



Número: **0801988-28.2018.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **20/04/2018**

Valor da causa: **R\$ 6.412,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ISRAEL LOPES NETO (AUTOR)		WALDEY LEITE LEANDRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39259 647	09/02/2021 13:41	2781425_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: ISRAEL LOPES NETO

Sinistro: 3180000467

Vítima: ISRAEL LOPES NETO

Data do Acidente: 20/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

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 3180000467** 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. 00265/00266 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12400750



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Carta nº: 12509052

A/C: ISRAEL LOPES NETO

Nº Sinistro: 3180000467
Vitima: ISRAEL LOPES NETO
Data do Acidente: 20/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: ISRAEL LOPES NETO

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000004982

Conta: 000000008968-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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. 01961/01962 - carta_15R - INVALIDEZ

00020981





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSSE 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 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 ASI

CPF da Vítima

067.958.434-08

Nome completo da vítima

ISRAEL LOPES NETO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

ISRAEL LOPES NETO

Endereço

RUA JANNUNCIO NOBREGA

CPF titular da conta

067.958.434-08

Profissão

COZINHEIRO

Bairro

LIBERDADE

Cidade

PATOS

Número

12

Complemento

E-mail

Estado

PB

CEP

58703-230

Telefone (DDD)

(83) 9.9880-2050

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

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☒ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ 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)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DIV

CURTA

Nº

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

DIV

CURTA

Nº

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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 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.

PATOS/PB 01 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data

19 DEZ 2017

X Israel Lopes Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

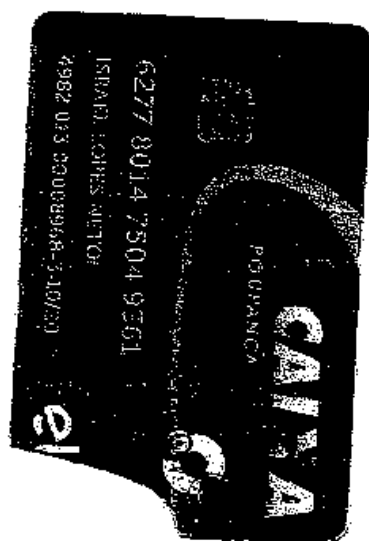
FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/02/2021 13:41:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020913414681800000037421615>

Número do documento: 21020913414681800000037421615



19 DEZ 2017





CERTIDÃO

Bolém de ocorrência



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a Ocorrência nº 5445/2017, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **DÉZESSETE (17)** dias do mês de **NOVEMBRO** do ano **DOIS MIL E DEZESSETE**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **MANOEL MARTINS FERNANDES**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, por volta das 15:32 horas, compareceu: **ISRAEL LOPES NETO**, Brasileira, RG 39.501.387-2 SSP/SP, CPF 067.958.434-08, natural de Catingueira/PB, Filho de Luiz Lopes e de Valdeci Alves da Silva, residente na Rua Janúncio Nobrega, nº 12, bairro Liberdade, Patos/PB, Tel. (83) 9.9613.8092, a fim de notificar o seguinte:

Que, na data 20/08/2017, por volta das 01:00 hora, conduzia a motocicleta de marca/modelo HONDA/POP 110I, placa QFS-1655/PB, Renavam 0111784063-5, licenciada em nome de EDCARLA DE MORAIS ROCHA ARAUJO, quando no cruzamento das ruas: Felizardo Leite x Rua do Prado, ao desviar um pedestre, um veículo (não identificado), que fazia o mesmo trajeto, lhe ultrapassou e para não atropela o pedestre, jogou o carro para cima da moto do notificante, que caiu, ficou inconsciente; Que, foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros Militar, desta cidade, e conduzido para o Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade; Que, devido o acidente, teve fraturas na perna direita.

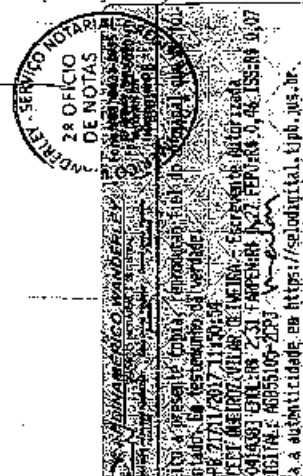
Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim, Eu, Escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante: Israel Lopes Neto

Patos/PB, 17 de novembro de 2017.

