

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



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Carta nº: 12509052

A/C: ISRAEL LOPES NETO

Nº Sinistro: 3180000467
Vítima: 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



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 a 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

CPF titular da conta

067.958.434-08

Profissão

COZINHEIRO

Endereço

RUA JANUÁRIO NOBREGA

Número

12

Complemento

Bairro

LIBERDADE

Cidade

PATOS

Estado

PB

CEP

58 703-230

E-mail

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

☒ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ 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

D/V

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

00008968-3

AGÊNCIA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

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.

PATOS/PB, 01 de DEZEMBRO de 2017

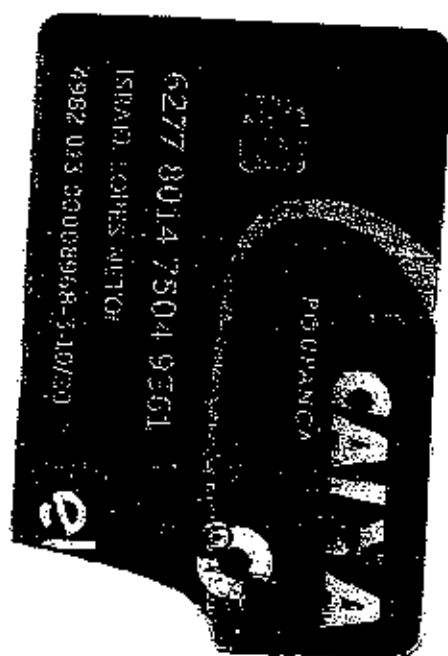
Lugar e Data

19 DEZ 2017

X Israel Lopes Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



19 DEZ. 2007



Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel: (83) 3423-2553 - Email: drpatos@gmail.com

CERTIDÃO

Bolaim 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 **DEZESSETE (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 Januncio 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 caindo, 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.

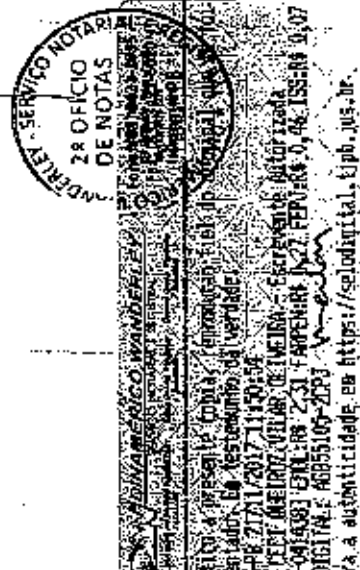
TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

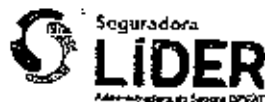
Notificante:

Israel Lopes Neto

Patos/PB, 17 de novembro de 2017.

ANA Mª 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 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

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.

Atos/PB, 01 de Dezembro de 2017

Local e Data

19072207

Israel Lopes Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Corpo de Bombeiros Militar

Quartel 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.

SAULO ALVES LAURENTINO
CAT - 5197202

Saulo Alves Laurentino – TC QOC BM
2/ Comandante

19 037 207



GOVERNO
DA PARAIBA

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 ESGOTOS DA PARAIBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 09.120.854/0001-07

PARA CUSTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTABECIMENTO
MATRÍCULA

28962818

REFERENCIA

NOV/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

GILVANIRA LOPES MENSATO
RUA JANUNCIO NOBREGA 12

LIBERDADE

58703-230

PATOS

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

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	1. NUM. DE DIAS	1. PROXIMA LEITURA
2250	2253	3	32	06/12/2017
HIST. DE CONS. / ANO	LEIT.	QUALID. DA ÁGUA	DECRETO 2.914/2011-M5	
MAI/2017	3	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
JUN/2017	3	0	CLORO	91
JUL/2017	6	0	COL. TOTAIS	91
AGO/2017	3	0	COL.	98
SET/2017	4	0	TURBIDEZ	45
OUT/2017	0	0	TEMP.	60
MEDIA (M)	4	0		60

DATA DA LEITURA: 30/11/2017	HORA DA LEITURA: 10:39:38
DESCRIÇÃO: RESIDENCIAL - CONSUMO VÍ. ÁGUA - VÍ. ESGOTO - TOTAL (R\$)	
247 - JUROS DE MORA	R\$136,86
850 - ACRESCIMOS JANEJES, ANT.	R\$1,60

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$3,41 PIS E COFINS: R\$1,21/12
VENCIMENTO: 21/11/2017 Total a Pagar: R\$39,86

16.13.8.1.0
NOTICIA DE LEITURA REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICÃO DE DEB. ANTERIOR(ES):
EXISTEM(5) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

