



Número: **0823444-85.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABIO CAMILO DA SILVA (AUTOR)		FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37623312	09/12/2020 12:37	2771411_CONTESTACAO_Anexo_01	Outros Documentos

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 068.357.444-73	Nome completo da vítima Fabio Camilo da Silva
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Fabio Camilo da Silva	CPF titular da conta 068.357.444-73	Profissão Mecânico
Endereço Rua Florestada	Número 59	Complemento 3702,64
Bairro Centro	Cidade Conde	Estado PB
Email fabio.camilo@gmail.com	CEP 58390-000	Telefone (DDD) (83) 99100-5607

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 1033 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. 	
CONTA NRO. 013.00066544 D/V 4 (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. D/V 	
		CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

João Fontana, 05 de maio de 2018
Local e Data

Fabio Camilo da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01017.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01017.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:37 horas do dia 25 de maio de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Fabio Camilo da Silva**, CPF nº 069.357.474-73, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Mecânico de Refrigeração, filho(a) de Maria de Lourdes Camilo da Silva e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/01/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Projetada, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Supermercado Irmão Dorge, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 98799-6534.

Dados do(s) Fatos:

Local: Francisco Porfirio Ribeiro, Bem Mais, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/01/18 08:42h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 31/01/2018, por volta das 08:42 hs quando transitava na rua: Francisco Porfirio Ribeiro, em Mangabeira, nesta Capital PB, com o veículo tipo motocicleta Honda CBX 250 TWISTER de cor amarela, ano e modelo: 2007/2008 de PLACA: MOI 5837/PB, chassi nº 9C2MC35008R008364, registrado em nome de João Kennedy Pereira Saldanha, CPF nº 504525504-59; QUE segundo o notificante ao transitar pela rua acima citado, e que vinha de carona, onde a pessoa de Joelisson Sales da Silva, portador do CPF 701.601.554-59 que pilotava o veículo(moto), na ocasião do acidente; QUE segundo o notificante foram trancado por um outro veículo, não sabendo informar marca e modelo, bem como não sabe informar o nome do condutor causador do acidente; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0623/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 17.04.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelo CORPO DE BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 25 de maio de 2018.


FABIO CAMILO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01017.01.2018.1.00.420



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 <i>Fabio Carmilo da Silva</i>	CPF da Vítima <i>068.354.494-43</i>	Data do Acidente <i>31/01/2018</i>
--	--	---------------------------------------

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 atenda 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.

João Pessoa, 15 de maio de 2018
Local e Data

x Fabio Carmilo da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





VISTO EM: 23/05/18

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva

TEN. CEL. QOBM- 521.280 4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 22 de Maio de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0218/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 31/01/2018, conforme requerimento nº 223/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 08h42min o/a Sr.(a) **FÁBIO CAMILO DA SILVA**, CPF 069.357.474-73, vítima de acidente de trânsito (colisão carro x moto), ocorrido na rua Francisco Porfirio Ribeiro, Mangabeira, – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46 tendo como chefe o **SB BM JULIANA DE ALCÂNTARA BRONZEADO**, Matrícula: 526.058-2. Vítima consciente e orientada, apresentando escoriações nos MMSS e MMII com possível fratura de tibia e escoriações na região lateral direita do abdômen. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Complexo Hospitalar de Mangabeira-(CHM).

Para constar, eu **Jânio Damiano Carneiro de Alencar** - 3º SGT BM, Mat. 520.030-0, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JYHARMESON DIEGO A. DE SOUSA
2º TEN. MAT 527.341-2

Chefe da 3ª Seção



GOVERNO DA PARAÍBA

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar,
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: caphbbs@bombeiros.pb.gov.br



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: 18/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO CAMILO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000066514-7

Nr. da Autenticação 798D5B1B91A61F16

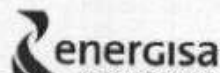


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica Nº 006.151.460



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
CNPJ 09.095.163 / 0001-40 - Insc. Est. 15.915.823-0

DADOS DO CLIENTE MAYARA IRINEU DA SILVA RUA PROJETAÇÃO SIN CONDE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR 5/1378484-8		
REFERÊNCIA MAI/2018	APRESENTAÇÃO 09/05/2018	CONSUMO 92	VENCIMENTO 16/05/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 52,77

Cep: 58.329-000
DESTAQUE AQUI

Acesse: www.energisa.com.br



MAYARA IRINEU DA SILVA

Roteiro: 03-021-415-3860

83620000000-5 52770054000-0 13784842018-8 05700021019-5

VENCIMENTO 16/05/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 52,77	MATRÍCULA 1378484-2018-05-7
---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------