Caná M. da C. Leandro
Agente de Investigação de Polícia Civil.
Mat. 138.428-7





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 interdita 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

Israel Lopes Neto

CPF da Vítima

067.958.434-08

Data do Acidente

20/08/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

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.

Fatos/PB, 01 de Dezembro de 2017

Local e Data

19072017

Israel Lopes Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/02/2021 13:41:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020913414681800000037421615>

Número do documento: 21020913414681800000037421615

GOVERNO
DA PARAÍBASecretaria de Estado de Segurança e Defesa Social
Corpo de Bombeiros MilitarQuartel do Comando Geral
4º BBM

CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 038/2017

Certificamos para os fins que se destina, que aproximadamente às 01h09min do dia 20 de agosto do ano de 2017, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender ocorrência de vítima de acidente de trânsito (Colisão entre veículo e moto), ocorrido em via pública, sito à Rua Do Prado, (próximo ao cruzamento das ruas: Felizardo Leite e Rua do Prado), Bairro: Liberdade, nesta cidade de Patos-PB. #####

MOVIMENTO DO SOCORRO: Saída: 01h09min; Chegada ao local: 01h12min. ###

RELATO DO EVENTO (RESUMO): Ao chegar ao local solicitado, a guarnição constatou que a vítima, ISRAEL LOPES NETO, havia colidido com um veículo, encontrava-se ao solo em decúbito lateral, apresentava escoriações nos membros superiores e suspeita de fratura no membro inferior direito. Que foram realizados os procedimentos de praxe e logo em seguida transportada para o Hospital Regional de Patos. #####

VITIMA: ISRAEL LOPES NETO, 30 anos. #####

SOCORRISTAS: SD 525.880-4 JASLANELMO MARQUES DE ALBUQUERQUE
SD 527.444-3 WAGNER LEITE FERNANDES
SD 527.425-7 ISAAC DANNY PENIEL SOTERO GUEDES

SOLICITANTE DA CERTIDÃO: GILVAN LOPES, – RG nº 2.260.109 SSP/PB.

Quartel do 4º BBM/CCB em Patos, 19 de setembro de 2017

Manoel CARLOS de Almeida
RG - 619.723-2

Saulo Alves Laurentino – TC QOC BM
2/ Comandante

ANEXADO
19.09.2017

GOVERNO
DA PARAÍBA

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba – 4º Batalhão de Bombeiros Militar
Rua do Prado 958, Liberdade, CEP: 58703000, Patos-PB – E-mail: 4bbm@bombeiros.pb.gov.br
Fones: (83)34232280 (Gab Cmt/B-1) - 34232562 (CAT) - 34232761 (Central)



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: 07/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISRAEL LOPES NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04982

CONTA: 000000008968-3

Nr. da Autenticação 95E0799E56A2072A



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Conjunto João Pessoa - PB
CEP: 58015-870 - CNPJ: 09.120.634/0001-67

PARA CONSULTA COM A CAGEPA
ENTRAR NO ESTABELECIMENTO
MATRÍCULA

28962818

REFERÊNCIA

NOV/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

GILVANIRA LOPES MENSALLO
RUA JANDUNCIO NOBRIGA 12

LIBERDADE
PATOS

58703-230

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
075.08.505.0010	0	1	0	0	0	80469230
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A97S368604	03/09/1998	4	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	1. NÚM. DE DIAS	1. PROXIMA LEITURA
2250	2253	3	06/12/2017	06/12/2017
HIST. DE CONS. / ANDR.	LEIT.	QUALID. DA ÁGUA	DECRETO 2.914/2011-MS	
MAI/2017	3	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
JUN/2017	3	0	CLORO	98
JUL/2017	6	0	COL. TOTAIS	98
AGO/2017	3	0	CDR	98
SET/2017	14	0	TURBIDEZ	60
OUT/2017	0	0	COL. TERMOT.	0
MEDIA(M)			DADOS REFERENTES A SET/2017	