Comprovante de residência



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

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DE MARABÁ
Rua Paracatu Cima, 226 - Jardim João Pessoa - PB
CEP: 61.013-670 - CAGEPA: 06.123.456/0001-87

PARCELA DE CONTAS DE CREDITO
PARCELA DE CONTAS DE CREDITO

MÁTRICULA

28962818

REFERENCIA

NOV/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

GILVANIRA LOPES MENEZES
RUA JANUNCIO NOBREGA, 12

LIBERDADE
PATOS

58703-230

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
073.08.505.0010	0	Unidade	Casa	Aluguel	Outro	80469230
073.08.505.0010	0	0	0	0	0	80469230
Matrícula	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
4975368604	03/09/1998		LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	1. NÚM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
2250	2253	3	31	06/12/2017
HIST. DE CONS. / ANOS				
MAI/2017	3	0	PARÂMETROS EXIG. ANÁLIS. CONFORMES	
JUN/2017	3	0	CEQ. 91	95
JUL/2017	6	0	CEQ. 91	95
AGO/2017	0	0	CEQ. 91	95
SET/2017	0	0	CEQ. 91	95
OUT/2017	0	0	CEQ. 91	95
NOV/2017	0	0	CEQ. 91	95
MÉDIA (m³)				
DADOS REFERENTES A SET/2017				

DATA DA LEITURA: 06/12/2017
DESCRIÇÃO: CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO
RESIDUO DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO
VALOR DO CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO
VALOR DO CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO
VALOR DO CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO

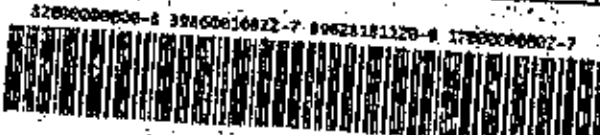
VALOR APROPRIADO DE TRIBUTOS: R\$ 41,05 E COTAS: Lei 12.741/12

VENCIMENTO: 21/11/2017 Total a Pagar: R\$ 39,66

CONDIÇÃO DE LEITURA REALIZADA: NORMAL
CONDIÇÃO DO PAGAMENTO: REAL
TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICÃO DE D.B. ANTERIORES:
EXISTÊNCIA CONTAS ANTER. EM DÉBITO:
INFORMAÇÕES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR



MÁTRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
28962818	NOV/2017	21/11/2017	R\$ 39,66



Comprovante de residência



08 JAN 2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ISRAEL LOPEZ NETO

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

CPF nº 067.958.434-08, 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 segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Plaza)	<u>Rua JANNINO MORGGA</u>
Número	<u>12</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>LIBERDADE</u>
Cidade	<u>PARANÁ / PR</u>
Estado	<u>PARANÁ</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

Eu, Edcarlos de Morais Rocha Arraigo,
RG nº 2.798.638, data de expedição 10/08/2000,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 052.867.554-44, 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
vítima Israel Lopes Neto, cujo o condutor era
Israel Lopes Neto.

Veículo: Honda POP 110

Modelo: POP 110

Ano: 2017

Placa: QFS 1655/PB

Chassi: 9C2JB0400+R256676

Data do Acidente: 20/08/2017

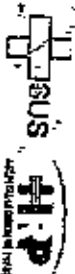
Local e Data: Potol - PB 01/12/2017

X Edson de Morais Rocha Araújo
Assinatura do Declarante

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

[illegible]

4229



42010000000000000000

ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CMS:

FE05473

CNPJ: 08.778.298.0023/76

NOME:

HOSPITAL REGIONAL DE JANDUHY CARNEIRO

ENDEREGO:

RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE:

PATOS

ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente:

ISRAEL LOPES NETO

Mae:

VALDECI ALVES DA SILVA

Nascimento:

27/4/1987

Idade: 30

Profissao:

COZINHEIRO(A)

Cor: PARDA

Endereco:

RUA LUIZ ARAUJO DA NOBREGA

Bairro:

JARDIM GUANABARA

Cidade:

PATOS - PB - 58700-000 - 2510808

CNS:

888-0041-4102-4476

Identidade:

395013872 SSPSP

Fone: (33)9630-1949

CPF:

888-0041-4102-4476

Data / Hora:

20/8/2017 01:35:27

Reg. Nasc.:

Recepcionista: RICARDO

Ficha Número:

218974

PESO:

PA:

TEMP:

4291

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Laureano M.D.

EF: Ferimento

na perna D.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

fratura grave.

