



28/04/2021

Número: **0846162-47.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/09/2017**

Valor da causa: **R\$ 9.112,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MAURILIO FREIRE DA SILVA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42385083	28/04/2021 12:06	Petição	Petição
42385088	28/04/2021 12:06	2644987_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
42385090	28/04/2021 12:06	2644987_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08461624720178152001

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 **MAURILIO FREIRE DA SILVA**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 26 de abril de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES

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



15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/04/2021 12:06:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042812063444500000040330706>
Número do documento: 21042812063444500000040330706

Num. 42385088 - Pág. 2

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº: 11327787

A/C: MAURILIO FREIRE DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170381957 ASL-0263273/17

Vítima: MAURILIO FREIRE DA SILVA

Data Acidente: 03/05/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

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!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01925/01926 - carta_01



Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2017

Carta nº: 11352131

A/C: MAURILIO FREIRE DA SILVA

Sinistro: 3170381957 ASL-0263273/17
Vítima: MAURILIO FREIRE DA SILVA
Data Acidente: 03/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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.seguradoralider.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

Pag. 00311/00312 - carta_02



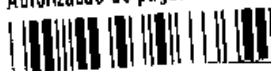


Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MAURILIO FREIRE DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº SSDS-PA EM 03/07/2013CPF 788295344-04 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO Recebeiro

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maurilio Freire da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 025 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de conta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 0000 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0311698-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

03/07/2013 de Junho de 2013

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/04/2021 12:06:36

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042812063543500000040330708>

Número do documento: 21042812063543500000040330708

Num. 42385090 - Pág. 3



AUTO-ATENDIMENTO - AG. TAMBÁU

DATA: 07/06/2017

HORA: 10:37:01

TERMINAL: 07351052

CONTROLE: 073518520062

AGÊNCIA: 0036 - CASO BRANCO

CONTA: 013.00311698-9

CLIENTE: MAURILIO F DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO

DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR

R\$ 1.000,00

Maio

31/05 311925 SAQUE B24H
31/05 170531 SAQUE TERMINAL

R\$ 1.000,00

Junho

02/06 021854 SAQUE ATM
04/06 000000 REM BASICA
04/06 000000 CRED JURDS
05/06 377482 CRED TEV
05/06 050908 DP DIN LOT
06/06 636620 CRED TEV
06/06 061842 SAQUE B24H

R\$ 1.000,00

RESUMO EM 06/06

SALDO

R\$ 1.000,00

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONÍVEL

SALDO TOTAL

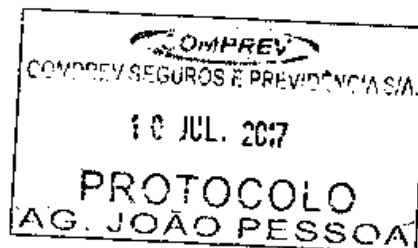
R\$ 1.000,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

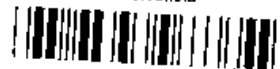




CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00996.01.2017.1.00.420

Boletim de ocorrência



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00996.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:25 horas do dia 25 de maio de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Maurílio Freire da Silva**, CPF nº 788.295.344-04, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Darci Freire da Silva e Severino Amaro da Silva, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 29/07/1971 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Alta de Luna Freire, Nº 96, complemento casa, bairro Ernani Sátiro, tendo como ponto de referência Próximo a Creche, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 03233-5222.