DATA DA LEITURA	HORA DA LEITURA
10/11/2017	08:39:18
DESCRIÇÃO	CONSUMO VL. ÁGUA - VL. ESGOTO - TOTAL (R\$)
RESIDENCIAL	36,44
047 - JUROS DE MORA	10,21
050 - ACRESCIM. (S) ANTES (S) ATUAL	10,21
	31,66

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$3.41 PIS E COFINS. LEI 12.741/12
VENCIMENTO: 21/11/2017
Total a Pagar: R\$39,86

V. 16.13.8.1.0

REALIZAÇÃO DE LEITURA REALIZADA

CLASSIFICAÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICÃO DE DEB. ANTERIORES

EXISTÊNCIA CONTA(S) ANTER. EM DEBITO

INFORMAÇÕES GERAIS:

ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO

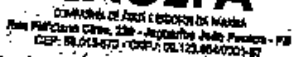
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

Comprovante de residência

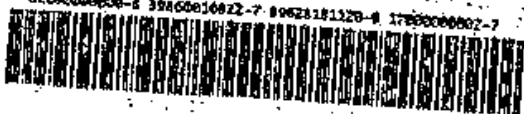


MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28962818	NOV/2017	21/11/2017	R\$39,86



**Comprovante de residência**

3200000000-8 32000010022-7 32000010022-8 3200000002-7



08 JAN 70



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ISRAEL LOPEZ NETO

RG nº 30.501.387, data de expedição 23/05/2007, Órgão SSP/SP

CPF nº 067.988.434-08, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Placa)	<u>Rua JANINCO NOROCCO</u>
Número	<u>12</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>LIBERDADE</u>
Cidade	<u>PAROS / PB</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.103-230</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.9880-2050</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 08 de Janeiro de 2018

Assinatura do Declarante: Israel Lopez Neto

08 JAN 2018



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edcarla de Morais Rocha Arango,
RG nº 2.798.638, data de expedição 10/08/2000,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 057.867.554-44, com
domicílio na cidade de Patos, no Estado de
Paraíba, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Notomael Nogueira, nº S/N,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vitima Israel Lopes Neto, cujo o condutor era
Israel Lopes Neto

Veículo: Honda POP 110
Modelo: POP 110
Ano: 2017
Placa: QF5 1655/PB
Chassi: 9CAJB01004R256676
Data do Acidente: 20/08/2017
Local e Data: Patos - PB 01/12/2017

ALDO
XAVIER

X Edcarla de Morais Rocha Arango
Assinatura do Declarante

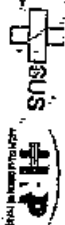
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

PROTEÇÃO DE PROTESTOS	Assinatura do Declarante	Assinatura do Condutor
PROTEÇÃO DE NOTAS	Assinatura do Declarante	Assinatura do Condutor
PROTEÇÃO DE NOTAS	Assinatura do Declarante	Assinatura do Condutor

Reconhecido, como autêntica e verdadeira, a(s) (assinatura) (s) de
EDCARLA DE MORAIS ROCHA ARANGO em 22/11/2017 11:50:34
Em testada verdade, Patos-PB 22/11/2017 11:50:34
Rebeca Xavier da Móbrega Rodrigues - Tabelião Substituto
[2017-012762]EMPIL:RS 49,25 FAPEN:RS 0,27 FEPD:RS 1,00
SELO DIGITAL: AEC43723-04K6
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

19 DEZ 2017





ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: P030473 CNPJ: 08.778.358.002376

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEB JANDY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS

ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: ISRAEL LOPES NETO

Mec: VALDECI ALVES DA SILVA

Nascimento: 27/04/1987

Profissão: COZINHEIRO(A)

Endereço: RUA LUIZ ARAUJO DA NOBREGA

Bairro: JARDIM GUANABARA

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510008

CNS: 888-0041-8102-4476

CPF:

Data / Hora: 20/08/2017 01:35:27

Peso: PA:

Tempo: TEMP:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Laçuna no MLD

EF: Ferimento

na perna D.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

Fratura grave.

