



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)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59320274	03/06/2022 12:56	Petição	Petição
59320276	03/06/2022 12:56	2781425_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
59320278	03/06/2022 12:56	2781425_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



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

AGÊNCIA

NRO.

DIV

4982

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

DIV

00008968-3

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

DIV

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

DIV

(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

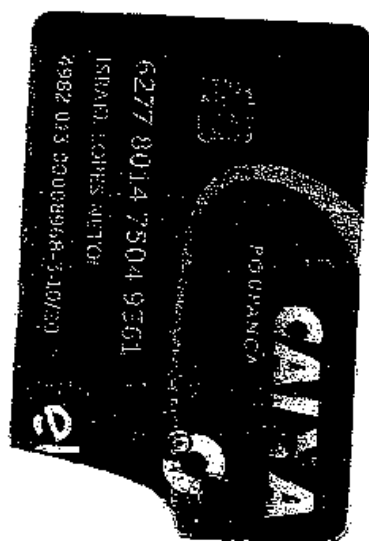
FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2022 12:56:51

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22060312565156200000056117158>

Número do documento: 22060312565156200000056117158



19 DEZ 2007





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.

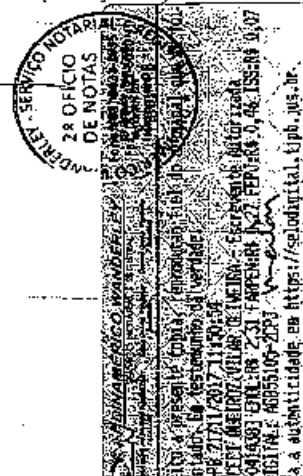
Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim, Eu, Escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

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



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 D. de Moraes
RG - 519.123.2

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 - Jardim 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 MENSAIO
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	3	3	06/12/2017	06/12/2017
HIST. DE CONS. / ANDR.	LEIT.	QUALID. DA ÁGUA	DECRETO 2.914/2011-MS	
MAR/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	1. NÚM. DE DIAS	1. PROXIMA LEITURA
10/11/2017	06/12/2017	06/12/2017
DESCRIÇÃO	CONSUMO DE ÁGUA	CONSUMO DE ESGOTO
RESIDENCIAL	107	36
447 - JUROS DE MORA		
850 - ACRESCIMOS ANEXOS		

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

OPÇÃO DE LEITURA REALIZADA

OPÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: NORMAL

POSICÃO DE DEB. ANTERIORES

EXISTEM CONTA(S) ANTER. EM DEBITO

INFORMACOES GERAIS:

ACOMPANHE COMO ESTA 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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ISRAEL LOPEZ NETO

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

CPF nº 067.988.414-08, 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 MORGGA</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



1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
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
84

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Edcarlos de Morais Rocha Azeite,
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 resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Abtamael Nogueira, nº 511,
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: 9C2JB01004R256676
Data do Acidente: 20/08/2017
Local e Data: Patos - PB 01/12/2017



Edson de Barros Rocha Araújo
Assinatura do Declarante

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


 • FÓRUM DE PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS
 • OFÍCIO DE NOTAS, IMPRESSOS E TÍTULOS DO CONJUNTO
 • CONTROLE DE QUALIDADE FISCAL E JURÍDICA

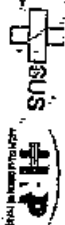
Ingrida Xavier de Oliveira Arlene Mendes de Almeida
 Titular Secretária

NECONHEÇO, COMO AUTÊNTICA E VERDADEIRA, A(S) FÉRMULA(S) DE
 EDUARDA DE MORAES ROCHA PRIMAVERA
 Em testada verdade, Páteo-PB 22/11/2017 11:59:54
 Raíssa Xavier da Móbrega Rodrigues - Raíssa Xavier da Móbrega Rodrigues
 [2017-012762]EMP:R\$ 69,28 FAPENERS 0,27 FEPENR 1,62 FEPENR 1,62
 SEL0 DIGITAL: A9C43923-04K8
 Confira a autenticidade em: <https://sel0digital.tjpb.jus.br>

OFÍCIO DE NOTAS
 3123-3421
 3123-3421
 3123-3421

19 DEC 61





ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2505473 CNPJ: 06.778.356.002376

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDIHY 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: 27/4/1987

Profissão: COZINHEIRO(A)

Endereço: RUA LUIZ ARAUJO DA NOBREGA

Bairro: JARDIM GUANABARA

Cidade: PATOS - PB - 58700-000 - 2510808

CNS: 888-00414102-4476

CPF:

Data / Hora: 20/6/2017 01:35:27

Peso: PA:

Tempo: TEMP:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Laureado no M.D.

EF: Ferimento

na perna D.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

Fratura grave.

Doença aguda - MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Seção de 1000ml IV

Deletante - 25 IV

SAIT - 1000ml 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

DIAGNÓSTICO

Fratura exposta perna D

REVISADO

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA ☐
2. APLICADA ☐

ENCAMINHAMENTO

- OBSERVAÇÃO ☐
- RESIDÊNCIA ☐
- OUTRO HOSPITAL ☐
- OUTRO ☒

CID-10

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

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

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Cnm / Cns

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

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

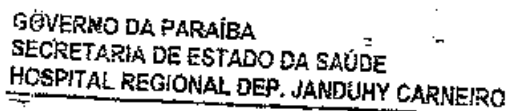
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

Documentação médica - hospitalar



2022061



EVOLUÇÃO CLÍNICA
ENFERMARIA

PACIENTE: Israel Lopes

LETO:

REG.:

DATA	HORA	REG.
20 08 2017	21:40	Admitido para se submeter a trata- mento unânimo de urgência no U.D. trauma exposta grave das ossas da perna D e lesões de partes moles. Lesão do n. fibular