Dados do(s) Fatos:

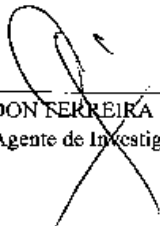
Local: Bcl. Jose Cuchatucio, Outros, João Pessoa/PB, bairro Bessa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/05/17 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

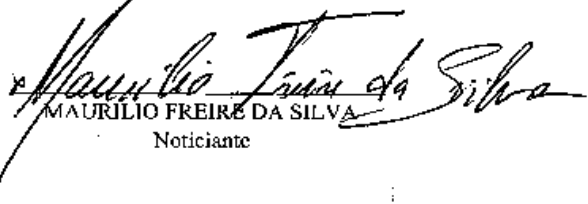
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

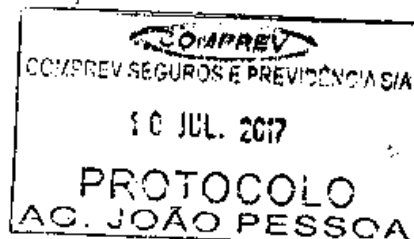
QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, DE COR PRETA, ANO 2011, DE PLACA OFE-1220-PB, CHASSI Nº 9C2KC1670CR449184, EM NOME DO NOTICIANTE, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516-PB, DATADO DE 18/05/2017, O NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 25 de maio de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


MAURÍLIO FREIRE DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 00996.01.2017.1.00.420

1/1





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maurício Freire da Silva, portador da
carteira de identidade nº 1476293 e inscrito no CPF sob o nº 788.295.344-04
residente e domiciliado na Rua de Lúcia Freire, 96
João Pessoa, Cidade João Pessoa,

Estado Paraíba, 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:

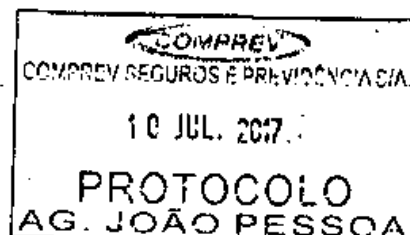
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido, não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
(x) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

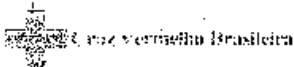
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro
DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo
automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a
análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

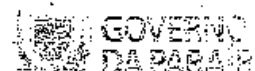
x Maurício Freire da Silva
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 07 Junho 2017
Local e data





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



VERDE, 1 -
CNES: 2778696 - Tel.:

Comprovação de ato declaratório



Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
MAURILIO FREIRE DA SILVA	997982	03/05/2017 11:45:36	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
29/07/1971	45	Masculino	
Nome			Telefone de Contato
DARCI FREIRE DA SILVA			(83) 32335222
Prontuário			
Endereço	Bairro	Município	UF
AUTA DE LUNA FREIRE, 96	ERNANI SÁTIRO	JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	GILDO ROMERO PEREIRA DE MELO	3449/PB
Data/Hora Classificação	Data/Hora Prescrição		
03/05/2017 11:47:52	03/05/2017 12:47:32		

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. RELATA DOR NO TÓRAX E OMBRO E. NEGA OUTRAS QUEIXAS. RELATA SER HIPERTENSO E FAZ USO DE ATENÇÃO CL. EX. FÍSICO: VIAS AÉREAS PERVIA; TÓRAX: MV(+), SRA; ACV: BRNF ABDOME: FLACIDO. TIMPÂNICO. SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. MMII: NDN

MEDICAÇÃO

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 1,0 AMPOLA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

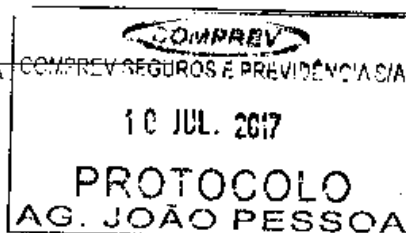
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Médico
GILDO ROMERO PEREIRA DE MELO
(3449/PB)

MAURILIO FREIRE DA SILVA



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: 04/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAURILIO FREIRE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000311698-9

Nr. da Autenticação BFBD94A416BB904C



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 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 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 1

ROSE EDUARDO DA SILVA - 04250235774
 JAV. JOAO MACHADO, 399 - CENTRO
 58013-250 - JOAO PESSOA - PB

Este documento tem validade de 90 dias a contar da data de emissão. Não pode ser usado para fins de garantia de crédito, nem para fins de garantia de empréstimo. Não pode ser usado para fins de garantia de empréstimo. Não pode ser usado para fins de garantia de empréstimo.