Doença aguda - MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Seção 9 - 1000000 IV

Seção 9 - 1000000 IV

01 - ELETIVO CARACTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

REVISADO

DIAGNÓSTICO

Fratura exposta perna D

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

RESIDÊNCIA

OUTRO HOSPITAL

OUTRO

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	0	3	0	1	0	1	0	0	7	2
2.										
3.										

Ass. dos Profissionais Assistentes - condições

Médico / Cnm / Cns

GLYVANEY JOSE VENANCIO DA SILVA - 7597 - 111-1111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

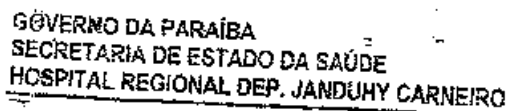
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

Documentação médica - hospitalar



02/2017

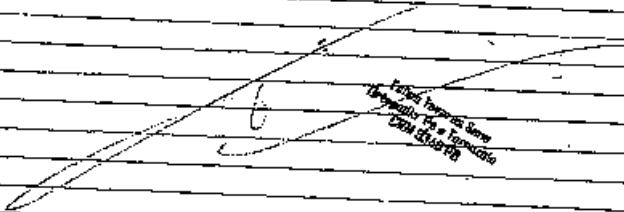


EVOLUÇÃO CLÍNICA
ENFERMARIA

PACIENTE: Israel Lopes

LETO:

REG.:

DATA	HORA	
20 08 2017	21:40	Admitido para se submeter a trata- mento unívoco de urgência no M.D. trauma exposta grave das ossos da perna D e lesões de partes moles. - Lesão do m. fibular  Fórmula Hospital São Francisco de Assis - UPA

III-I-B-III-II-T

2023





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Israel Lopes Neto</u>	
DA CLÍNICA <u>Cardiologia</u>	ENFERMARIA <u>6</u>
A CLÍNICA <u>Cardiologia</u>	LEITO <u>01</u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Risco cirúrgico</u>	
(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>29/09/17</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente previamente conhecido. Sem
fatores de risco cardiovascular CHAS, DM,
tabagismo, dislipidemia?
ECG Bom, supraventricular, normal
AEC - REREM 20 DWF SIS R: Ponto
AN. MV and LV normal
ECG - Retorno normal de repolarização
ECG normal
Risco cirúrgico: BAIXO

APTO AO PROCEDIMENTO

28/08/17

DATA

Dr. George de Almeida Figueiredo
Cardiologia Clínica
CRM-PB 5124

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

19057287





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Israel Lopes</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>20/8/17</u>	End.	Leito
Cirurgião: <u>Felipe Sena</u>	1º Auxiliar: <u>Wagner</u>	
Anestesiista: <u>Cleto Barboza</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura exposta dos ossos da perna D com lesões de partes moles</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>Trat. cir. de fratur. ossos da perna e fixador externo</u>		
Diagnóstico Pós Operatório: <u>Idem + lesões de neuro fibular</u>		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato: <u>Rx perna</u>		
Acidente Durante a Cirurgia: <u>Não houve</u>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais
<u>Pele em D.D.H. sob anestesia. Limpeza prévia/Assepsia</u>
<u>Campos estêreis.</u>
<u>Desbridamento ulceroso</u>
<u>Limpeza cirúrgica exaustiva e seco em abundância</u>
<u>Montagem do fixador externo</u>
<u>Tratamento das partes moles</u>
<u>Síntese por planos</u>
<u>Oclusão oclusiva.</u>

19 DEZ 2017





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>ISROEL LOPES NUNES</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>31/08/2019</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Dr. Fábio Spá</u>	1º Auxiliar: <u>Dr.</u>	
Anestesista: <u>Dr. AUGUSTO</u>	Tipo de Anestesia: <u>Uso de 265 TCC-10</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fêmur da TUBA PROXIMAL - D: 265 TCC</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>OSTEOSTOMIA TUBA PROXIMAL - D: 265 TCC</u>		
Diagnóstico Pós Operatório: <u>IDGM</u>		
Relatório imediato do Patologista: <u>Não</u>		
Exame Radiológico no Ato: <u>Não</u>		
Acidente Durante a Cirurgia: <u>Não</u>		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais
1. PAC 265 TCC - G - 265 TCC - DRENAGEM - 265 TCC - 265 TCC
2. ASSESSORIA G - ANESTESIA
3. CONDIÇÃO DO CANAL CIRCULATÓRIO
4. VLA DE ACESSO MEDIAL A 7.210 - DRENAGEM
5. REDUÇÃO CANAL G - 265 TCC - 7.210 - 265 TCC com PCC
6. MODAL G - 265 TCC - 7.210 - 265 TCC com PCC
7. SUTURA DO FÊMUR COM 5.0
8. CUMPRIMENTO

