:

Passageiro

NOME:

CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

CPF:

732.529.134-53

DATA DE NASCIMENTO:

01/12/1970

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

NAME DA VAS:

CARMELITA ALVES ALVES DOS SANTOS

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

José Cândido

NÚMERO:

96

COMPLEMENTO:

casa

BAIRRO:

Chico Pereira

MUNICÍPIO/UF:

SOLEDADE/PB

TELEFONE:

EV-00

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Leves

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA CAPACETE:

USAVA DEPORTIVA PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

Sim

NÃO APLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO:

Socorro médico

TIPO DE RECEPTOR:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Equipe de Pomba

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA 1968527

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 8 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2022 11:37:02

<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22090111370194000000059545930>

Número do documento: 22090111370194000000059545930

Num. 62982159 - Pág. 13



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



PROTOCOLO:  
18010518B01

**STATUS:**  
Encerrado

## AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO

V1 / NQE6677 / I/MMC PAJERO DAKAR  
NOME/MATRÍCULA DO AGENTE

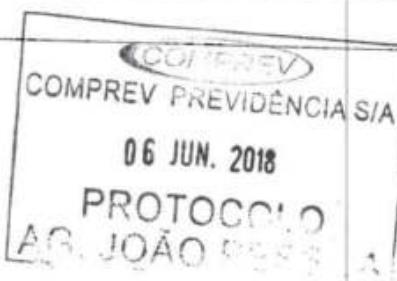
NUMERO DO BANCO:

18010518B01

DATA/HORA:

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM	NÃO	NA
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassis.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M		X	
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual a altura da longarina.	M		X	
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags ( se existir)	M		X	

### DIMENSÃO DA MONTA:



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PESSOAL DA UNIÃO

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

Réponse à la



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2022 11:37:02

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22090111370194000000059545930>

Número do documento: 2209011137019400000059545930

Num. 62982159 - Pág. 14



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



PROTOCOLO:  
18010518B01

STATUS:  
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V1)



IMAGEM DA TRASEIRA (V1)

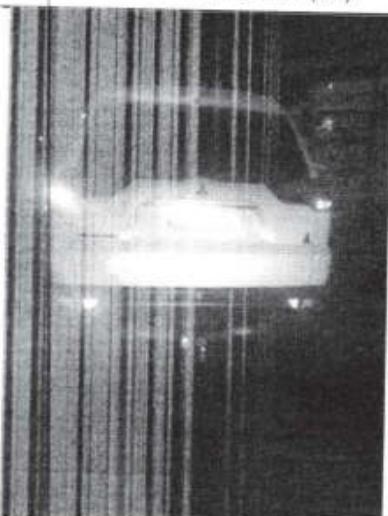


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V1)

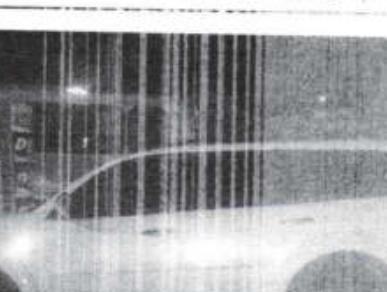
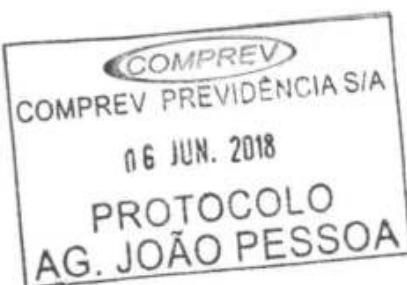


IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V1)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO FPF R. CRUZ, MATRÍCULA 196931

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 10 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2022 11:37:02  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22090111370194000000059545930>  
Número do documento: 22090111370194000000059545930

Num. 62982159 - Pág. 15



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



**PROTOCOLO:**  
**18010518B01**

**STATUS:**  
**Encerrado**

**AVALIAÇÃO DE DANOS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:		NUMERO DO BAT:		
V2 / OET2090 / HONDA/CG150 TITAN MIX ES		18010518B01		
NOME/MATRÍCULA DO AGENTE		DATA/HORA:		
R. CRUZ/1969527		12/02/2018 22:30		
<b>Item danificado no acidente</b>				
Item	Descrição do Item	SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro	X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira	X		
3	Mesa inferior da suspensão dianteira	X		
4	Coluna de direção	X		
5	Chassi	X		
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	
TOTAL GERAL (SIM + NA):	5	DIMENSÃO DA MONTA:		Grande



