

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2014024693**
Vítima: **PAULO MARTINS FERNANDES**
Local: **CE-QUIXERAMOBIM**
Data do Acidente: **9/1/2013**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) SIM b) NÃO c) PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

JOELHO DIREITO

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

TRAUMATISMO COM LESÃO DO TENDÃO PATELAR DIREITO. TRATAMENTO CIRÚRGICO REPARADOR.

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) SIM b) NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) Disfunções apenas temporárias
b) Dano anatômico e/ou funcional definitivo(sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

APRESENTA ATROFIA DE COXA DIREITA E LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO EM GRAU MODERADO.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) SIM, em que prazo:
b) NÃO

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
b.2) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico

1ª Lesão

JOELHO DIREITO

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - BOA VIAGEM, 2/1/2014**Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302****Médico Revisor: MARCUS HERRERA RODRIGUES DE ALMEIDA CRM: 52200288**

Dr. Gustavo Adolfo P. da Silva Jr.
Médico - Perito
CRM/CE - 6302

MARCUS H. R. ALMEIDA
CRM/CE 52.200288-8

Assinatura do perito examinador - CRM

Assinatura do perito revisor - CRM

Informações Complementares

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO MARTINS FERNANDES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00722-6

CONTA: 000000030621-5

Nr. Autenticação

BRADESCO14022014050000000002370072200000030621168750 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Paulo Mário Luis Fernandes,
 RG nº 05005 88 3085 data de expedição 09/11/11, Órgão Dehau,
 CPF nº 03900 341346, venho perante a este instrumento declarar que não
 posso comprovar de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
 no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em
 nome de terceiro:

CAPA/MÍSIA

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Plínio Steffy</u>	01 NOV 2013
Número	<u>89</u>	
Apto / Complemento		
Bairro	<u>Monteiro de Noronha</u>	
Cidade	<u>Quixadá</u>	
Estado	<u>Ceará</u>	
CEP	<u>63.800.000</u>	
Telefone de Contato	<u>(88)3412-1978 (88)9414-7239 (88)9937-5110</u>	
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 03/10/13Assinatura do Declarante: X Paulo mário Luis Fernandes

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERAMOBIM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 536 - 4/21 / 2013 -

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 01/10/2013 10:56:56

Data / Hora da Ocorrência : 01/10/2013 10:00:00

Endereço da Ocorrência: LAGOA CERCADA

CENTRO QUIXERAMOBIM /CE

Ponto de Referência:

1004026
BOLETIM DE OCORRÊNCIA


Dados da(s) Vítima(s)

Nome: PAULO MARTINS FERNANDES

Nascimento : 01/06/1988

TN: 519383224 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:

Endereço: JOSE FERNANDES DA SILVA

MARIA DAISE MARTINS FERNANDES

Endereço: R ALVISTO SKEFF 39

MONTEIRO DE MORAIS

QUITERAMOBIM CE BRASIL

Telefone: 9794-4248

Histórico

QUE F. HABILITADO; QUE CONDUZIA O VEÍCULO DO TIPO HONDA CG 150 TITAN ES, ANO 2006, COR VERMELHA, DE PLACAS HYL 5311, CHASSI 9CZKCX507R036243, LICENCIADO EM NOME DE MARIA DAYSE MARTINS FERNANDES; QUE UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE VINHA NA CONTRAMÃO COLIDIU FRONTALMENTE COM O NOTICIANTE EM UMA DETERMINADA CURVA O PERCURSO; QUE O NOTICIANTE VEIO AO SOLO; QUE DEVIDO A QUEDA SOFREU VÍXURSAS AVARIAS PELO O CORPO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES; QUE FOI encaminhado para o HOSPITAL REGIONAL LOCAL; QUE NÃO FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. E NADA MAIS DISSE

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERAMOBIM

RESPONSÁVEL: PFILO REGISTRO: 

ATRÍCULA: 198855-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Paulo Montano Fernandes
ESTO DO DELEGADO(A): _____

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Paulo Martius Fernandes, PORTADORA(A) DO RG Nº 05058830859, EXPEDIDO POR Leandro, EM 09/11/11, E
CPF 03100030030-403, (46) /CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO
É RENDA MENSAL DE R\$ 0,00, (:) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Paulo Martius Fernandes, 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



1040439

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (A)ETAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS) BANCO 231 • AGÊNCIA 622-6, (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 0030621-5

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO BANCO 237 • AGÊNCIA _____, (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL BANCO 001 • AGÊNCIA _____, (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ BANCO 341 • AGÊNCIA _____, (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL BANCO 104 • AGÊNCIA _____, (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

Local Fortaleza Data 03/10/13

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Paulo Martius Fernandes

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, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