Dr. Fábio de M. Spá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-55.9119

19022019





HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N-
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Prontuario: 4291

Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Data/Hora 20/8/2017 01:38:00

Servidor do Dr.:

Paciente ISRAEL LOPES NETO

Filiação

Pai:

LUIZ LOPES

Mãe:

VALDECI ALVES DA SILVA

Idade: 30 Sexo M

Endereço

Cidade

PATOS - PB - 58700-000 - 2510808

Endereço:

RUA LUIZ ARAUJO DA NOBREGA

Bairro:

JARDIM GUANABARA

Naturalidade:

CATINGUEIRA - PB

Fone:

(83)9630-1949

Documentos

CNS:

898-0041-8102-4476

Identidade:

395013872 SSPSP

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento

27/4/1987

Cor:

PARDA

Estado Civil:

SOLTEIRO(A)

Profissão:

COZINHEIRO(A)

Responsável:

Abelino F. da Silva

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

Paciente refere trauma no membro inferior.
Direito em acidente de moto.

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

Lesão extensa na perna D. exposição
de foco de fratura e lesão de nervo.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx

Diagnóstico:

fratura exposta das ossas da perna D

Motivo da Alta:

Resultado: () Satis Curado

(X) Melhorado

() Falecido

() Transferido

Em,

01 / 09 / 17

Recepcionista: RICARDO

19 DEZ 2017



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

Paciente: Ismael Lopes Neto Lote: 085439 - Código: ANVISA 8 680
 PMSO INSTRUMENTAL 03550 - 15 X 15 X 20 X 1

AL: 20.08.17 LEITO: 30 CONVÊNIO: União IDADE: 30 REGISTRO: União

Cirurgião: Dr. Felipe Lima Fabric.: 23/05/2017 Val.: 05/2022
 Registro ANVISA N°: 80083650326
 Material: Apo Inox F13B

Anestesia: Raquel + Sedação Clorazepato Anestesia: Dr. Guilherme Luta Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.881.632/0001-40 - Rio Claro / SP
 Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@sartori.com.br

Instrumentação: 20.08.17 DATA: 08.10. FEM: 08.10. Lote: 085439 - Código: ANVISA 8 680
 SISTEMA DE ROTAÇÃO: 03550 - 15 X 15 X 20 X 1
 FEMUR 1 250 - ESTEIA

Fabric.: 24/05/2017 Val.: 05/2022
 Registro ANVISA N°: 80083650331
 Material: Apo Inox / Alumínio