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF R. CRUZ, MATRÍCULA 1969527

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4B30B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

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

Página 11 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2022 11:37:02  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22090111370194000000059545930>  
Número do documento: 22090111370194000000059545930

Num. 62982159 - Pág. 16



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



PROTOCOLO:  
18010518B01

STATUS:  
Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)

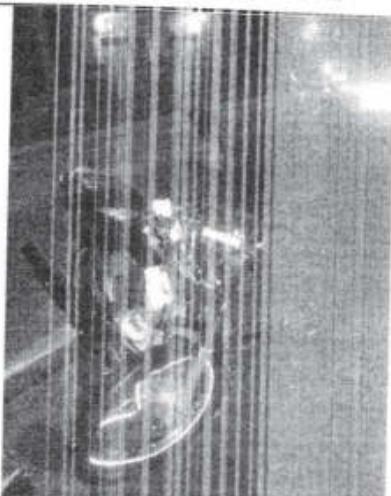


IMAGEM DA TRASEIRA (V2)

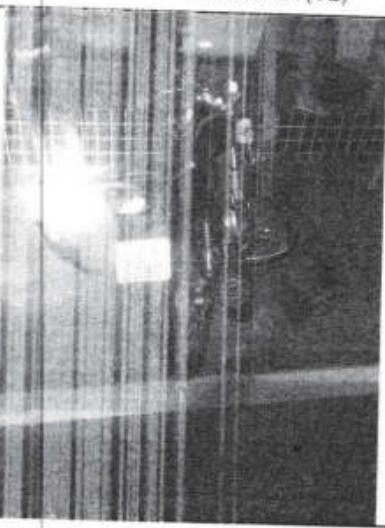
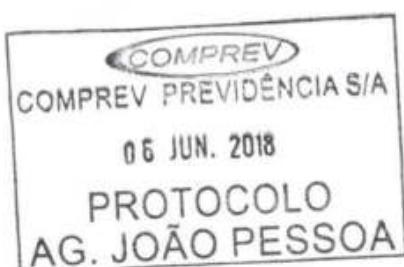
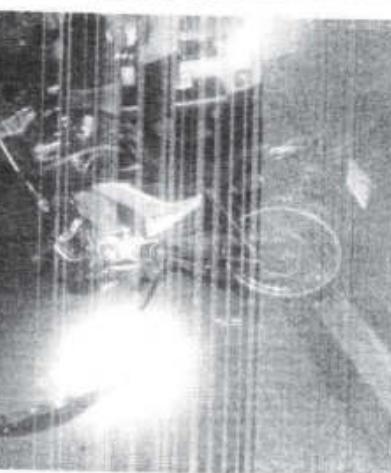


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)

IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO FERREIRA, GILZ, MATRÍCULA 136852

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

NÚMERO DE CONTROLE: 4330B8A7BD9A7A4D7B699ABEF5EBCB

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: [www.pti.gov.br/NovoSite/autenticidade](http://www.pti.gov.br/NovoSite/autenticidade)

Página 12 de 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2022 11:37:02  
<https://pje.tjb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22090111370194000000059545930>  
Número do documento: 22090111370194000000059545930

Num. 62982159 - Pág. 17



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Clemílido Alves dos Santos | CPF da Vítima: 732.529.134-53 | Data do Acidente: 12/01/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

E. Freire, 21 de Março  
Local e Data

Clemílido Alves dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180259326      **Cidade:** Pombal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEMILDO ALVES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 12/02/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA ABDOMINAL FECHADO. FRATURA NO JOELHO DIREITO

**Descrição do exame** VITIMA REFERE DORES EM ABDOME E JOELHO. AO EXAME, VITIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO  
**médico pericial:** ABDOMINAL. MARCHA CLAUDICANTE E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LAPAROTOMIA EXPLORADORA. TRATAMENTO CONSERVADOR NO JOELHO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