REDE ANUOS DA GUARDA - FILIAL QUIXERAMOB
R MONSERRAT SOUTO PINTO - 263 A
Term. Net-150 0026673 Data: 02/10/2013
Data: 02/10/2013 Hora de Brasília 15:33

Extrato de Conta Corrente xxx

PAULO MARTINS FERNANDES 15.338R
AGÊNCIA 0722 CTA 003621-5 12/01/2013

DISPONÍVEL.
+ CONTA CORRENTE 0.00
= TOTAL DISPONÍVEL 0.00
SOLDO TOTAL 0.00

CAPEMISA

01 NOV 2013



REDE ANUOS DA GUARDA - FILIAL QUIXERAMOB
R MONSERRAT SOUTO PINTO - 263 A
Term. Net-150 0026673 Data: 02/10/2013
Data: 02/10/2013 Hora de Brasília 15:33

Extrato de Conta Corrente xxx

PAULO MARTINS FERNANDES 15.338R
AGÊNCIA 0722 CTA 003621-5 02/10/2013

DISPONÍVEL.
+ CONTA CORRENTE 0.00
= TOTAL DISPONÍVEL 0.00
SOLDO TOTAL 0.00

CAPEMISA

01 NOV 2013

Ag. Bradesco : 722 - QUIXERAMOBIN

Corresp. Banc. : 074 - REDE A G FL

QUIXERAM

NSU: 02426211887 Autenticada: 974744

QUIXERAMO
0800 722 9833

NSU Rede: 121305 Hora Rede: 15:33:35

Ag. Bradesco : 722 - QUIXERAMOBIN
Corresp. Banc. : 074 - REDE A G FL
QUIXERAM
NSU: 02426211887 Autenticada: 974744

QUIXERAMO
0800 722 9833

NSU Rede: 121305 Hora Rede: 15:33:35

**REVISAO DE PROCESSO**

Eu, Paulo Martino Jemando, portador
do RG 20060021046212 inscrito no CRF 03900344346.
Com o endereço na Rua/Trav. Lia: Mauá, 5150/5 - 89
Bairro Montúrio, Uvaro, cidade Curitiba e
UF PR, venho através desta requerer, agasalhadas revisão do processo, a referida
solicitação se faz pelo fato de não concordar com o valor pago do processo, tendo em
vista as gravidades das lesões por minh sofridas em consequência do acidente de
trânsito.

Diante das informações venho solicitar aos senhores revisão do processo
e se necessário manifestar de uma nova perfeita medida com o médico
ausífer da seguradora para que o mesmo possa constatar real situação,
pois é inaceitável o valor pago.

17/1/21 2013.

RECEBIDO EM:
19 JAN 2014

Atenciosamente,

Paulo Martino Jemando



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDÓ DO IML

Eu, Paulo Mantius Fernandes,
Identidade nº 05058830852 e inscrito no CPF/MF sob nº 038 00341346, portador da carteira de
residente e domiciliado na Rue Aluísio Leléfey 89 - Monteiro de Minas,
Cidade Monteiro de Minas, Estado MG, declaro, sob as penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
indemnização 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

) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não 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 à 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.

CAPEMIS/J.

01 NOV 2013

Paulo Mantius Fernandes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Fontaloga, 02/10/13.

Local e data

DECLARAÇÃO

01 NOV 2013

Eu, Paulo Mantius Feruando, portador da carteira de identidade nº 050588308552 e inscrito no CPF sob o nº 039 00341346, residente e domiciliado na Rua Flávio Sleyffy 89 Montúrio de Monais, Cidade: Guarulhos Estado: SP, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar, PRONTUÁRIO COMPLETO INCLUINDO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, realizado no Hospital .

Data de Saída:

Localizado em:

O hospital se nega a disponibilizar a Xerox do PRONTUÁRIO COMPLETO ONDE INFORMA TODOS OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICO REALIZADOS.

Por esse motivo venho através desta comunicar e solicitar e requerer indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74).

Com o objetivo de permitir o andamento 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 enviada.

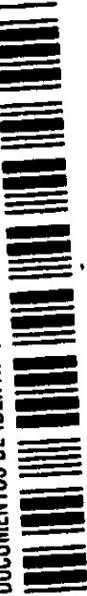
Concordando desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau, ou lesões para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Paulo Mantius Feruando

Assinatura do Declarante

Fontalvo, 03/10/13

Local e Data



SEN: OBSERVAÇÃO:	Ponto visitado é um anel	
DATA DE PONTUAL:	09/11/2011	
LOCAL:	ENTRADAS, CR	DATA DE PONTUAL:
<input checked="" type="checkbox"/> P-+		DATA DE PONTUAL:
519383224		
PONTUALIZADO PELA POLÍCIA		