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentação 500g	1	Equipo p/ sorção sangue
1	TX. Capnógrafo 50L	1	Scalp
1	TX. Bomba de Infusão cateter DC	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
1	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi 20x
1	TX. Monitor Cárdio-Respirador	1	Sonda de Foley
1	TX. de Laser	1	Coletor de Urina
1	TX. de Curativo	1	Seringa 1 ml
1	TX. de Instalação S. Vascular	1	Seringa 3 ml
1	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
1	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
1	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
1	TX. Oxímetro de Puls	1	Eletrodos desc.
1	Neocain 10.000	1	Atadura de Crepom 10cm
1	Hialano	1	Atadura de Crepom 20cm
1	Thionembatal	1	Atadura Gessada 10cm
1	Quelicin	1	Sonda Uretral
1	Pavulon	1	Sonda Nasogástrica
1	Dorminid	1	Éter Sulfúrico
1	Fentanyl 0,05mg	1	Dreno Penrose
1	Xilestasin a 5%	1	Dreno Sucção
1	Inoval	1	Dreno de Tórax
1	Xilocaina a 2%	1	Esparadrapo
1	Etidimidate	1	Xilocaina Gel
1	Kotalar	1	Álcool 70%
1	Pubicovaina 0,5%	1	PVPI Tintura
1	Dimorf	1	Gases
1	Lanexat 0,5ml	1	Algodão Hidrófilo
1	Narcan	1	Algodão Ortopédico
1	Forane	1	Cidex
1	Bufo 100mg	1	Vaselina Estéril
1	Diazepam	1	Agulha descartável
1	Água destilada 10ml	1	Pastilha de Formol
1	Prostigmine	1	Fio Cromado 0 c/ agulha
1	Atropina	1	Fio Cromado 0 s/ agulha
1	Adrenalina	1	Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Efortil	1	Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 15g	1	Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Biotin 100mg	1	Fio Cromado 2-6 s/ agulha
1	Diazepam 10mg	1	Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Diplone	1	Cat-gut simples 0 s/ agulha
1	Esparin 5000 VI	1	Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil 40-mg	1	Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
1	Amicacina 500mg	1	Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raquel Descartável	1	Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
1	Abbocote 20 e 22	1	Polycot 0 c/ agulha
1	Polycot 0 s/ agulha	1	Polycot 2-0 c/ agulha
1	Polycot 2-0 s/ agulha	1	Polycot 3-0 c/ agulha
1	Polycot 3-0 s/ agulha	1	Prolene 2-0 c/ agulha
1	Prolene 0 c/ agulha	1	Nylon 6-0





H.R.P.
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUMY CARNEIRO



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr.(a) ISRAEL LOPES NETO portador(a) da identidade RG. _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 09:00 horas, portador(a) da patologia CID-10 S83.1 devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 20 (NOVRATO) dias, a partir desta data.

DR. FERNANDO LOPES
CRM-PB 55777
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

Patos-PB, 13/11/20

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, ISRAEL LOPES, autorizo o(a) Dr.(a) Fernando Lopes a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Caravello S. A. Neto
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.268/0001-60
RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA



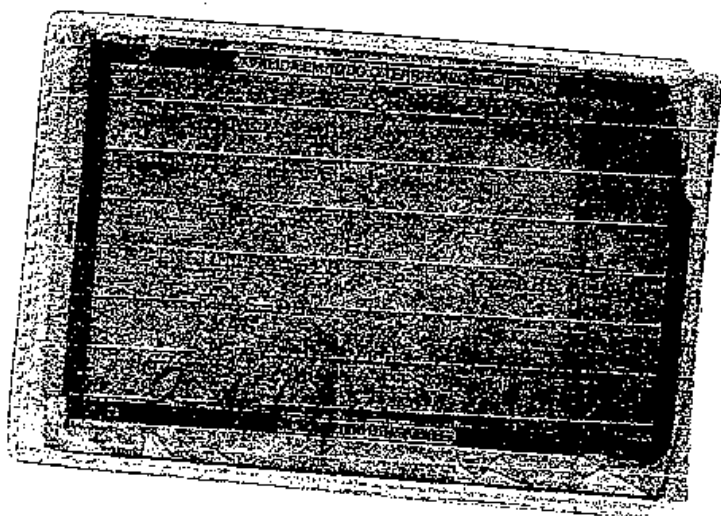
Atestado a presente, cuja reprodução fiel do original que se encontra apresentado, em testamento da verdade.
Patos-PB 21/11/2017 11:50:34
MÁRIA DECI CARLOS VILAS OLIVEIRA - Escrevente Autorizada
(2017-041437) END: R. Z. SI. LARANJEIRA 0, 27 - FLORES 0, 44 - ISS: 0, 007
SELB DIGITAL: A0855104-PX19
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

19 DEZ 2020





Documentos de Identificação



1905200



15/12/2017

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL
([HTTP://BRASIL.GOV.BR](http://BRASIL.GOV.BR))

Serviços Barra GovBr

(<http://www.vlibras.gov.br/>)



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **067.958.434-08**

Nome: **ISRAEL LOPES NETO**

Data de Nascimento: **27/04/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **04/06/2004**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:02:16** do dia **15/12/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **9D21.EF5B.A3D9.78BF**



19 DEZ 2017

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

<https://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaExibir.asp>

1/2

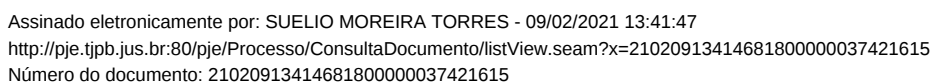


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/02/2021 13:41:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020913414681800000037421615>
Número do documento: 21020913414681800000037421615

Num. 39259647 - Pág. 22

Abstract

19 DEC 237



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180000467 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISRAEL LOPES NETO **Data do acidente:** 20/08/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta em perna direita.