(83) 99831-5088
(83) 99100-2607



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Domilo de Araújo noiva Leite, inscrito (a) no CPF 026.462.164 / 31
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fabio Camilo da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 069.357.579 / 43 do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima
Fabio Camilo da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.357.579 / 43, 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 Francisco Rodolfo Ribeiro Coutinho</u>		Número <u>101</u>	Complemento <u>56 203</u>
Bairro <u>Barra</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58086-450</u>
Email <u>ludre.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 99100-5604</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99111-5058</u>

João Pessoa 05 de Junho de 2015
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDR1-001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOÃO KENNEDY PEREIRA SALDANHA,
RG nº 1.118.564, data de expedição 23/05/2005 2ª via
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 504525504-59 com
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AV. 4: MAIO - BAIRRO YAGUARIPE, nº 583,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Fátima Camilo da Silva, cujo o condutor era
João Francisco da Silva.
Veículo: Car/Motocicleta/Outro Aplic.
Modelo: Honda CBR 600F4i
Ano: 2004
Placa: MO558334/PB
Chassi: QC2MC35008R008R008369
Data do Acidente: 21/02/2018
Local e Data: 21-02-2018

João Kennedy Pereira Saldanha
Assinatura do Declarante

João Francisco da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

50470

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: JOÃO KENNEDY PEREIRA SALDANHA
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 21/02/2018 08:44:53
José Francisco da Silva - Escrevente
(2018-004854) ESCR.: R\$ 89,48 FAREJOS: R\$ 0,28 FEPI: R\$ 1,90 ISS: R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AG308775-CORV

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

JOSE FRANCISCO DA SILVA
2018-004854
2018-004854





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Fabio Cassulo do Silva</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
			<u>OBITO</u>	<u>08</u>	<u>127</u>
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
<u>31/01/18</u>		<u>02/02/18</u>			
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
<u>Fx Exposit do Perneo 500</u>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
<u>o unguis</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
<u>Radiografias + E.F.</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
<u>LWC + ASS BRIDAMENTO + RAFE</u>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA					
<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES
<u>Doença subclínica, isquemia crônica de unguis, com traço de perfuração. Fatores como fgs sem glóbulos de leucócitos no unguis. Quebra do arco de 200 de medicação e do crescimento (cristalino).</u>	

DIETA: <u>luc</u>		ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
REPOUSO: Relativo em casa por <u> </u> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em <u> </u> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve em <u> </u> dias e com esforço maior em <u> </u> dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.			
MEDICAÇÕES PARA CASA: <u>Paracetamol 500mg + ASPIR + ANTI-ESQU</u>			

RETORNO		Ao posto de saúde em <u> </u> para retirada de pontos.	
Ao Ambulatório do <u>Dr. Fernando</u>		em <u>30 dias</u> para revisão. <u>15 dias</u>	
<u>02/02/18</u>		Dr. Leonardo Miranda	
DATA		CRM-PR 8377	
		ASS. MÉDICO / CRM	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar			
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO			
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





06

CERTIDÃO

Nº. 0623/2018


Atendendo solicitação de **FABIO CAMILO DA SILVA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 98920 e Prontuário nº2018.01.004361, pertencentes a mesmo que foi atendido dia 31/01/2018 às 09H18min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 02/02/2018.

E para constar eu, Rossana de Fatima de Araujo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de abril de 2018




Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 98920

Atd: Nao Registrado

ALEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 31/01/2018

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 09:18:50

384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: ADRIANA DA SILVA

() - CNPJ:

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: FABIO CAMILO DA SILVA

Num. Prontuario: 2018.01.004361

Sexo: M IDENTIDADE: 3163968 Fone: 986671778

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 10/01/1985 Id: 33 ano(s)

End.: RUA PROJETADA NAO SOUBE INFORMAR, O SEM CARTAO DO SUS VEIO NO CARRO DO BOMBEIRO TEC. DE

Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF: PB

Mae: MARIA DE LOURDES CAMILO DA SILVA

Pai: NAO DECLARADO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: TECNICO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Medicamentos de Entrada

Escolaridade:

PRIMO WALKER BATISTA DE SOUZA

Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Residência: RUA

Transporte utilizado: VEIO NO CARRO DO BOMBEIRO

Ultima de acidente por: MOTO X CARRO EM MANGABEIRA PROX DO BEM MAIS

Ultima de violência por: HJ AS 8/40 CONDUTOR IA TRABALHAR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

PO:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Polia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Abd:

O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vômito

Queixa Principal

Observacao

CAUSAO MOTO COM CARRO COM FERIMENTO EM MIE

NEGA DESMAIO SIC

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de queda de moto sem múltiplas
lesões e ferimento profundo

Diagnostico

Trauma

Conduta

Atendimento e
observações.

