

## Pedido de Reanalise

Eu, Adriano Lopes de Carvalho,

Rg: 2002023026183 e

Cpf: 02337620352, solicito

reanalise de meu processo de invalidez

permante de n. 3150579575, visto que

estou mandando um novo relatório informando  
o grau da minha invalidez permante.

Espero que os senhores compreendam a

minha solicitação e assim possa dar

procedimento ao processo concluindo com a

Marcação de perícia e conseqüentemente

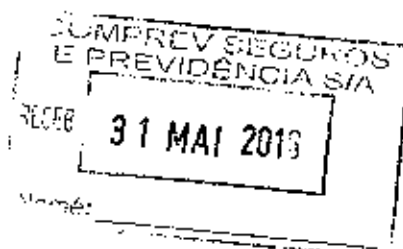
efetuando o pagamento da indenização.

Atenciosamente,

Camocim (Ce), 19 de MAIO 2016

Adriano Lopes de Carvalho

DOCUMENTO 2 "T2ºm"



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150579575 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO LOPES DE CARVALHO **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 20/07/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA À D

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** ENCAMINHANDO PARA PERICIA MEDICA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO DAS SEQUELAS DEFINITIVAS QUE TENHAM PERSISTIDO APÓS O TERMINO DO TRATAMENTO

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** ARNALDO KACELNIK

**CRM do médico:** 52.31291-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150579575 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO LOPES DE CARVALHO **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** REFERE DOR NA PERNA DIREITA. APRESENTA DE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/07/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Mário Luis Timbó Farias

**CRM do médico:** 9879

**UF do CRM do médico:** CE

## 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

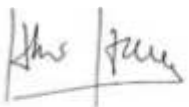
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** HELIO LATERMAN

**CRM do médico:** 52.36046-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150579575 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO LOPES DE CARVALHO **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME, PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR NA PERNA DIREITA, HIPOTROFIA DA PANTURRILHA E DÉFICIT DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO, COMPROMETENDO A DEAMBULAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA. PORÉM EVOLUIU COM RESTRIÇÃO DE MOBILIZAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO E DOR.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/09/2015

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Já indenizado com 50% de sequela em tornozelo.

**Médico examinador:** Joao Paulo Tavares Linhares

**CRM do médico:** 9892

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** LUCIA ANTUNES CHAGAS

**CRM do médico:** 52.95117-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**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): **ADRIANO LOPES DE CARVALHO** Sinistro: **3150579575** Data: **22/03/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **PV FLAMENGA DOS REGINOS, 00 - NORTE - Camocim - CE - CEP 62400-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **2002025020183**

Data local do exame: [ **27/07/2015** ] **Camocim** [ **CE** ]

**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)  
**FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA. REFERE DOR NA PERNA DIREITA. APRESENTA DE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.**

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.  
**TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

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 funcional do tornozelo direito**

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):

**Tornozelo direito**

% 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

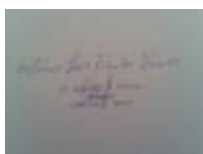
Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale 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.



Mário Luis Timbó Farias - CRM: 9879 - CE

**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): **ADRIANO LOPES DE CARVALHO** Sinistro: **3150579575** Data: **22/03/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **PV FLAMENGA DOS REGINOS, 00 - NORTE - Camocim - CE - CEP 62400-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **2002025020183**

Data local do exame: [ **27/07/2015** ] **Camocim** [ **CE** ]

**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)  
**FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA. REFERE DOR NA PERNA DIREITA. APRESENTA DE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.**

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.  
**TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

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 funcional do tornozelo direito**

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):

**Tornozelo direito**

% 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

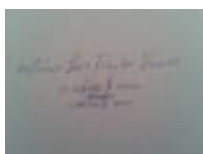
Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale 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.