BANCO DO BRASIL 001-9

00190.00008401875223600.00001.016160.564260000210348

Local de Emissão: _____
 Data de Emissão: _____

Valor em Letras: _____
 Valor em Números: _____

Valor em Letras: _____
 Valor em Números: _____

Valor em Letras: _____
 Valor em Números: _____

Valor em Letras: _____
 Valor em Números: _____

Valor em Letras: _____
 Valor em Números: _____

Valor em Letras: _____
 Valor em Números: _____

Valor em Letras: _____
 Valor em Números: _____

Valor em Letras: _____
 Valor em Números: _____

Valor em Letras: _____
 Valor em Números: _____

Valor em Letras: _____
 Valor em Números: _____

Valor em Letras: _____
 Valor em Números: _____

Valor em Letras: _____
 Valor em Números: _____

Valor em Letras: _____
 Valor em Números: _____

Valor em Letras: _____
 Valor em Números: _____

Valor em Letras: _____
 Valor em Números: _____

Valor em Letras: _____
 Valor em Números: _____

Assinatura do Emitente

Agência / Centro de Atendimento

Nome do Agente

Valor em Letras

Valor em Números

Valor em Letras

Valor em Números

Valor em Letras

Valor em Números

Valor em Letras

Valor em Números

Valor em Letras

Valor em Números

Valor em Letras

Valor em Números

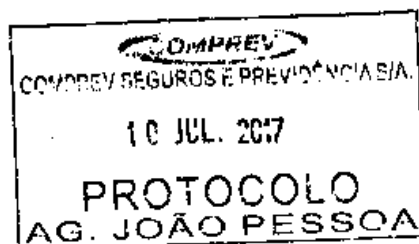
Valor em Letras

Valor em Números

Valor em Letras

Assinatura do Emitente

Fiche de Compensação





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

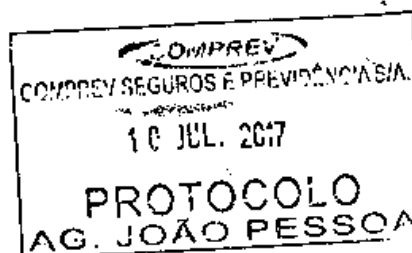
A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

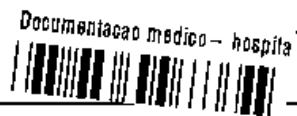
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Peço exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Maurilio Freire da Silva do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Maurilio Freire da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: ADVOGADORenda Mensal: R\$RECUSOUDocumentos comprobatórios: RECUSOU

[Assinatura]
 ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MAURILIO FREIRE DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 29/07/71
NOME DA MÃE DARCI FREIRE DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

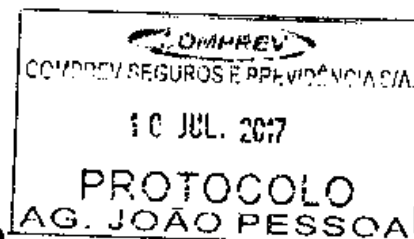
BOLETIM DE ENTRADA N.º 997.982
Nº PRONTUÁRIO
DATA DO ATENDIMENTO 03/05/2017
HORA DO ATENDIMENTO 11:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) CONTUSÃO DO TÓRAX + FRATURA DA CLAVÍCULA E
CID 10 S 20.2 + S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor no tórax e ombro E. Realizado exame de hipertenso. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX do ombro E - AP, Obliquo e Perfil da escápula
USG do abdome total - FAST



TRATAMENTO:

Fratura da clavícula E ao RX. Sem alteração à USG e aos outros RX. Realizado atendimento, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 03/05/17
DATA DA EMISSÃO: 18/05/17