Dieta: 300 - 1000 kcal

Seção: 29 IV

Salt - 1 colher de chá

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

DIAGNÓSTICO

fratura exposta perna D

REVISADO

EM

CID-10

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA

OBSERVAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

RESIDÊNCIA

2. APLICADA

OUTRO HOSPITAL

ÓBITO

INTERNAÇÃO

3. OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

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

Ass. dos Profissionais Assistentes - Carimbos

Médico / Cfm / Cns

GILVANEY JOSE VENANCIO DA SILVA - 7597 - 111-2154111-1111

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Digital

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

Documentação médica - hospitalar



02/2016



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



EVOLUÇÃO CLÍNICA ENFERMARIA

PACIENTE: Israel Lopes

LEITO: _____

REG.: _____

DATA HORA

20 01:40

08

2017

Admitido para se submeter a trata-
mento cirúrgico de urgência no NID:

fratura exposta grave dos ossos
da perna D e lesões de partes
mole.

- lesão do n. fibular

Israel Lopes
Enfermeiro de Patos
Data 20/01/17

III-III-III-III-III

19121201



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



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: Israel Lopes Neto

DA CLÍNICA Clínica
A CLÍNICA Cardiologia

ENFERMARIA 6°
LEITO 01

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

histo clínico

29/09/17

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente previamente hipertenso. Sem
fatores de risco cardiovascular CHAS, DM,
tabagismo, dislipidemia?
ECG Bom, supraventricular, normal
AEC - RER 27 DNF S/S R: Pórese
AN. MV andrúe 11/2 S 17
ECG... Retorno normal repetido
ECG normal

AMT

Risco cardiovascular: BA ALTO

APTO AO PROCEDIMENTO

28/10/17

DATA

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

2

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

19082207



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>	Enf.	Leito
Cirurgião <u>Felipe Sena</u>	1º Auxiliar <u>Waerson</u>	
Anestesista <u>Cleotano Barbosa</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fratura exposta das ossas da perna D</u> <u>com les de partes moles</u>		
Tipo de Cirurgia <u>Tto. cir. de fratur. ossas da perna e fixador</u> <u>externo</u>		
Diagnóstico Pós Operatório <u>Idem + les 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

Pcte em DDH sob anestesia - limpeza prévia / Assepsia
Campos estereis.
Desbridamento necrótico
Limpeza cirúrgica exaustiva e soro em abundância
Montagem do fixador externo
tratamento das partes moles
Síntese por planos
Cerativo adesivo.

Felipe Sena
Cirurgião
02/08/2017

0277261



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>2506L (OP63 N630)</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 26576530</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>FIMBRIA TUBA PROXIMAL 21/2019</u>		
Tipo de Cirurgia <u>OSTEOSSINTESE TUBA PROXIMAL 21/2019</u>		
Diagnóstico Pós Operatório <u>2306M</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 Visceras
1. PAC26N78 G4 SECURIZO DREJIL M630 CIR2019
2. ASACB19 G ANTISSEPSIS
3. CONDIÇÃO DO CANAL CIRCULATÓRIO
4. VIA DE ACESSO MEDIAL A 7.121 DREJIL
5. REDUÇÃO CONJUNTA G OSTEOSSINTESE 7.314 312620 COM PEG
6. MODI11 G PARAFUSOS CERVICAIS 4.5mm G GSP2019 6.5mm
7. SORUM
8. CUMPRIDO

Dr. Fábio de M. Spá
Otorrinolaringologista
CRM-SP 9119

19082207



HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
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

N:

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:

Abdington F. 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)

*Verimento extenso na perna D. exposição
de foco de fratura e lesão de nervo.*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Rx

Wagner

Diagnóstico:

fratura exposta dos ossos da perna D

Motivo da Alta:

Resultado: () Sane Curado (X) Melhorado () Falecido () Transferido Em, 01 / 09 / 17

Recepcionista: RICARDO

19 DEZ 2017

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Ismael Lopes de Sá

SE: LEITO CONVERSO IDADE: 80 REGISTRO: 4291

CIRURGIÃO: Dr. Felipe Lima ANESTESISTA: Dr. Gutemberg

ANESTESIA: Raquel + Sedação Oral

INSTRUMENTAÇÃO: DATA: 20.08.17 RISCO: 08.10. FC:

Lote: 085439 - Cód. de Reg. ANVISA: 80083850034
PRODUTOS MEDICINAIS - R. XOX 45X20X1

Fabric.: 23/05/2017 Val.: 05/2022
Registro ANVISA N°: 80083850034
Material: Apo Inox P138

Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.881.823/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3838-1910 - comercial@sartori.com.br

Lote: 085439 Cód. de Reg. ANVISA: 80083850034
SISTEMA DE POSIÇÃO 0385A SARTORI - LSEFX
FEARJA 1 350 - ESTERIL

Fabric.: 24/05/2017 Val.: 05/2022
Registro ANVISA N°: 80083850034
Material: Apo Inox / Alumínio

Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.881.823/0001-00 - Rio Claro / SP
Tel: +55 19 3838-1910 - comercial@sartori.com.br