Descrição do exame médico pericial: Membro inferior direito: apresenta desvio lateral do joelho em cerca de 20°, com limitação de movimentos do mesmo em grau acentuado (cerca de 25% da amplitude total). Limitação de movimentos do pé direito em grau moderado a acentuado (cerca de 30% da amplitude total de movimentos). Marcha com o apoio em muletas axilares.

Resultados terapêuticos: Requerente sofreu acidente de moto em 20/08/2017. Vítima realizou cirurgia em 20/08/2017. Desde então, vem em acompanhamento ambulatorial. Apresenta dificuldade para deambular devido às limitações funcionais da perna e pé direitos.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito, Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/02/2018

Conduta mantida:

Observações: Sequelas do joelho definidas, não passíveis de melhora. Sequelas do pé talvez ainda possam piorar, com o desuso. Nota do revisor: adequamos o ?PI? conforme relatório descritivo do médico examinador. Procedida avaliação médica na cidade de Catolé do Rocha.

Médico examinador: Fabricio Bezerra Formiga

CRM do médico: 4554

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

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

Nome do(a) Examinado(a): **ISRAEL LOPES NETO** Sinistro: **3180000467** Data: **20/08/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Januncio Nobrega, 12 - Liberdade - Patos - PB - CEP 58703-230**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / SP**] **395013872**

Data local do exame: [**26/02/2018**] **Catolé do Rocha** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Requerente sofreu acidente de moto em 20/08/2017, com fratura exposta em perna direita, sendo operado no mesmo dia. Ainda tem dificuldade para deambular, por não conseguir movimentar o pé direito após o acidente. Membro inferior direito: apresenta desvio lateral do joelho em cerca de 20°, com limitação de movimentos do mesmo em grau acentuado (cerca de 25% da amplitude total). Limitação de movimentos do pé direito em grau moderado a acentuado (cerca de 30% da amplitude total de movimentos). Marcha com o apoio em muletas axilares.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Vítima realizou cirurgia em 20/08/2017. Desde então, vem em acompanhamento ambulatorial. Apresenta dificuldade para deambular devido às limitações funcionais da perna e pé direitos.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação acentuada de movimentos do joelho direito, com arco de movimentos reduzido a 25% da amplitude total. Limitação moderada a acentuada de movimentos do pé direito, com arco de movimentos reduzido a 30% da amplitude total, na articulação tíbio-társica.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
Joelho direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):
Pé direito (articulação tíbio-társica)

% 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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

Sequelas do joelho definidas, não passíveis de melhora. Sequelas do pé talvez ainda possam piorar, com o desuso.

Fabrizio Bezerra Formiga

Fabrizio Bezerra Formiga - CRM: 4554 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/02/2021 13:41:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020913414681800000037421615

Número do documento: 21020913414681800000037421615

Num. 39259647 - Pág. 25



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: ISRAEL LOPES NETO

Nº Sinistro: 3180000467

Vítima: ISRAEL LOPES NETO

Data do Acidente: 20/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180000467**.

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 12155274

Pag. 01959/01960 - carta_01 - INVALIDEZ

00010980



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ISRAEL LOPES NETO**
Nº Sinistro: **3180000467**
Vítima: **ISRAEL LOPES NETO**
Data do Acidente: **20/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180000467**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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. 00677/00678 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12158314



Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: ISRAEL LOPES NETO

Sinistro: 3180000467

Vítima: ISRAEL LOPES NETO

Data do Acidente: 20/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

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 3180000467** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

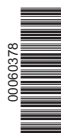
Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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. 00755/00756 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12256341