**CRM do médico:** 6508

**UF do CRM do médico:** PB

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000538975-0

---

Nr. da Autenticação D505F7E2E29E9E69



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2022 11:37:02  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22090111370194000000059545930>  
Número do documento: 22090111370194000000059545930

Num. 62982159 - Pág. 21

EDINALVA TEODOSIO DE OLIVEIRA  
RUA PROLETARIO, 571 - CHICO PEREIRA  
SOLEDADE/PE CEP: 59160000 (n.º 25)

Emissão: 05/02/2018 Referência: Feb / 2018

Endereço: RESIDENCIAL / BAXA RENDA MONOFÁSICO 5/230, Km 25 - Distrito Reitoria - João Pessoa / PB - CEP 56071-000  
CNPJ:09.095.110/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0  
Roteiro: 3 - 98-410-3820 N° medidor: 00008731958

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°001 710 526

Cd. para Déb. Automática: 000117443656

Cd. para Déb. Automática: 000117443656

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	05/02/2018	08/03/2018	6224354421

UC (Unidade Consumidora): 5/1744365-6

#### Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (licitada pela Lei nº 11.645, de 28 de abril de 2008).  
- Levou cheque no chuveiro? Hora de chamar um eletricista de confiança. Não amague a falar sozinho. Dê um sinal de segurança.  
- Change os vazinhos e amigas e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde  
Governo Federal

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 05/01/18	Lerda 2508	Data 05/02/18	Lerda 2642	102

Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quarteto Tarifa	Vlr. Bás. Calc.	Alg. ION(%)	Enc. Cdr. Ptar(R\$)	Conc. Ptar	
			Transação (R\$)	(OMS/RS) XOMS	Período (R\$) (1.200/15.1994)		
0001	Consumo 116.304Wh-BR	30.000 0.254240	7,82	7,82 27	7,06	7,82	0,08 0,41
0001	Consumo - 21.100Wh-BR	70.000 0.436952	30,90	30,90 27	9,28	30,90	0,34 1,58
0001	Consumo + 101.200Wh-BR	4.000 0.835130	3,81	3,81 27	0,70	3,81	0,04 0,13
0010	Subtotal		36,40	36,40 27	9,82	36,40	0,41 1,69
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0007	CONTRIBUÇÃO LJM PÚBLICA		10,26	0,00 0	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 01/2018		0,41	0,00 0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 01/2018		1,53	0,00 0	0,00	0,00	0,00
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2018		0,26	0,00 0	0,00	0,00	0,00
0006	Devolução Subsídio		-24,37	0,00 0	0,00	0,00	0,00

CCI. Código de Conta/Descrição do item	TOTAL	86,97	77,13	20,82	77,13	0,87	4,01
--	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Media diária mês (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	14/02/2018	R\$ 65,97

#### Histórico de Consumo (kWh)

1	122	1	49	1	87	1	88	1	88	1	81	1	81	1	88	1	88	1	135
Jan/17	Mar/17	Apr/17	May/17	Jun/17	Jul/17	Aug/17	Sep/17	Oct/17	Nov/17	Dec/17	Jan/18								

dc63.b7fb.15ab.38af.35ef.f452.9982.e051.

#### Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	8,27	0,00
DC TRIMESTRAL	13,54	NOMINAL
DC ANUAL	25,08	230
FI C MENSAL	3,42	0,00
FI C TRIMESTRAL	8,25	CONTRATADA
FI C ANUAL	19,70	LIMITE INFERIOR: 202
DCM	12,71	LIMITE SUPERIOR: 231
DERI	12,22	

Composição do Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia Elétrica	10,40	15,23
Consumo de Energia	12,29	18,49
Serviço de Transmissão	7,82	11,91
Energy Retailer	3,81	5,87
Impostos Diretos e Encargos	36,40	55,83
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	66,97	100,00

