

Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JAILTON AMAMCIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180043438

Vitima: JAILTON AMAMCIO DA SILVA

Data do Acidente: 15/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180043438**.

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



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **JAILTON AMAMCIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180043438**

Vitima: **JAILTON AMAMCIO DA SILVA**

Data do Acidente: **15/02/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180043438**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

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

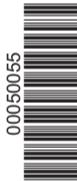
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JAILTON AMAMCIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180043438
Vitima: JAILTON AMAMCIO DA SILVA
Data do Acidente: 15/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180043438**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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



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

Nome completo da vítima

1715759004-24 Jairton Francisco da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jairton Francisco da Silva	CPF titular da conta 715759004-24	Profissão Estudante
Endereço Rua do Cabelo	Número 39	Complemento
Bairro Centro	Cidade Belém	Estado Paraíba
Email	CEP 58255000	Telefone (DDD) 83999456997

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA NRO. 0038 DAV CONTA NRO. 520810 DVN
(Informar digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

BANCO: SINCOR/PB
AGÊNCIA NRO.: 16 JAN. 2018
DVN
(Informar digito 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.

Jairton Francisco da Silva 12 de dezembro de 2017
Local e Data

Jairton Francisco da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Jairton Francisco da Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0612 - MINISTRO JOSE AMEIRI

DATA: 05/12/2017

HORA: 12:22:28

TERMINAL: 1004 NSU: 000464 AUT.: 0048

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC: 0008617

AGENCIA/CONTA (CREDITADA: 0038/013/00.052.081-0

NAME: JAILTON AMARAL DA SILVA

DEPOSITANTE:

0 M

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

0000
0000

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ovidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1a Via - Via Cliente

SINCOR/PB
16 JAN, 2018



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01500.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01500.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:57 horas do dia 23 de agosto 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 Viviane Franco da Silva, CPF nº 086.555.354-86, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Manicure, filho(a) de Maria Francisca de Santana Franco e Marinelson Franco da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/12/1981 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projeta, Nº 39, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Presídio, na cidade de Belém/PB, telefone(s) para contato (83) 99915-4097.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Estadual Proximo a Marcos da Verdura, Outros. Belém/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 15/02/17 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE SEU FILHO MENOR JAILTON AMANCIO DA SILVA CPF Nº 715.759.004-24, VINHA DE GARUPA NA MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR LARANJA, ANO 2012, DE PLACA OGC-7880-PB, CHASSI Nº 9C2KD0550CR028176, EM NOME DE JAILSON AMANCIO DA SILVA, E CONDUZIDA PELO MESMO QUANDO FOI COLIDIDO PÓR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UNIDADE DA CIDADE GUARABIRA - PB, E EM SEGUIDA SENDO CONDUZIDO PELO UTI MOVEL PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE CRM PB 3920, DATADO DE 14/08/2017.

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, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 23 de agosto de 2017.

CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação

VIVIANE FRANCO DA SILVA
Noticiante

SINCOR/PB
16 JAN. 2018

**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 0900 3221204 ou 0800 971111** (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 Legal 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

gabtton Amâncio da Silva

CPF da Vítima

71575900424

Data do Acidente

15.02.2017**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Virginia Franco da Silva

CPF do Representante Legal

08655535486

Telefone (031) 301

Email

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 atende 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 demanda de indenização sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica no prazo de 60 (sessenta) dias da Seguradora Lider 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.

SINCOR/PB
16 JAN. 2018

for Pmea 12 de dezembro de 2017
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



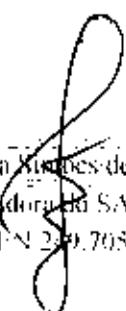
PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 - BELÉM - PA

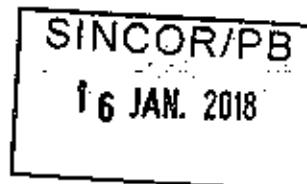
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e a quem de interesse for que, *Júlio Henrique da Silva, 16 anos*, foi atendido pelo SAMU - Belém no dia 18/02/2017 às 07:06 horas, pelo Equipe: Feliciano Pedrosa, devido a um acidente com moto, abordado em decesso, com uso de capacete, escoriações na face, apresentou epistaxe e leito desobstruído, com a imobilização em prancha rígida e em membro inferior direito, acesso venoso periferico, oxigênio sob máscara de reservatório; o mesmo apresentou crise convulsiva e foi realizou avaliação e solicition a Unidade de Suporte Avançado - USVA, Coração, devido a quadro grave da vítima. Foi feita intercepção e o paciente foi encaminhado para a USA de Gurupi.