Foi assinado pelo Dr. [illegible]

[illegible] - [illegible]

III-IB-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 70 DWF SIS R: Ponto
DR. MV ANDRE LUIS S M
ECG - Retorno Anual Rápido
ECG normal
Risco cirúrgico: BAIXO

APTO AO PROCEDIMENTO

28/08/17

DATA

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

2

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

19052287





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>Wasserson</u>	
Anestesista: <u>Cleustava Barbosa</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 Visceras
<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 sero em abundância</u>
<u>Montagem do fixador externo</u>
<u>Tratamento das partes moles</u>
<u>Síntese por planos</u>
<u>Oclusivo</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 26576530</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>FEMUR TUBA PROXIMAL D. 26576530</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>OSTEOSSINTESE TUBO PROXIMAL D. 26576530</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 Visceras
1. PAC 26576530 G. 26576530 D. 26576530 26576530
2. ASPECTO G. 26576530
3. CONDIÇÃO DO CANAL CIRCULAR
4. VLA DE ACESSO MEDIAL A 7.210 D. 26576530
5. REDUÇÃO CANAL G. 26576530 7.210 26576530 com P. 26576530
6. MODAL G. 26576530 4.5 mm G. 26576530 6.5 mm
7. SUTURA
8. CUMPRIDO

Dr. Fábio de M. Spá
Ortopedia e Traumatologia
CRM-55 9119

19082207





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

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:

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: AN35 8 680
 PMSO: 03550-15 X 05 X 15 X 20 X 1

AL: 32 LEITO: 30 CONVÊNIO: União IDADE: 30 REGISTRO: União

CIRURGIA: Red. + fixação de prótese dentária CUSURÇÃO: Dr. Felipe Serra
 ANESTESIA: Raquel + Sedação Clamora ANESTESISTA: Dr. Gutemberg

INSTRUMENTAÇÃO: 20.08.13 DATA: 08.10. FEM:

Fabric.: 23/05/2017 Val.: 05/2022
 Registro ANVISA N°: 8008650028
 Material: Apo Inox F13B
 Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.881.632/0001-40 - Rio Claro / SP
 Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@sartoriltda.br
 Lote: 085439 Código: P08 2 208
 SISTEMA DE FRAÇÃO OSSA-SARTORI-LUTZ
 FEMUR 1250 - ESTELA

Fabric.: 24/05/2017 Val.: 05/2022
 Registro ANVISA N°: 8008650031
 Material: Apo Inox / Alumínio
 Lutz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
 CNPJ: 04.881.632/0001-40 - Rio Claro / SP
 Tel: +55 19 3638-1910 - comercial@sartoriltda.br

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
1	TX. de Instrumentador 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
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 600mg	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	Óxido	1	Fio Cromado 2-6 s/ agulha
1	Diazol	1	Cat-gut simples 0 c/ agulha
1	Diplone	1	Cat-gut simples 0 s/ agulha
1	Esparin 500g 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 09:40 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 JOSÉ
CRM-PB 55777
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

Patos-PB, 13/11/20

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

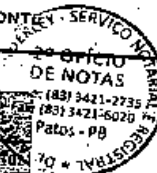
AUTORIZAÇÃO

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

Caracé 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 NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA



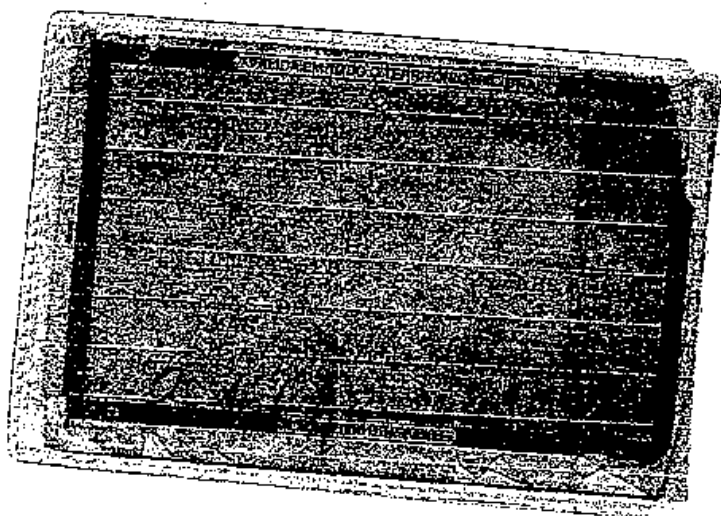
Atestado a presente, cópia reproduzida fiel do original que se encontra apresentado. O Testamento da verdade
Patos-PB 21/11/2017 11:50:34
MÁRIA DECI CARLOS VILAS OLIVEIRA - Escrevente Autorizada
(2017-041437) END: R. Z. SI. EMMANUEL 0,72-FLORES 0,44-TS-19 0,507
SELB DIGITAL: A0855104-PX19
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

19 DEZ 2020





Documentos de Identificação



19 05 2007



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 - 03/06/2022 12:56:51
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22060312565156200000056117158>
Número do documento: 22060312565156200000056117158

Num. 59320276 - Pág. 22

Abstract

[illegible]

19 DEZ. 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 - 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.

Fabrizio Bezerra Formiga

Fabrizio Bezerra Formiga - CRM: 4554 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2022 12:56:51

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22060312565156200000056117158>

Número do documento: 22060312565156200000056117158

Num. 59320276 - Pág. 25



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

Pag. 01959/01960 - carta_01 - INVALIDEZ



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.

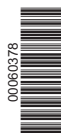
Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO 7 VARA MISTA DA COMARCA DE PATOS/PB

Processo: 08019882820188150251

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PATOS, 1 de junho de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2022 12:56:52
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22060312565200100000056117160>
Número do documento: 22060312565200100000056117160