Valor do E-BO (Ref. 12/2017) R\$ 12,91

#### ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Baxa Renda, tendo um desconto de R\$4,27

Faturas em atraso

PARÁBA  
Roteiro: 3 - 98-410-3820  
Matrícula: 1144365-2018-02-2

VENCIMENTO  
14/02/2018  
TOTAL A PAGAR  
R\$ 65,97



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

VALDE JUNIOR GOMES SILVEIRA  
RUA DOM PEDRO I, 172 - BL. 102 - SAO JOSE  
CAMBIA GRANDE - PR CEP 85405-414 - (43) 481-4811

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Mar / 2018	06/03/2018	05/04/2018	45648481449

### UC (Unidade Consumidora):

4/202789-A

## Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura	Data	Lectura	
06/03/18	6328	06/03/18	3861	
<b>Demonstrativo</b>				
001 - Descrição	Quintal de Terra	Valor Soc. Cada	Alg. Infraestr.	Base Dif. Preço
		Preço M3R\$	KG/M3R\$	CM3
0001 - Consumo em M3/M	198.000	0.79030	118.35	118.32
<b>LANÇAMENTOS ESPECIAIS</b>				
0007 - CONTRIBUÍM P/ PÚBLICO	73.02	0.00	73.02	0.00

— 2 —

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** 13/03/2018 **TOTAL A PAGAR** R\$ 130,22

Histórico de Canário (www)

39 30 17 22 239 56 47 34 41 126 74 112

4310.01.28.0515.1310.0081.0000.0071.1510

Indicadores de Qualidade 10011-BELAYSTA			
	Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DC MENSAL	0,00	0,00	0,00
DC TRIMESTRAL	0,00	0,00	0,00
DC ANUAL	21,45	21,45	21,45
DC MENSAL	9,28	0,00	CONTRATO
DC TRIMESTRAL	12,40	0,00	LÍMITE INFERIOR
DC ANUAL	12,40	0,00	LÍMITE SUPERIOR
DC MENSAL	0,00	0,00	0,00
DC TRIMESTRAL	0,00	0,00	0,00
DC ANUAL	0,00	0,00	0,00
Total		198,82	100,00

**ATENÇÃO**  
AVISO: Permaneça longe de cães e de ANTES DE PESAR. Atenção: não é seguro do fornecimento público a qualquer momento até a conclusão do prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de vencimento da fatura de consumo e de pagamento. Prazo de Tarifa: 15-Vigilância 04/02/18-Rua ANEL 2 207-002-77000-124 24.54% médio. Prazo de Tarifa: 15-Vigilância 04/02/18-Rua ANEL 2 207-002-77000-124 16.30% médio. Letra: 15-Vigilância 04/02/18-Rua ANEL 2 207-002-77000-124 16.30% médio.

Falturas em atraso

Resolução Tarijano-Vigência 04/02/18-RMS ANEEL  
-Lataste confirmado





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Francisco Marques Amorim inscrito (a) no CPF/CNPJ 119.840.458-22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Eleonildo Alves dos Santos inscrito (a) no CPF sob o N° 732.529.139-54, do sinistro de DPVAT cobertura  invalidez da vítima Eleonildo Alves dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o N° 732.529.139-54, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua: Bem Pedro F</u>	Número	<u>173</u>
Bairro	<u>São José</u>	Cidade	<u>Campina Grande</u>
Email		Estado	<u>PB</u>

Telefone comercial (DDD) (83) 99928-9463 Telefone celular (DDD) 58-400414

01/03/2018 Local e Data

Francisco Marques Amorim Assinatura do Declarante

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



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO		2592568	
Identificação do Paciente		4 - PRONTUÁRIO	
3 - NOME DO PACIENTE CLEMILDO ALVES DOS SANTOS		8 - RACA / CÓR BRANCA	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO 01/12/1970	7 - SEXO M
9 - NOME NA MÃE		10 - TELEFONE	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL		13 - BAIRRO	
12 - ENDEREÇO PROJETADA		CHICO PEREIRA	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE SOLEDADE - PB - 58155-000 - 2516102			

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Doenças de pele com dor de dor no torso, murchezas, escorregue e degradação</i>			
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Doença de pele e dor no torso</i>			
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Teste de urina e TC abdominal</i>			
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Alcoolismo e aderência</i>	22 - CID 10 PRINC. <i>Q00-Q99</i>	23 - CID 10 SEC <i>Q00-Q99</i>	24 - CID 10 CAUSAS ASSOC. <i>Q00-Q99</i>