Segue em anexo a cópia da ficha de atendimento.

Atenciosamente,


 Jocyara Maria Ximenes de Freitas
 Coordenadora do SAMU
 CORF/N 239.705



Belém, 21 de agosto de 2018

Base Descentralizada do SAMU Belém
 Rua Feliciano Pedrosa S/N - Centro - Belém CEP: 58255-000
 Contato: (83) 3261-1205

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Guilherme Armanha da Silva,

RG nº 003.877.524 data de expedição 28/08/17 Órgão SER/PB

CPF nº 715.759.004-24, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo é verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua do Cacau</u>
Número	<u>0º 39</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Beloite - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58255 000</u>
Telefone de Contato	<u>99215 4097</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 3. Pecém 28-08-2017

Assinatura do Declarante: Guilherme Armanha da Silva

Guilherme Armanha da Silva

SINCOR/PB
16 JAN. 2018

VIVIANE FRANCO DA SILVA
RUA DO CAMPO, 38 - CENTRO
BELÉM/PA CEP: 69025-000 (AG. 22)

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08

UC (Unidade Consumidora)

Anterior **Actual**

CGI - Descrição

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS
0804 JUROS DE MORA 06/2017
0804 JUROS DE MORA 06/2017
0805 MÚTAC 06/2017
0805 MÚTAC 06/2017

00: Código de Classificação de

Media *ultrathin* margins (KWh)

VENCIIMENTO
28/07/2017

100% PAGO

SINCOR/PB
16 JAN. 2018

RESEÑA DE LIBRO

61004b2e7f494b529573f6f97e9059-1

Indicadores de Qualidade

512017-Benjamin

‘*Georgieva*’ and *Georgiev*

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de (V)
MENSAL	6,47	0,07	
TRIMESTRAL	1,94		10,000
ANUAL	72,89		
MENSAL	1,76	0,03	
TRIMESTRAL	0,72		30,000
ANUAL	13,44		
C. M.	2,23	0,01	LIMITE INFERIOR
R. M.	12,22		LIMITE SUPERIOR

Classificação	Valor (R\$)	%
Produtos da BSA da Energisa/PB	10,54	26,40
Companhia de Energia	19,81	49,81
Setor de Transporte	6,78	1,68
Setor de Serviços	2,26	5,62
Produtos Básicos e Extrativos	14,51	37,98
Outros Setores	0,00	0,00
Total	43,20	100,00

卷之三

ATENÇÃO

Page 10 of 10



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 981329 e PRONTUÁRIO nº 100446

PACIENTE: JAILTON AMANCIO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 19.07.01

Data e Hora do Atendimento: 16.02.17

Horário: 0:16h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de trauma de face, edema e equimose periorbitaria direita, dor no joelho esquerdo com limitação de movimentos. Atendido pelo Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira CRM 5221, Dr. Aníbal Luna CRO 3041, Dr. George Mendes CRM 8346, Dr. Aldênio Amorim de Lima CRM 5815, Dr. Roberto A. Santos CRM 1590, Dr. Matheus Enomoto CRM 10204, Dr. Marceio Átila CRM 6456.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL + FRATURA DA TIBIA

DIREITA + SINDROME COMPARTIMENTAL CID 10 S 06 9, S 82 9, T 79 6

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio que evidenciou fratura do etmoide com pneumoencefalo, Rx do braço direito AP e Perfil, Rx da perna direita e esquerda AP e Perfil, Rx do braço direito AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 17.02.17 com fasciotomia da perna direita, trombectomia da artéria poplítea direita e instalação de tração transarticular devido à fratura do platô tibial direito. Em 26.02.17, em 02.03.17 realizados curativos sob anestesia. Em 10.03.17 realizado tratamento cirúrgico de fratura do platô tibial direito e luxação do joelho direito. Em 17.03.17 realizado tratamento cirúrgico com retalho local.