Mário Luis Timbó Farias - CRM: 9879 - CE

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150579575 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO LOPES DE CARVALHO **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME, PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR NA PERNA DIREITA, HIPOTROFIA DA PANTURRILHA E DÉFICIT DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO, COMPROMETENDO A DEAMBULAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA. PORÉM EVOLUIU COM RESTRIÇÃO DE MOBILIZAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO E DOR.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/09/2015

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Já indenizado com 50% de sequela em tornozelo.

**Médico examinador:** Joao Paulo Tavares Linhares

**CRM do médico:** 9892

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** LUCIA ANTUNES CHAGAS

**CRM do médico:** 52.95117-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150579575 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO LOPES DE CARVALHO **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** REFERE DOR NA PERNA DIREITA. APRESENTA DE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/07/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Mário Luis Timbó Farias

**CRM do médico:** 9879

**UF do CRM do médico:** CE

## 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

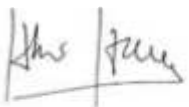
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** HELIO LATERMAN

**CRM do médico:** 52.36046-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150579575 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO LOPES DE CARVALHO **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 20/07/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA À D

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** ENCAMINHANDO PARA PERICIA MEDICA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO DAS SEQUELAS DEFINITIVAS QUE TENHAM PERSISTIDO APÓS O TERMINO DO TRATAMENTO

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** ARNALDO KACELNIK

**CRM do médico:** 52.31291-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## Pedido de Reanalise

Eu, Adriano Lopes de Carvalho,

Rg: 2002023026183 e

Cpf: 02337620352, solicito

reanalise de meu processo de invalidez

permanente de n. 3150579575, visto que

estou mandando um novo relatório informando  
o grau da minha invalidez permanente.

Espero que os senhores compreendam a

minha solicitação e assim possa dar

procedimento ao processo concluindo com a

Marcação de perícia e conseqüentemente

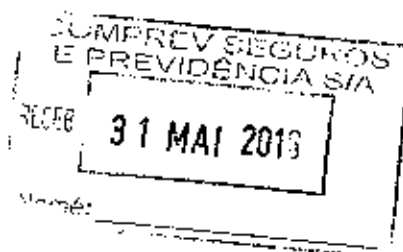
efetuando o pagamento da indenização.

Atenciosamente,

Camocim (Ce), 19 de MAIO 2016

*Adriano Lopes de Carvalho*

DOCUMENTO 2 "T2ºm"



996



965-898003029499849

HOSPITAL  
DEPUTADO  
MURILLO AGUIAR  
CONVÊNIO AO SUS

## Ficha de atendimento - Emergência

Prontuário: 591233 CNS: \_\_\_\_\_ Leito: 001 Enf: X  
 Classificação de risco ( ) Data: 23/09/15 Hora: 15:29 Naturalidade: coraçoba  
 Nome: Adriano Lopes de Carvalho  
 Nome da Mãe: Maria do Rosário Lopes de Carvalho  
 Pai: Francisco das Chagas de Carvalho  
 Data de nascimento: 29/09/86 Documento: (RG) 2002029020185  
 Endereço: L. Domingos de Aguiar  
 Bairro: Zona Rural Cidade: Coraçoba Profissão: \_\_\_\_\_  
 Adulto ( ) Pediátrico ( ) Ortopedia ( ) Clínica ( ) Cirúrgico ( ) Ginecológico ( )  
 ( ) Referência: Município ( ) Referência ESF  
 Por que não Procurou a ESF: \_\_\_\_\_  
 Motivo do Atendimento: \_\_\_\_\_

Sinais Vitais: PA \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ mmHg T \_\_\_\_\_ °CP \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Conduta médica

Assinatura do paciente / Responsável

Queixa principal:

Exame físico / Anamnese:

Hipótese Diagnóstica

Prescrição

Exame Complementar

Resp. pelo atendimento

Assinatura e carimbo do médico

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECER. 31 MAI 2013

Nome:



CENTRO CIRÚRGICO

CONTAGEM AO SUS

Operador: Dr. J. J. Aguiar Categoria: 305

Anestesiado: Dr. J. J. Aguiar Anestesia: Local

Operação: Prostetização de mão direita

Paciente: Adriano Roberto de Carvalho

CONSUMO

Dolantina 1 fio Algodão 2.0 1 fio 0.0 1

Atropina 1 fio col. gul. simples 2.0 0 fio 0.0 3

Adrenalina 1 fio col. comado 3.0 2 fio 0.0 1

Transamin 1 fio de seda 1

Alcool 1 fio Poligactina 1.1 2 fio 2.0 1

Ridone Atopico 1 fio Nylon 2.0 2 fio 3.0 4 fio 4.0 5

Ridone Degenerante 1 fio Polipropileno 2.05 2 fio 2.0 0

Soro gl. 5% 1 fio Compressas 1

Soro fis. 9% 1 fio Aladuras Gessada 1

Soro Ringer Lactado 1 Faixa 10 1

Metronidazol 1 Faixa 20 1

Propofol 1 Faixa 30 1

Midazolam 1 Plasil 1

Diazepam 1 Xilocaína 5% 1

Cloreto de Suxametônio 1 Lidocaína 2% 1

Citrato de Fenilalanina 1 Clonidrate Eufetina 1

Glóndrato Celammina 1 Espasmodrupo 1

Agulha de Raquet 1 Lâmina 1

Seringa 3.1 1 Luva nº 7.0 2 Luva nº 7.5 1 Luva nº 8.0 1

Clamp. Unipolar 1 Luva Procedimento 1.2 1

Equipo 1 Sonda Naso. Curva nº 1

Ulivia 1 Sonda Naso. Longa nº 1

Agulha 1.20 1 Sonda Endotraqueal nº 1

Agulha 1.20 1 Sonda Foley 2ª via 1

Fato de Morina 1 Sonda Foley 3ª via 1

Or Universal 1 Sonda Foley 3ª via 1

gmine 1 Coleto Sistema Fechado 1

Oml 1 Agulha nº 40x1.20 1

Agulha nº 0.45x13 1

Agulha 27x8 1

Egotat 1



CONVÊNIO SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

31 MAI 2015

BOLETIM DE ANESTESIA

Nome: 23109115

Paciente: Adriano Roberto de Carvalho

Categoria: 305

Tipo: Local

Anestésico Usado: Propofol

Início: 15:50 Término: 16:30 Tempo Total: 40 min

CONDIÇÕES DO PACIENTE

Ao Entrar na S.O. 88

Pa 110/80 P 85 T 36.0°C

Ao Sair da S.O. 88

Pa 100/60 P 75 T 36.0°C

Alterações Verificadas com o Paciente Durante o ato Cirúrgico

Ca. positiva 4p

Adriano

Dr. J. J. Aguiar

PACIENTE:

Admirso Lopes da Costa Filho

ENF:

1

LEITO:

004

PRONTUÁRIO:

59223

**Prescrição Médica**

DATA	Prescrição Médica - Assinatura	Relatório de Enfermagem	Observações	Ru
24/04	2) Rota oral	Horário Aplicação Medicamento		
25/04	2) Clonazepam 12 200	14 - 20		
26/04	3) paracetamol 800 200	14 - 20		
27/04	3) Rota oral	14 - 20		
28/04	3) Rota oral	14 - 20		
29/04	3) Rota oral	14 - 20		
30/04	3) Rota oral	14 - 20		
01/05	3) Rota oral	14 - 20		
02/05	3) Rota oral	14 - 20		
03/05	3) Rota oral	14 - 20		
04/05	3) Rota oral	14 - 20		
05/05	3) Rota oral	14 - 20		
06/05	3) Rota oral	14 - 20		
07/05	3) Rota oral	14 - 20		
08/05	3) Rota oral	14 - 20		
09/05	3) Rota oral	14 - 20		
10/05	3) Rota oral	14 - 20		
11/05	3) Rota oral	14 - 20		
12/05	3) Rota oral	14 - 20		
13/05	3) Rota oral	14 - 20		
14/05	3) Rota oral	14 - 20		
15/05	3) Rota oral	14 - 20		
16/05	3) Rota oral	14 - 20		
17/05	3) Rota oral	14 - 20		
18/05	3) Rota oral	14 - 20		
19/05	3) Rota oral	14 - 20		
20/05	3) Rota oral	14 - 20		
21/05	3) Rota oral	14 - 20		
22/05	3) Rota oral	14 - 20		
23/05	3) Rota oral	14 - 20		
24/05	3) Rota oral	14 - 20		
25/05	3) Rota oral	14 - 20		
26/05	3) Rota oral	14 - 20		
27/05	3) Rota oral	14 - 20		
28/05	3) Rota oral	14 - 20		
29/05	3) Rota oral	14 - 20		
30/05	3) Rota oral	14 - 20		
31/05	3) Rota oral	14 - 20		

**EVOLUÇÃO**

27/05

Admirso

Dr. Tereza Evangelina de Carvalho  
ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA  
Cirurgia do Maxilar

Dr. Tereza Evangelina de Carvalho  
ORTODONTIA E TRAUMATOLOGIA  
Cirurgia do Maxilar

# BOLETIM DE OPERAÇÃO

REG. 59323 NOME Delegado Lopes de Carvalho LEITO 7-001

Diag. Clínico: ESTENOCOSTOCLAVICULAR  
PRONATIA DETIDA

Ind. Cirúrgica: DESDOBLAMENTO + SÍTOSIS

## CONDIÇÕES DO PACIENTE

Ao entrar na SO: TPR - - - PA: 13 x 8

Ao sair da SO: TPR - - - PA: 10 x 6

Anestesia: lep

Operação: - - -

CLASSIFICAÇÃO: ASA I

Início: - - - Fim: - - -

ACHADOS: (Descreva os órgãos explorados e registre os achados patológicos).

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB. 31 MAI 2013

Nome: - - -

O que foi feito: - - -

1) procurar o membro  
deixar

2) Amarrar a Artéria

3) Desfazer a Artéria  
desfazer a  
Artéria - 2.

4) Procurar o membro

procurar o membro  
procurar

5) curativo

Dr. Thompson Camargo de Carvalho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 11017

Contagem de compressas: 1

Condições pre-operatório imediatas: - - -

11/11/13







# 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: 05/08/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00745

CONTA: 000000033561-7

---

Nr. da Autenticação 788C68E08F994FB8

# 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: 23/09/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00745

CONTA: 000000033561-7

---

Nr. da Autenticação 88BA252454C53586

3450579575

# ATO DECLARATÓRIO

968898003029499849

HOSPITAL  
DEPUTADO  
MURILLO AGUIAR  
CONVÊNIO AD SUS

## Ficha de atendimento - Emergência

Prontuário: 59123 CNS: 23.09.15 Leito: 004 Enf.: X  
Classificação do risco ( ) Data: 23.09.15 Hora: 15:49 Naturalidade: coro  
Nome: Adriano Lopes de Carvalho  
Nome da Mãe: Maria do Rosário Lopes de Carvalho  
Pai: Francisco Blaschagas de Carvalho  
Data de nascimento: 19.09.86 Documento: (RG) 2002029026185  
Endereço: Leomenegolas Regener  
Bairro: Zona Rural Cidade: Coro Profissão:   
Adulto ( ) Pediatra ( ) Ortopedia ( ) Clínica ( ) Cirúrgico ( ) Ginecológico ( )  
( ) Referência: Município ( ) Referência ESF  
Por que não Procurou a ESF:  
Motivo do Atendimento:

Sinais Vitais: PA x mmHg T °C Peso:   
Adriano Lopes de Carvalho  
Assinatura do paciente / Responsável

