



28/07/2020

Número: **0805237-92.2017.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Soledade**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SONALLY ALVES DOS SANTOS (AUTOR)		Hallison Gondim de Oliveira Nóbrega (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32705968	28/07/2020 10:23	2736878_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2015

Carta nº: 7818308

A/C: SONALLY ALVES DOS SANTOS

Sinistro: 3150813943
Vitima: SONALLY ALVES DOS SANTOS
Data Acidente: 06/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01761/01762 - carta_01



Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2015

Carta nº: 7920667

A/C: SONALLY ALVES DOS SANTOS

Sinistro: 3150813943
Vítima: SONALLY ALVES DOS SANTOS
Data Acidente: 06/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.dpvatsegurodotransito.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. 01319/01320 - carta_02



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2015

Carta nº: 8028481

A/C: SONALLY ALVES DOS SANTOS

Sinistro: 3150813943
Vítima: SONALLY ALVES DOS SANTOS
Data Acidente: 06/03/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01515/01516 - carta_04



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3150813943 - 1
Nome do(a) Examinado(a): SONALLY ALVES DOS SANTOS
Endereço do(a) Examinado(a): RUA SEVERINO JOAQUIM DE OLIVEIRA nº 00 - CENTRO - OLIVEDOS/PB
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 3877454 - SSP
Data local do exame: 07/10/2015 CAMPINA GRANDE/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)

FERIMENTO CORTO-CONTUSO DE FACE

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

FERIMENTO CORTO-CONTUSO COM SUTURA E CURATIVO

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☐ 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.

SEM SEQUELAS

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(*)

☐ Vitima em tratamento

☒ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 07/10/2015

Médico Perito: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI CRM: 6508


Márcio Alberto L. Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
CIR. DO OMBRO E COTOVELO
CRM-PB 6508 TEOT 11209

Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2020 10:23:38

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072810233794500000031322276>

Número do documento: 20072810233794500000031322276



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO
R. Raimundo Nonato de Araujo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 005174/15


CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 005174/15 registrada em 13/08/2015, que passo a transcrever na íntegra: Aos treze dias do mês de agosto do ano de 2015, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:58 horas, compareceu o Sr. SONALY ALVES DOS SANTOS, com 20 anos de idade, filho de RIVALDO SEBASTIÃO DOS SANTOS e MARIA LUCIA ALVES DOS SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteira, escolaridade Medio Completo, profissão ESTUADANTE, portador da Cédula de Identidade Nº 3877454, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 01792976437, residindo à rua SEVERINO JOAQUIM DE OLIVEIRA, S/N, bairro CENTRO, na cidade de OLIVEDOS - PB.

Declarou que:

Informa a declarante, que por volta de 17h00min do dia 06.03.2015, estava trafegando na área central de Olivedos/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125 TITAN KS, ano/modelo 20112/2012, cor azul, chassi 9C2JC30102R209598, de placa MOF-6035/PB, licenciada em nome de Maria Lucimar Imperiano Rocha, quando perdeu o controle de direção e caiu ao solo, após passar por um quebra molas, sofrendo ferimentos graves, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhada para o hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande/PB, onde foi submetida a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia. Informa ainda que os Policiais Militares do BPTran não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se a declarante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou fé.

Campina Grande, Quinta-feira, 13 de Agosto de 2015

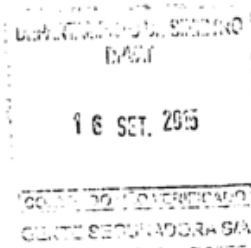


SONALY ALVES DOS SANTOS

Declarante


JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Documento de Identificação

Eu, Samelly Alves dos Santos, portador da carteira de identidade nº 3877454 e inscrito no CPF/ME sob o nº 017.929.764-37 residente e domiciliado na Rua Saverino J. de Oliveira, S/N Cidade Oliveiras 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

() 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 a 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.