ALTA HOSPITALAR: 18.03.17

Data da Emissão: 14.08.17

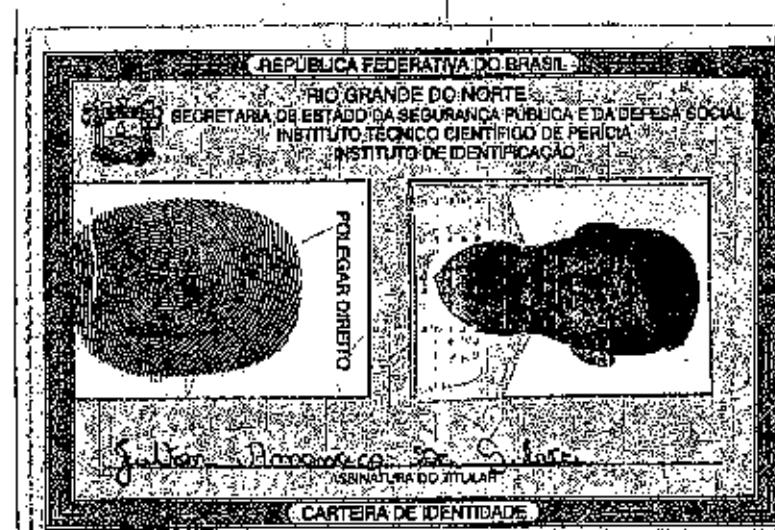
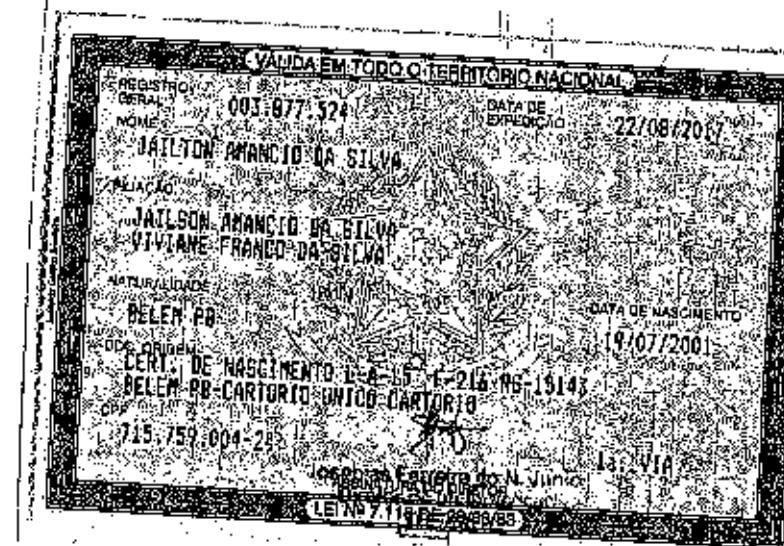
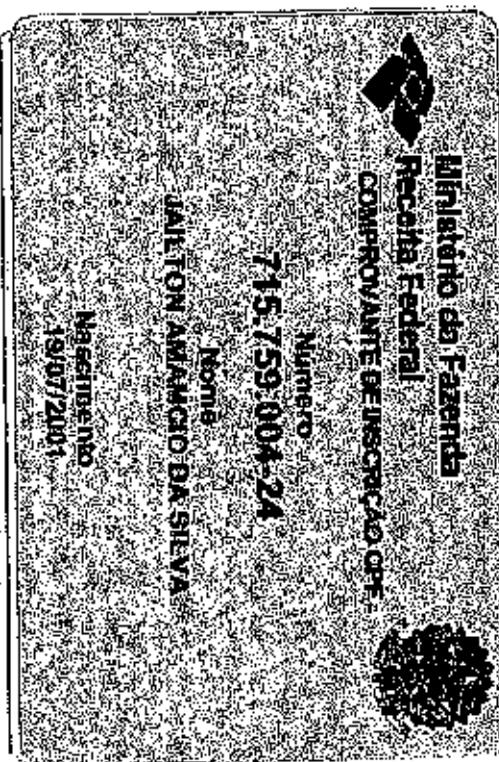
Dr. Glênder Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