⊕

mefi clinic

**Ortopedia e
Traumatologia**

MEDICINA E FISIOTERAPIA INTEGRADA

Av. Santos Dumont, 3626 - Aldeota. Fone: (85) 4006-7207 - (85) 4006-7207 - CRM 4411

Dr. Mardonio Salmito

CRM 4411

⊕ Paulo Moreira Fernandes
Ortopedia e
Infantil

CAPEMUSA
01 NOV 2013

⊕

**Patologia
da Coluna**

De tronco & Tórax Soprova
no tronco & no torso com lesão na
Cirurgia do

Joelho 00.00.000.000.1

⊕

**Patologias
do Esporte**

Deve evitá-lo em caso de lesão
da coluna & Tórax Soprova
no tronco & no torso com lesão na
Cirurgia do

⊕

Osteoporose

Tronco com lesão na coluna
e no tronco. Soprova e lesão no
precoce nos movimentos com
correção. Prejuízo ósseo.

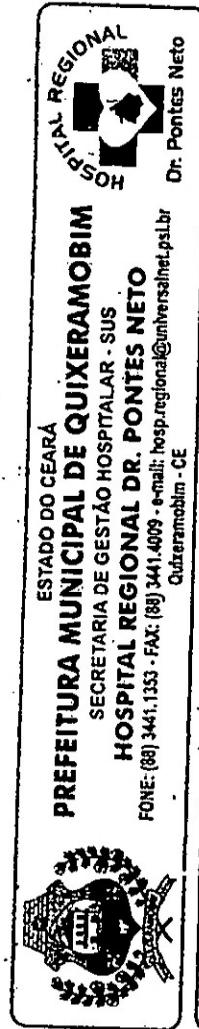
Artrite Miáse de fibras

*10040

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR



CRF - CENTRO DE REabilitação FUNCIONAL COT - CENTRO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Rua Monsenhor Bruno, 1777 - Aldeota
Fone: (85) 3244-5597 / 3254466 Rua Guilherme Rosba, 1201 - Centro
Fone: (85) 3192-2751 Fone: (85) 3192-2751



BOLETIM DE CONSULTA MÉDICA

Data: 01/09/13 Hora: 01:00:58 N° 30

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Thiago Martins Ferreira Data: 01/06/88
Estado Civil: Oitavo Sexo: Homem Idade: 25
Naturalidade: Quixeramobim Profissão: Estudante
Resid.: Quixeramobim
Procedência: 12

3 - QUEIXA PRINCIPAL:

CAPEMISA

01 NOV 2013

3 - H.D.A:

Respiração aguda (E)

4 - HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Respiração aguda (E)

5 - CONDUTA:

Respiração aguda (E)

Dra. Paula Lira
Dra. Paula Lira
CRM: 6019
ASSINATURA / CARIMBO

Q1 NOV 2013
CAPETWISA

CAPEMISA

01 NOV 2013

ERN. 6079
Dr. P. P. LIMA
MEDICO

CE

Quixeramobim - CE

trabalho, a partir da data do atendimento.

o (a) mesmo(a) está necessitando de: 30 (trinta) dias de licença do

recebeu atendimento médico em: 01/09/13 com diagnóstico de: laringite

Atesto para os devidos fins, que laringite

ATESTADO



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014024693	Cidade: Quixeramobim	Natureza: Invalidez
Vítima: PAULO MARTINS FERNANDES	Data do acidente: 01/09/2013	Emissor do parecer: Erica Marinho Silva Lima
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A	Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	CRM do médico: 6302

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO COM LESÃO DO TENDÃO PATELAR DIREITO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA ATROFIA DE COXA DIREITA E LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO EM GRAU MODERADO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO REPARADOR

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequelas

Data da perícia: 01/02/2014

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 3.375,00

Médico avaliador: gustavo adolfo pereira da silva junior

UF do CRM do médico:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50

Quixeramobim - CE, 29 de Janeiro de 2014.

À
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT
RIO DE JANEIRO – RJ

TERMO DE COMPROMISSO / PEDIDO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA –
INVALIDEZ

VÍTIMA: PAULO MARTINS FERNANDES

SINISTRO: 2014/024693

DATA DO ACIDENTE: 01/09/2013

Venho por meio desta informar que não pude comparecer à perícia agendada.

Tendo em vista que me considero portador de invalidez permanente decorrente do acidente, solicito que seja **reagendado** o meu exame, para o qual **COMPROMETO-ME A COMPARECER** na data e local que forem definidos por V.Sas. Confirmo a seguir meu(s) telefone(s) de contato.

TELEFONES DE CONTATO PARA REAGENDAMENTO DE PERÍCIA:

(88) 3412-1978
(88) 9914-7239
(88) 9202-8501
(88) 9937-5110