Samelly Alves dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Oliveiras, 18/08/2015

Local e data

16 SET. 2015





ATO

GOVERNO DO PARANÁ SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOUTOR LUIZ GONZAGA FERNANDES

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO
Código da Unidade: 0092367 CNPJ: 08-778.268/0001-80
Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DOUTOR LUIZ GONZAGA FERNANDES
Endereço: AV. ELIZABETH PIRETO, 4706 - SALVINAS
Município: CAMPO LENO - Estado: PARANÁ UF: PR

PACIENTE
Nome: SONIA LUIZ DOS SANTOS Sexo: FEMININIDADE: 19.6
Profissão: ESTUDANTE 91/82/36 Documento: 00801939572085
Endereço: RUA JOAQUIM DE OLIVEIRA Bairro: CENTRO
Município: OLIVEIRA Estado: CEP:
Data de Nascimento: 06/03/2014 18:57h Código do Município: 251050

RAÇA/CORTELA, NASCIMENTO, QUEIXAS: AC DE MOTO
() 1 - BRANCA () 17 - PRETA () 13 - PARDAS
() 4 - AMARELA () 5 - INDÍGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:
Paciente com queixa de dor no abdômen, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de hábitos intestinais. Exame físico sem alterações.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE TIPO
Exames realizados: Exame físico, Exame de urina, Exame de sangue.

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS
1. Exame físico
2. Exame de urina
3. Exame de sangue

DIAGNÓSTICO / CEE

NATUREZA DA CONSULTA
Consulta Ras: PAB
Consulta Especializada: 1002 / 3145

PROCEDIMENTO
1002 / 3145

TIPO DE ATENDIMENTO
() 01 - URGENTE
() 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
() 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
() 04 - OUTROS - POS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO
() 05 - OUTROS - POS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

ENCAMINHAMENTO
() 0 - PRESENCIA () OBSERVAÇÃO () RESIDÊNCIA () INTERNAÇÃO
() 02 - APLICAR () OUTRO HOSPITAL () ÓBITO () OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:
CÓDIGO PROCEDIMENTO CBO IDADE

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IAIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - DO POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)



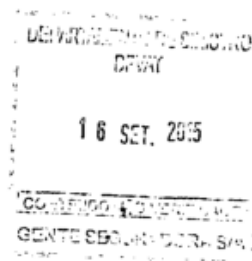


ESTADO DA PARAÍBA
MUNICÍPIO DE SOLEDADE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU

ATC

DECLARAÇÃO

Declaro para todos os fins que se fizerem necessários, que o Sr.(a) Jonally Alves dos Santos, portador do CPF: 017.929.764-39 e RG: 3.877.454; foi atendido pelo SAMU 192 de Soledade- PB no dia 06/03/15, vítima de acidente de motocicleta. A equipe plantonista que prestou atendimento: Odmar (Ocupacional), Maria do Carmo (Téc. enfermagem) e Dênio (Bordador).




Georgina Karoline N. Gomes
Coordenadora - SAMU

GIORGIA KAROLINE NEVES GOMES
COORDENADORA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU
RUA HORÁCIO DA COSTA LIMA, S/N.CENTRO.
SOLEDADE-PB





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Senelky Aires dos Santos

RG nº 3877454, data de expedição 20/07/10 Órgão SSP/PB

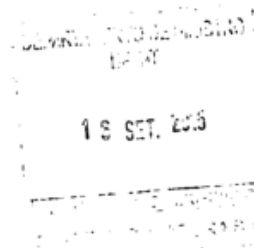
CPF nº 017.929.764-37, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Severino J. de Oliveira</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Olivedos</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>53160-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3065.5017 / 9.8769.6065</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olivedos, 18/08/2015

Assinatura do Declarante: x Senelky Aires dos Santos



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, MARIA LUCIMAR IMPERIANO ROCHA ANIBAL,
RG nº 1.370.313, data de expedição 22/03/88,
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 477.432.984-34, com
domicílio na cidade de OLIVEDOS, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA: DIVONE MARIA OLIVEIRA, nº 120,

complemento ---, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Sonally Alves dos Santos cujo o condutor era
Sonally Alves dos Santos.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA - CG 125 TITAN

Ano: 2002 - 2002

Placa: MOF 6035 - PB

Chassi: 92.9C30102R209598

Data do Acidente: 06.03.2015

Local e Data: Zona Rural de Olivedos.