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome		MAURILIO FREIRE FIA SILVA	
Data de	Nº Boletim Emergência	Pronatário	
29/07/1971	997982		
Material a examinar			
EXAME DE IMAGEM			
RAIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERIF.			
(trauma)			
RAIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)			
(trauma)			
RAIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDAS POSICOES)			
(trauma)			
ULTRASSONOGRAFIA - FAST			
(trauma)			

SSV

Nome Tec Rad: *[assinatura]*

HORA: 12:30

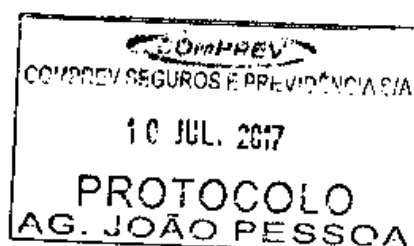
DATA: 29/07/2017

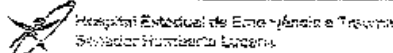
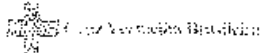
ODIL

RAIOGRAFIA

03 de Maio de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional





ACOLHIMENTO, S/N -- CNES: 123312 - Tel: _____

Boletim de Atendimento: 897822



Identificação do paciente

Nome	MAURILIO FREIRE DA SILVA			Sexo	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religiao	Profissão	
25/01/1977	48 anos 5 meses 2 dias				
Nome	DARCI FREIRE DA SILVA			Mãe	
Escolaridade				Fai	
				SEVERINO AMARO DA SILVA	
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo		
		83	13235222		
Tipo documento	Numero documento	Nº Cns			
RG (IDENTIDADE)	1476283				
Local de procedência	Tipo		UF		
PESSOA	BAIRRO		PB		
Etnia	Naturalidade	CBOR			
	GUARABIRA				

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro	
55080580	JOAO PESSOA	PB	LUIZA DE LUNA FREIRE	
Nome	Complemento	Bairro		
93		ERNANI SATIRO		

Admissão

Data e Hora	Numero da pulseira	Convênio
03/05/2017 11:45:00	1000004398713	SUS
Responsabilidade	Clinica	
QUIRURGIA GERAL		
Classificação de risco		Origem do paciente
		RUA
Caráter de atendimento	Motivo de atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso do dia	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
CARRO PARTICULAR			

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	---------------------

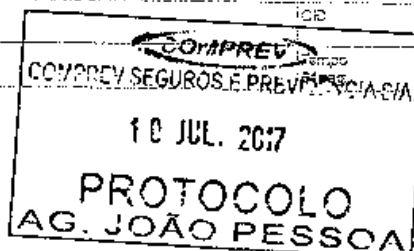
Desce o nome

Diagnóstico

Atendido por

JARCELA RENATA DE MENEZES SANTANA

Imprimir



03/05/2017 11:45



VERDE, 1 -
CNES: 2778696 - Tel.:

Paciente MAURILIO FREIRE DA SILVA	SAE 997982	Data/Hora Entrada 03/05/2017 11:45:58	Data Saída
Data de nascimento 29/07/1971	Idade 45	CNS	Telefone de Contato (83) 32335222
Mãe JOAO FREIRE DA SILVA	Sexo Masculino	Prontuário	
Endereço AUTA DE LUNA FREIRE, 98	Bairro ERNANI SÁTIRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FELIPE TAVARES SENA	Nº Cons. Regional 5349/PB
Data/Hora Classificação 03/05/2017 11:47:52		Data/Hora Prescrição 03/05/2017 14:20:38	

Anamnese

PARÊCER DA ORTOPEDIA PACIENTE COM FRATURA COM PEQUENO DESVIO DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA. CD :
ORIENTAÇÕES IMOBILIZAÇÃO ANALGESIA ALTA HOSPITALAR ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM
100ML DE SFA 0,9%) **DEUS**

PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO

CID10

Código	Descrição
S20.2	Contusão do tórax
S42.0	Fratura da clavícula

Conduta

Alta médica

Felipe Tavares SENA
Ortopedista Fe e Trauma
CRM 5349 PB

FELIPE TAVARES SENA
(5349/PB)