### Conduta médica

Queixa principal: Justa com dor no abdômen  
altiva D com pontos de

Exame físico / Anamnese: Tibia após acidente de  
Travista

### Hipótese Diagnóstica

### Prescrição

Intervenção para  
para o tratamento cirúrgico

### Exame Complementar

Resp. pelo atendimento

Assinatura e carimbo do médico

RECEB. 13 JUL 2016

COMPTEV SEGURANÇA  
E PREVENÇÃO

motivo  
atendimento

976

DOCUMENTO 1 "T196"



**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): **ADRIANO LOPES DE CARVALHO** Sinistro: **3150579575** Data: **22/03/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **PV FLAMENGA DOS REGINOS, 00 - NORTE - Camocim - CE - CEP 62400-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **2002025026183**

Data local do exame: [ **18/09/2015** ] **Sobral** [ **CE** ]

**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)  
**FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA. AO EXAME, PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR NA PERNA DIREITA, HIPOTROFIA DA PANTURRILHA E DÉFICIT DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO, COMPROMETENDO A DEAMBULAÇÃO.**

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.  
**REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA. PORÉM EVOLUIU COM RESTRIÇÃO DE MOBILIZAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO E DOR.**

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 funcional do tornozelo direito**

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):  
**Tornozelo direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale 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.



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150579575 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO LOPES DE CARVALHO **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** REFERE DOR NA PERNA DIREITA. APRESENTA DE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/07/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Mário Luis Timbó Farias

**CRM do médico:** 9879

**UF do CRM do médico:** CE

## 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

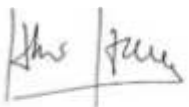
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** HELIO LATERMAN

**CRM do médico:** 52.36046-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150579575 **Cidade:** Camocim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO LOPES DE CARVALHO **Data do acidente:** 22/03/2015 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME, PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR NA PERNA DIREITA, HIPOTROFIA DA PANTURRILHA E DÉFICIT DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO, COMPROMETENDO A DEAMBULAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS. REALIZOU FISIOTERAPIA. PORÉM EVOLUIU COM RESTRIÇÃO DE MOBILIZAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO E DOR.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/09/2015

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Já indenizado com 50% de sequela em tornozelo.

**Médico examinador:** Joao Paulo Tavares Linhares

**CRM do médico:** 9892

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PRESTADOR

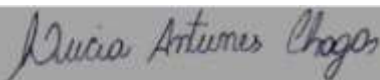
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** LUCIA ANTUNES CHAGAS

**CRM do médico:** 52.95117-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2016

Carta nº: 9381009

A/C: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

Sinistro: 3150579575 ASL-0474996/15  
Vitima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO  
Data Acidente: 22/03/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **13/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2016

Carta nº: 9173002

A/C: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

Sinistro: 3150579575 ASL-0474996/15  
Vitima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO  
Data Acidente: 22/03/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **31/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2015

Carta nº: 7908087

A/C: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

Sinistro: 3150579575  
Vítima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO  
Data Acidente: 22/03/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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: **ADRIANO LOPES DE CARVALHO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000000745**

Conta: **0000033561-7**

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 tornozelo 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2015

Carta nº: 7754929

A/C: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

Sinistro: 3150579575  
Vítima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO  
Data Acidente: 22/03/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2015

Carta nº: 7592936

A/C: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

Sinistro: 3150579575  
Vítima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO  
Data Acidente: 22/03/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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: **ADRIANO LOPES DE CARVALHO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000745**

Conta: **0000033561-7**

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2015

Carta nº: 7425721

A/C: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

Sinistro: 3150579575  
Vítima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO  
Data Acidente: 22/03/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2015

Carta nº: 7302482

A/C: ADRIANO LOPES DE CARVALHO

Sinistro: 3150579575  
Vitima: ADRIANO LOPES DE CARVALHO  
Data Acidente: 22/03/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **02/07/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/03/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