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Teste de urina e Cistoscopia</i>		26 - COD. PROCEDIMENTO	
27 - CLÍNICA	28 - CARÁTER INTERNAÇÃO <i>ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE</i>	29 - DOCUMENTO <i>Dr. José Henrique de Sousa Neto CAB 13-2010 CEP 58155-000</i>	30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE <i>( ) CNS ( ) CPF</i>
32 - DATA SOLIC. <i>01/01/2018</i>		33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO) <i>Dr. Henrique de Sousa Neto</i>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO	37 - CNPJ SEGURADORA	38 - N° BILHETE	39 - SÉRIE
35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	40 - CNPJ EMPRESA	41 - CNAE EMPRESA	42 - CBOR
36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO			

<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
46 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF	47 - N° DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL	50 - N° AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR <b>COMPREV</b> COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
48 - DATA AUTORIZAÇÃO <i>11/11/2018</i>	49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	06 JUN. 2018	

**PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**



**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL "SENADOR RUY CARNEIRO"**

Nome: Elmildo Alves dos Santos  
 Filiação: \_\_\_\_\_  
 Sexo: II Idade: 47 Cor: Pardo  
 Procedência: Area Arreia Data: 15/02/18  
 Cirurgião: Dr José Mariano Auxiliar: Dr Pardo  
 Anestesista: Dr Albert Anestesia: \_\_\_\_\_  
 Início da anestesia: 03:00 Término: 04:00 Duração: \_\_\_\_\_  
 Início da intervenção: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Duração: \_\_\_\_\_

**Laparotomia**

Insumo	Quantidade
Equipo macrogotas	01
Jelco 20	01
Soro fisiológico 0,9% 500ml	03
Seringa 5ml	01
Seringa 10ml	04
Agulha para raque	01
Neocaína pesada	01
Dimorf 0,2mg	03
Luva estéril	50ml
PVPI	05
Gaze (pacote com 10 unidades)	06
Compressas	01
Efortil	01
Cefalotina ou cefazolina ou ceftriaxona	01
Nausedron	01
Decadrom 4mg	04
Água para injeção	20cm
Esparadrapo	03
Escova de PVPI degermante	05
Touca	05
Máscara	05
Propé (par)	06
Luva de procedimentos (par)	01
Látex	01
Cateter de oxigênio tipo óculos	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
Fio algodão 2-0 sem agulha	02
Fio catgut cromado 0	02

COMPREV  
"6 JUN. 2018  
CONFED  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA  
CONFED  
PREVIDENCIASIA

Suelio Moreira Torres  
26/09/2022



		Hospital:	Enfermaria:	Leito	Nº Prontuário
FOLHA DE ANESTESIA		Nome:		Idade	Sexo
Data		P脉搏 Arterial Peso		Respiração	Temperatura
Tipo Sanguíneo		Hemácias	Hemoglobina	Hematócito	Glicose
		Urina		Ureia	Outros
Ap. Respiratório				Ama	Bronquio
Ap. Circulatório				Eletrocardiograma	
Ap. Digestivo				Ap. Urinário	
Estado Mental				Alergia	Hipotensão
Diagnósticos Pré-Operatório		Tumor abdominal fechado		Estado Físico	Risco
Anestesias Anteriores					
Medicação Pré-Anestésica				Aplicado às	Efeito
AGENTES ANESTÉSICOS	02				
Líquido					INDUÇÃO
					Sete: _____
					Ext: _____
					Tosse: _____
					Laringo espasmo: _____
					Lenta: _____
					Náuseas: _____
				Vômito: _____	
				Outros: _____	
CÓDIGO F... ATÉRIA PULSO RESPIRAÇÃO VS - ANESTESIA OPERAÇÃO					MANUTENÇÃO
					Não Caiu
					Alveolar
					Urgolunar
					Flor 12F
					Musadran 4Y
					Decadron
					ANESTESIA SATISF. Sim: _____ Não: _____
					Não, por quê? _____
					DESPERTAR
				Reflexo na SO: _____	
				Obstr.: _____ Co2: _____ Ext: _____	
				Náuseas: _____ Vômito: _____	
				Outros: _____	
				Como Câmla	
				Para leito Sim: _____ Não: _____	
				CONDIÇÕES: _____	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		SG 5 sec SF 35 sec			
POSIÇÃO					
Agentes					
Técnica		Ragi			
Operação		CISTOTOMIA			
Cirurgões		Dr Nito + Dr Pedro			
Anestesiistas		Dr Alber			
Observações					
Anotar, no o, as complicações pré-operatórias e pós-operatórias					
FOLHA DE ANESTESIA					