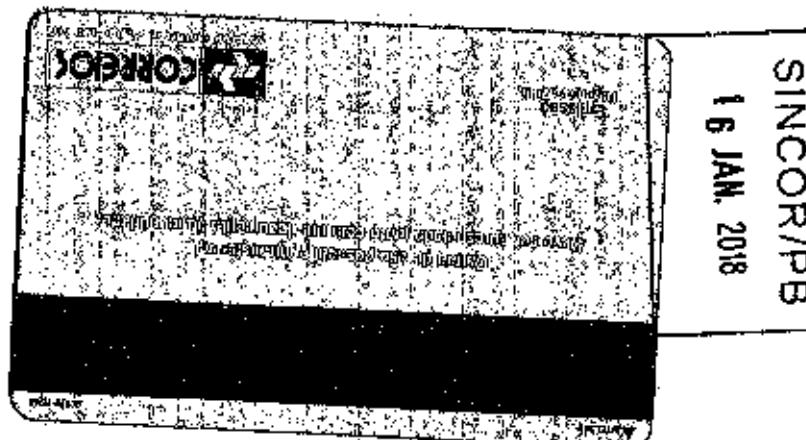
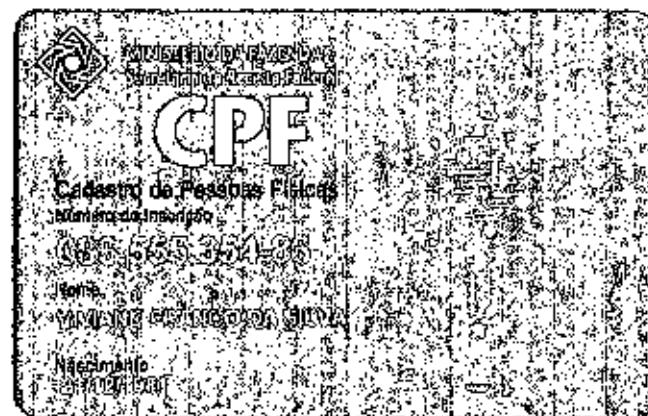
SINCOR/PB

16 JAN. 2018



SINCOR/PB

16 JAN. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-PB
012973913090
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 0050427513-5 | 09/00000000 | 2016

JAILSON AMANCIO DA SILVA

09911083454 | OGC7880/PB

PLACA ANT/16 | 09/2016

NOVO | PB | 9C2KD0550CR028176

PAS/MOTOCICLE/MAQ/APLICA | ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BROS ES | 2012-2012

P/149 /C | PARCIAL | PARANÁ

IPVA PAGO | 19/10/2016

FAZER PAGAMENTO DE IPVA

DEMO DE PLANO DE SEGURO DE PROTEÇÃO DO VEÍCULO
Nº 012973913090 | CARRO | 0050427513-5
VALIDADE 05/12/2016 | UPVAN

PB | 012973913090 | SICRET | DE SEGURO DE V.

ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO DE V.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, CLIQUE NO LINK
A SEGUIR: www.sicredi.com.br
SICREDI SICURIS | SICREDI SICURIS |
840-0900-11666666-11666666

2016 | 05/12/2016

1 | 09911083454 | OGC7880/PB

0050427513-5 | HONDA/NXR150 BROS ES

2012-2012 | 9C2KD0550CR028176

P/149 /C | PARCIAL

IPVA PAGO | 19/10/2016

FAZER PAGAMENTO DE IPVA

SINCOR/PB
16 JAN. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180043438 **Cidade:** Belém **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILTON AMAMCIO DA SILVA **Data do acidente:** 15/02/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TCE E FRATURA DE TIBIA DIREITA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: SOLICITO BAM E PRONTUARIO MEDICO

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