MAURILIO FREIRE DA SILVA



Secretaria de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

Secretaria Municipal de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

GOVERNO
DO ESTADO
DA PARAIBA

RUA ORESITES USBON, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	MAURILIO FERREIRA DA SILVA	Data de	29/07/1971	Idade	45	Sexo	MASCULINO	Nº	997932	Nº		Data Prescrição	03/05/2017 14:20:38
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Síntoma		Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a	03/05/2017 14:20:38				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Vl.	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aproximadamente
1 CETOPROFENO 100 MG	1,0	FRAMP		E.V.		ACOMA	Conservação: DILUIR EM 100ML DE SF A 0,9%	

FELIPE TAVARES SENA
CRM: 5349

Assinatura e Carimbo do Profissional

03 de Maio de 2017
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/04/2021 12:06:36
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042812063543500000040330708
Número do documento: 21042812063543500000040330708



SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Nome		
MAURILIO FREIRE DA SILVA		
Data de	Nº Boletim Emergência	Prontuário
29/07/1971	997982	
Material a examinar		
PROCEDIMENTO		
IMOBILIZAÇÃO 8		

Profa. Rosângela Brito
Regendo V. e L. 10.000/2017

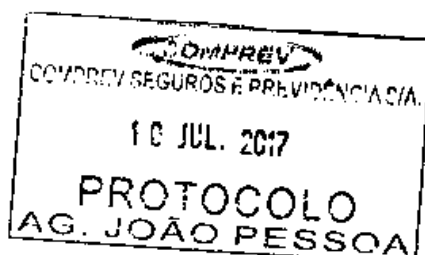
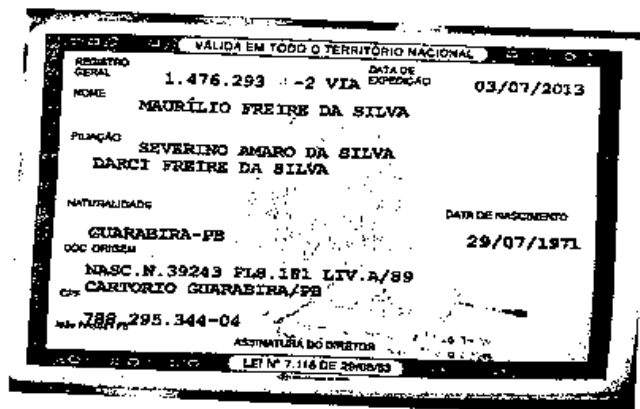
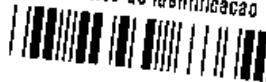
03 de Maio de 2017

Assentura e Carimbo do Profissional

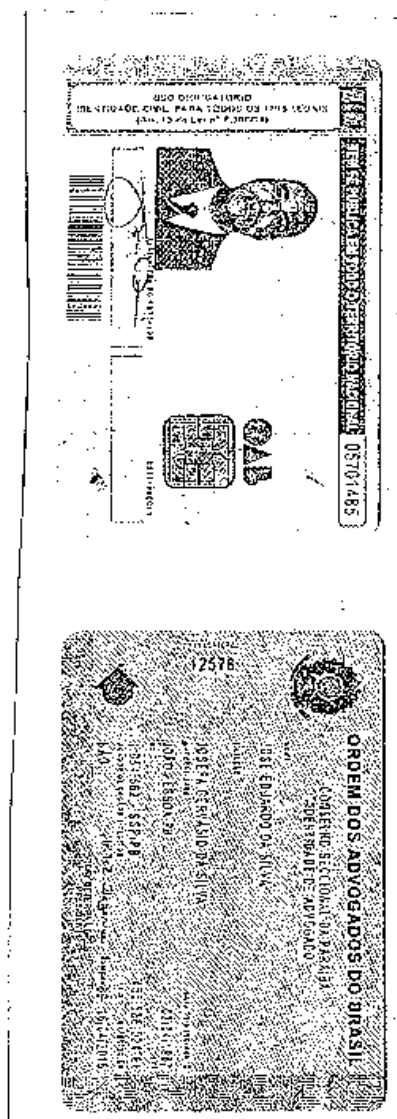
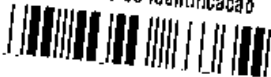
Assentura e Carimbo do Profissional