COMPREV  
06 JUN 2018  
PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA  
PREVIDÊNCIA S/A



GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"



HOSPITAL		Nº PRONTUÁRIO
NOME DO PACIENTE	Cláudia Alves Góis	
DATA DA OPERAÇÃO	13/06/18	ENF
OPERADOR	D. J. Góis	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	1º AUXILIAR
ANESTESISTA	Dr. Mário R. Góis	
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	Paciente com febre, dor abdominal, náuseas e vômitos. Sintomas de infecção urinária.	
TIPO DE OPERAÇÃO	Laparotomia + Colostomia	
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO	Ótimo	
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	<p>COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 06 JUN. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO		
VIA DE ACESSO -TÁTICA E TÉCNICA -LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS		
<p>1) Corte de gás na parede oesofágica 2) Acessos ao lúmen do estômago 3) Furo de Nativi sobre o fígado 4) Corte de sínfise no lúmen do estômago 5) Corte de lúmen da bexiga 6) Corte de lúmen do intestino 7) Corte de parede por fáscia 8) Corte de parede por fáscia</p> <p>01053700 050.000.51</p>		





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO  
RUA CEL. JOAO LEITE  
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 13/02/2018 02:50:06

Ocorrência: CIRURGIA

Servidor do Dr. \_\_\_\_\_

Idade: 47 Sexo M

Paciente CLEMILDO ALVES DOS SANTOS

Filiação \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Cidade SOLEDADE - PB - 58155-000 - 2516102

Nº: \_\_\_\_\_

Endereço: PROJETADA

Bairro: CHICO PEREIRA

Naturalidade: SOLEDADE - PB

Fone: \_\_\_\_\_

Documentos \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Reg. Nasc.: \_\_\_\_\_

Informações adicionais \_\_\_\_\_

Nascimento 01/12/1970

Cor: BRANCA

Estado Civil: CASADO(A)

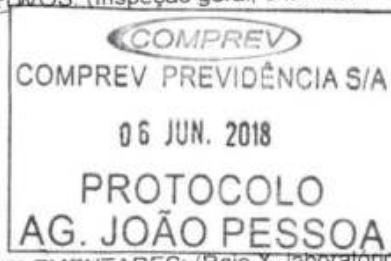
Profissão: OPERADOR DE MAQUINA

Responsável: \_\_\_\_\_

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Paciente sofre de constipação, febre, calafrios, febre-carro, e dores de cabeça, dor de estômago e dor no peito

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)



EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Motivo da Alta: \_\_\_\_\_

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em: \_\_\_\_\_

Recepção: FATIMA

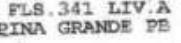


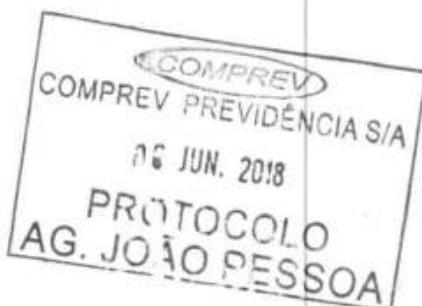
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2022 11:37:02

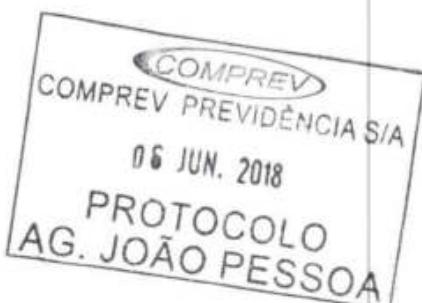
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22090111370194000000059545930>