Prescrição

Horario da medicacao

AS 09:40

Paciente vítima de queda de moto sem lesões

Paciente ferido em queda de moto em rua

Paciente vítima de queda de moto em rua

Paciente vítima de queda de moto em rua



Doenças Anteriores:

Alergias:

Cirurgias:

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Pis. []IC []HTF

☐ Trauma ☐ Neo ☐ Dislipidemia ☐ Banho de Rio ☐ Casa de Taipa

☐ Alcoolismo ☐ Neo ☐ Tabagismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

HAS

Dislipidemia _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias

Peso: _____ Kg

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral:

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia):

Gânglios:

Pele:

ACV:

AR:

ABD:

AGU:

SME:

SN:

Resultados de Exames Complementares:

Hipótesis Diagnósticas:

Conduta:

~~DE F... D... N...~~
~~8RM v. M...~~
8RM v. M...

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: FLAVIA CAMILA DA SILVA				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 31.01.20	Cirurgião: Dr. Heisenberg			1º Assistente: Dr. Ennos (3)	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Frente Exant Puro (6)					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
A men					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
Redução e sutura					
Fixação interna					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em Decúbito Dorsal
 Lavagem da pele Anterior
 Anestesia + Antimicrobiano
 Aplicação de gaze iodo

Incisão:

Achados:

Conduta:

Incisão longitudinal no Ant
 lateral. e profunda
 Dissecção para encontrar
 a fístula do glândula
 - Ressecção da fístula + Fixação
 interna com Placa OCP
 botão de 08 gramas + 8 gramas
 anti-cicatrização
 - Lavagem SF 7,7%
 Sutura da pele

Fechamento:

- curativo
 Rx control

OBS:

Data: 31/02/20

Dr. Enio P. Bezerra
 CRM 1499
 MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Dr. Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Fabio Camilo da Silva é portador do CID : S 82
apresentando dor crônica, acompanhado de edema em perna esquerda
proveniente de fratura ocasionado por acidente de motocicleta. A lesão teve como
seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

23-07-2018



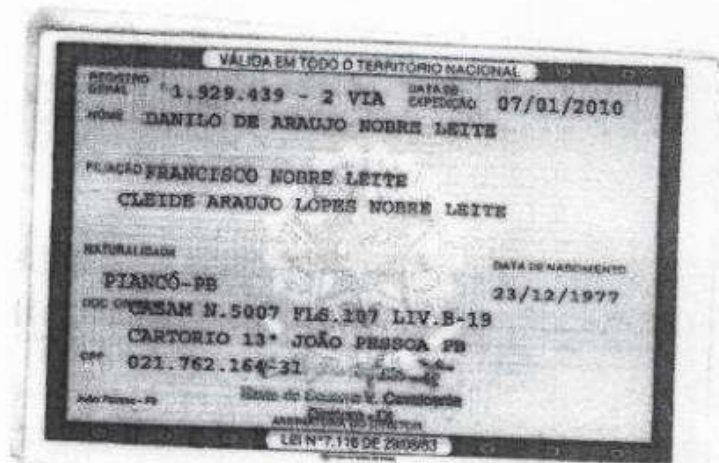
Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8.742

Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rabelo Junior N° - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090







PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180260313 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO CAMILO DA SILVA **Data do acidente:** 31/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de ossos da perna esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame: 02 cicatrizes anterior da perna esquerda com limitação moderada da flexo extensão de tornozelo esquerdo.
Uso de muletas para deambular .

Resultados terapêuticos: Cirurgiado na urgência e alta em 02-022018.
Acompanhamento fisioterápico e ambulatorial .

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/07/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**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: **3180260313**

Nome do(a) Examinado(a): **FABIO CAMILO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PROJETADA, SN - CENTRO - Conde - PB - CEP 58322-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /PB**] **3163968**

Data e local do acidente: [**31/01/2018**] **MANGABEIRA- JOÃO PESSOA**

Data e local do exame: [**29/08/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PACIENTE COM CICATRIZ CIRÚRGICA TERÇO ANTERO INFERIOR PERNA ESQUERDA (VIA DE ACESSO CIRÚRGICO), SEM ATROFIAS MUSCULARES, SEM DEFORMIDADES EM MEMBRO, MOBILIDADE NO TORNOZELO ESQUERDO NORMAL, JOELHO E QUADRIL ESQUERDO TAMBÉM NORMAIS. REFERE EDEMA CRÔNICO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DEFICIT DE FORÇA, FORÇA MÁXIMA REDUZIDA EM 10% EM RELAÇÃO AO MEMBRO CONTRALATERAL. REFERE DOR CRÔNICA PERNA ESQUERDA.