Documentos de identificação



Documentos de identificação



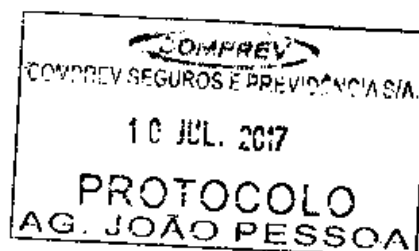
OMPREV
COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
10 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PB		Nº 9640984227	
		6650492125	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
PRT 20120000354483-3			
VIA	COD. RENAVAM	RITR	
1	39462962-0	00/00000000	
NOME/ENDEREÇO			
MAURILIO FREIRE DA SILVA			
RUA AUTA DE LUNA FREIRE 96			
ERNANI SATIRO			
58080560 JOAO PESSOA-PB			
CPF/CNPJ		PLACA	
78829534404		OFE1220/PB	
NOME ANTERIOR			
MAURILIO ANTONIO PEREIRA			
PLACA ANT./UF	CHASSI		
NOVO PB	9C2KC1670CR449184		
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		ALCO/GASOL	
MARCA/MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 FAN EST		2011	2012
CAP./POT./CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/149 /CI	PARTIC	PRETA	
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
DOCUMENTO			
Placa : KC16E7C449184 0			
Pessoa - PB LOCAL		DATA	
294		28/08/2012	
40533			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170381957 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAURILIO FREIRE DA SILVA **Data do acidente:** 03/05/2017 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: DEBILIDADE DOS MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL /50% DE 25% = 12,5%

Documentos complementares:

Observações:

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0263273/17
Vítima: MAURILIO FREIRE DA SILVA
CPF: 788.295.344-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/05/2017
Titular do CPF: MAURILIO FREIRE DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MAURILIO FREIRE DA SILVA : 788.295.344-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 10/07/2017
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 10/07/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.949.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Procuração



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:
Maurício Freire da Silva
brasileiro(a), estado civil Solteiro profissão
Porteiro CI RG nº 1476 293
CPF/MF nº 788.295.344-04 residente e domiciliado(a) à Rua
Auta de Lima Freire, 96
Cidade de João Pessoa Estado
Paraíba CEP: 58080-560 telefone
(03) 35128500 (03) 986602858

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPROV. SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

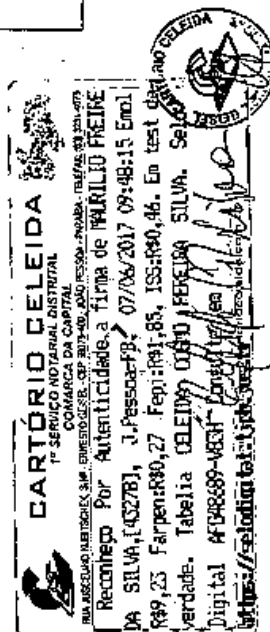
10 JUL. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 07 de Junho de 20 17.



x Maurício Freire da Silva
OUTORGANTE



**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): **MAURILIO FREIRE DA SILVA** Sinistro: **3170381957** Data: **03/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Auta de Luna Freire, 96 - Ernani Sátiro - João Pessoa - PB - CEP 58080-560**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **1476293**

Data local do exame: [**26/07/2017**] **João Pessoa** [**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)
FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. AO EXAME VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

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.
TRATADA COM CONDUTA CONSERVADORA COM IMOBILIZAÇÃO TIPO "8".

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 ombro esquerdo

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

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Ombro esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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.


João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