Número do documento: 22090111370194000000059545930

Num. 62982159 - Pág. 30

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		00000000000000000000000000000000		
REGISTRO GERAL	1.451.811	-2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	09/11/2017
NOVO	CLEMILDO ALVES DOS SANTOS			
NUNO MIGUEL ALVES DOS REIS CARMELITA ALVES DOS SANTOS				
NATURALIZADO		DATA DE NASCIMENTO		
CAMPINA GRANDE - PB		01/12/1970		
DOC GRUEN				
NASC. N. 50772 FLS. 341 LIV. A 42				
CARTÓRIO CAMEIRÃO GRANDE PB				
CNPJ				
732.529.134-53		 Marcus A. B. Lacerda Jr. Chefe do Escritório 09/11/2017 Índice Civil e Civil		
00000000000000000000000000000000		A +		





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180259326      **Cidade:** Pombal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEMILDO ALVES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 12/02/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA ABDOMINAL

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO NÃO INFORMADO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITIU AVALIAR SEQUELA.

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180259326      **Cidade:** Pombal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEMILDO ALVES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 12/02/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA ABDOMINAL FECHADO. FRATURA NO JOELHO DIREITO

**Descrição do exame** VITIMA REFERE DORES EM ABDOME E JOELHO. AO EXAME, VITIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO  
**médico pericial:** ABDOMINAL. MARCHA CLAUDICANTE E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LAPAROTOMIA EXPLORADORA. TRATAMENTO CONSERVADOR NO JOELHO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

**CRM do médico:** 6508

**UF do CRM do médico:** PB

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Elmildo Alves dos Santos  
Nacionalidade: Brasileiro Est.Civil: Solteiro  
Profissão: Op. de Maquina Identidade: 1451-811  
CPF: 732.529.134-53 Endereço: Rua Projeteiros  
S/N - Chico Janeiro, Soledade - PB

### OUTORGADO:

Nome: Francisco Manque Amarim  
Nacionalidade: Brasileiro Est.Civil: Divorciado  
Profissão: Advogado Jurídico Identidade: 324.710.19  
CPF: 119.840.958-22 Endereço: Rua Dom Pedro I  
Nº 173, SL: 102 1º andar, São José - Campina Grande - PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a

Elmildo Alves dos Santos

Local e data

Cajazeiras - PB 21 de Março de 2018

Elmildo Alves dos Santos  
Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180259326**

Nome do(a) Examinado(a): **CLEMILDO ALVES DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R PROJETADA, SN - CHICO PEREIRA - Soledade - PB - CEP 58155-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **1451811**

Data e local do acidente: [ **12/02/2018** ] **POMBAL**

Data e local do exame: [ **18/06/2018** ] **Campina Grande** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**TRAUMA ABDOMINAL FECHADO. FRATURA NO JOELHO DIREITO**

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

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LAPAROTOMIA EXPLORADORA. TRATAMENTO CONSERVADOR NO JOELHO DIREITO.**

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

**VITIMA REFERE DORES EM ABDOME E JOELHO. AO EXAME, VITIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO ABDOMINAL. MARCHA CLAUDICANTE E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**Limitação funcional do joelho direito**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não

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

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Joelho direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

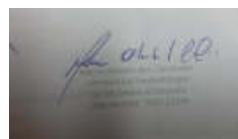
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.



Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOLEDADE/PB**

Processo: 08004941720188150191

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CLEMILDO ALVES DOS SANTOS**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.º, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Houve o pagamento administrativo no valor de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

**IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:  
( X) disfunções apenas temporárias**

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

d) Resultou debilidade permanente de membro? Resultou deformidade permanente?  
**Não.**

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Vale ressaltar que o perito indica no corpo do laudo uma limitação temporária, com indicação para tratamento e total reabilitação.



Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SOLEDADE, 30 de agosto de 2022.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/09/2022 11:37:02  
<https://pje.tjpj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22090111370259400000059545932>  
Número do documento: 22090111370259400000059545932

Num. 62982162 - Pág. 2