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentação	1	Equipo p/ sorção e sangue
1	TX. Capnógrafo	1	Scalp
1	TX. Sonda de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos
1	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi
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. Vesical	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 Pulso	1	Eletrodos desc.
1	Neocain	1	Atadura de Crepom 10cm
1	Haiotano	1	Atadura de Crepom 20cm
1	Thionembutal	1	Atadura Gessada 10cm
1	Quelicin	1	Sonda Uretral
1	Pavilon	1	Sonda Nasogástrica
1	Dorminid	1	Éter Sulfúrico
1	Fentanil 0,05mg	1	Draino Penrose
1	Xilestasin a 5%	1	Draino Sucção
1	Inoval	1	Draino de Tórax
1	Xilocaína a 2%	1	Esparadrapo
1	Etidimidate	1	Xilocaína Gel
1	Ketalar	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	Guante Esteril	1	Vaselina Esteril
1	Diazepam	1	Aguilha 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	Eforil	1	Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 1g	1	Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Bleat	1	Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Blas	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	Tiladil	1	Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
1	Amicacina 500mg	1	Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Aguilha 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 0-0

027161



HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
GOVERNO DA PARAIBA
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 (dois) dias, a partir desta data.

DR. FERNANDO LOPES
CRM-PB 5327 - CRM-PB 18.228
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

Patos-PB, 13/11/2017

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

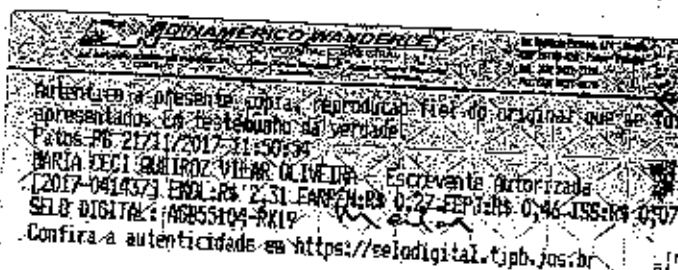
AUTORIZAÇÃO

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

Israell Lopes Neto
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

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

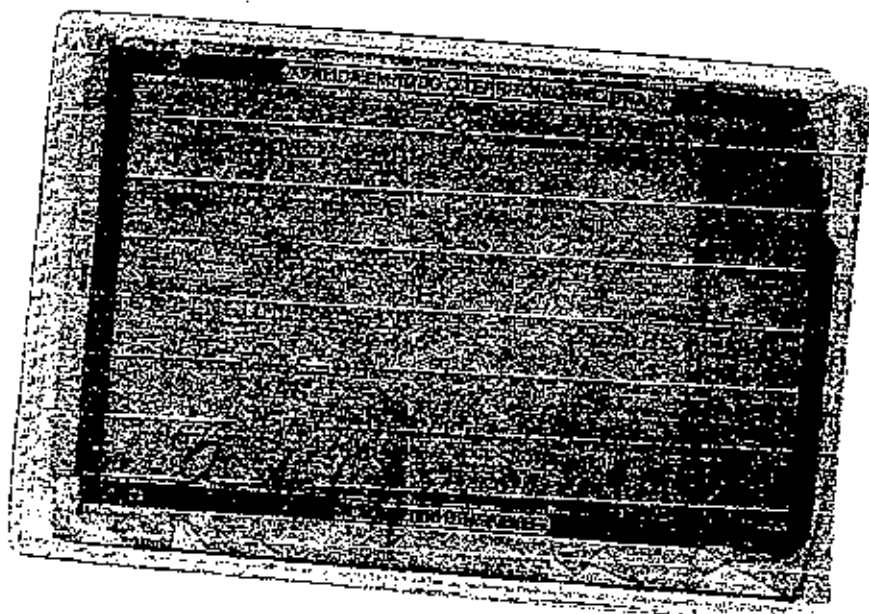
CNPJ 08.778.268/0001-60
RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAIBA



19053200



Documentos de Identificação



1967.207

BRASIL

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)

(http://www.vlbras.gov.br/)

Serviços Barra GovBr



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

Digito 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.)

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 10

19 DEZ. 2017

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 Catolê 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

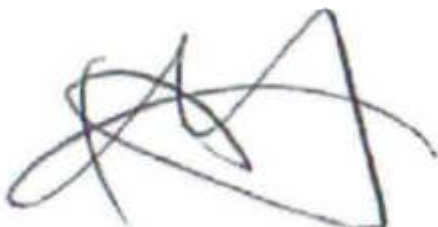
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

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 - 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.

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



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: ISRAEL LOPES NETO

Nº Sinistro: 3180000467

Vitima: 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



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: ISRAEL LOPES NETO

Nº Sinistro: 3180000467

Vitima: 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

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