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

[**X**] Sim [] Não

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

PACIENTE DEU ENTRADA NO HOSPITAL EM 31/01/2018 COM FRATURA EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA. FEITA REDUÇÃO CRUENTA+ LIMPEZA DE FERIDA + FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS. EM 02/02/2018 RECEBEU ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. REFERE QUE TEVE ALTA AMBULATORIAL EM JULHO DE 2018.

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 membro inferior esquerdo

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):

Membro inferior esquerdo

% do dano: (X) 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.

Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (MS em 12/07/2018): 12,5% da IS. Conduta mantida.



Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB



**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: **3180260313**

Nome do(a) Examinado(a): **FABIO CAMILO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PROJETADA, SN - CENTRO - Conde - PB - CEP 58322-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /PB**] **3163968**

Data e local do acidente: [**31/01/2018**] **João Pessoa pb**

Data e local do exame: [**12/07/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta de ossos da perna esquerda

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Acidente em 31-01-2018 Ao exame : 02 cicatrizes anterior da perna esquerda com limitação flexo extensão de tornozelo em 50 %. Uso de muletas para deambular .

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

[**X**] Sim [] Não

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

Cirurgiado na urgência e alta em 02-022018. Acompanhamento fisioterápico e ambulatorial .

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 motora

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):

Tornozelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolero para simplificar pagamento da nota fiscalizadora de energia elétrica: Nº 010.650.048



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 29 - Cidade Rádior - João Pessoa / PB - CEP 58675-680
CNPJ 06.995.182 / 0001-49 Insc. Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
MAYARA IRINEU DA SILVA RUA PROJETADA S/N CONDE		5/1378484-8		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2018	09/08/2018	0	16/08/2018	R\$ 0,00

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

MAYARA IRINEU DA SILVA

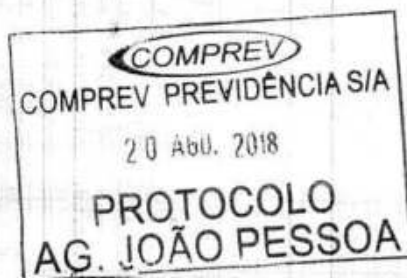
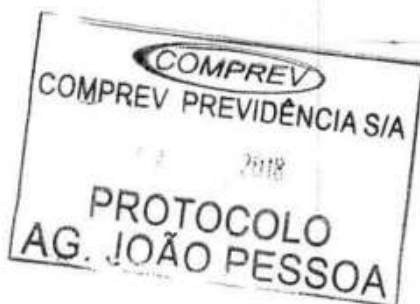
Rotômetro: 03-021-415-5880

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 16/08/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
16/08/2018	R\$ 0,00	1378484-2018-05-1

(83) 99811-5088

Para remarcar perícia



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Fabio Camilo da Silva
Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: Parado
Profissão: Mecânico
Identidade: 3.163.968 2ª Via CPF: 069.357.449-173
Endereço: Rua Proptaden, 59,
Coutinho, Condé, Paraíba, CEP: 58322-000

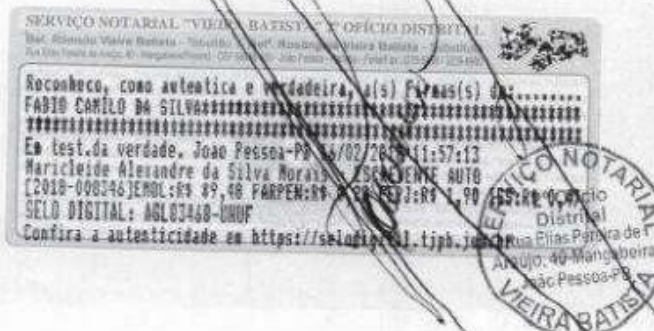
OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite
Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado
Profissão: Prestador de Serviços
Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31
Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo
meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio
para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro
Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: João Pessoa, 25 de maio de 2018.

Fabio Camilo da Silva
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO CAMILO DA SILVA**

Sinistro: **3180260313**
Vítima: **FABIO CAMILO DA SILVA**
Data do Acidente: **31/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

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 **3180260313** 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** 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

Pag. 01879/01880 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13068691



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Carta nº: 13142605

A/C: FABIO CAMILO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180260313
Vitima: FABIO CAMILO DA SILVA
Data do Acidente: 31/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

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: FABIO CAMILO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000066514-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01585/01586 - carta_15R - INVALIDEZ

00020793



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO CAMILO DA SILVA**

Sinistro: **3180260313**
Vítima: **FABIO CAMILO DA SILVA**
Data do Acidente: **31/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

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 **3180260313** 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** 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

Pag. 01995/01996 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13167007



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO CAMILO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180260313**
Vítima: **FABIO CAMILO DA SILVA**
Data do Acidente: **31/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180260313**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Pag. 01807/01808 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 13303753