Maria Lucimar Imperiano Rocha Anibal
Assinatura do Declarante

Sonally Alves dos Santos

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

CARTORIO MARIA JOSÉ COSTA

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
Maria Lucimar Imperiano Rocha Anibal
Dou fé, Olivedos/Paraíba - 14/07/2015
Notário: Claudiana Costa de Albuquerque
Selo Digital: ABU07452-T992
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Claudiana Costa de Albuquerque

CARTORIO MARIA JOSÉ COSTA

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
Sonally Alves dos Santos
Dou fé, Olivedos/Paraíba - 15/07/2015
Notário: Claudiana Costa de Albuquerque
Selo Digital: ABU07460-J5Z4
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Claudiana Costa de Albuquerque



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.877.454 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/07/2010

NOME SONALY ALVES DOS SANTOS

FILIAÇÃO RIVALDO SPRASTIÃO DOS SANTOS
MARIA LUCIA ALVES DOS SANTOS

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
CAMPINA GRANDE-PB 05/08/1995

DOC ORIGEM NASC.N.3645 FLS.43 LIV.A 04

CARTÓRIO OLIVEDOS.PB.

CPF 017.929.704-37

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.119 DE 29/08/03



Processamento de identidade



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

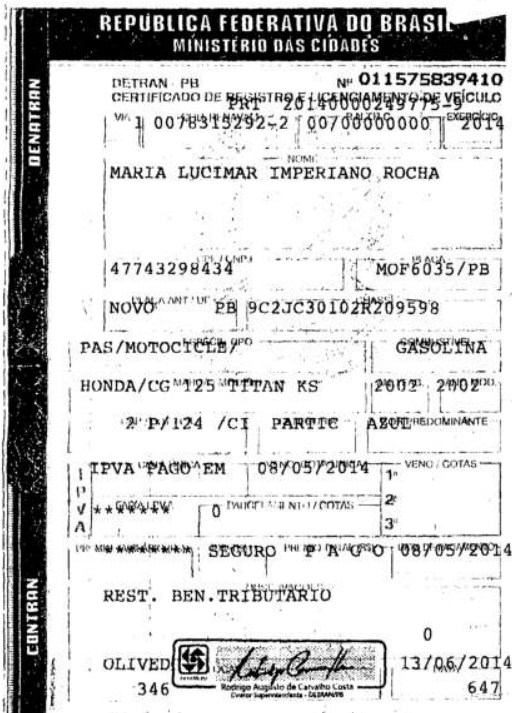
INSTITUTO DE POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P 917

Assinatura: Sonaly Alves dos Santos





SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011575839410 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARIA LUCIMAR IMPERIANO ROCHA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2014. 13/06/2014
AT. EMISSÃO DATA CADASTRO

VIA MARIA LUCIMAR IMPERIANO ROCHA PLACA

RENAVAM MARCA/MODELO

10 49743298434 CHASSI MOF6035/PB

00783152922 HONDA/CG 125 TITAN K
PREMIO TARIFARIO

FNS (RS) 9 DENOMINACAO DO FUNDAMENTO (RS)
2002 9C2JC30102R209598

CUSTO DO BILHETE (RS) KOF (RS) VALOR DO SEGURO (RS)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO PARCELAS DATA DE QUITACAO

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.000/101.604

www.seguradoralider.com.br

647-1403121-20140613



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150813943 **Cidade:** Olivedos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SONALLY ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/03/2015 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NA COLUNA CERVICAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA (BAM INCONCLUSIVO)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150813943 **Cidade:** Olivedos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SONALLY ALVES DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/03/2015 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO-CONTUSO DE FACE

Descrição do exame médico pericial: SEM SEQUELAS

Resultados terapêuticos: FERIMENTO CORTO-CONTUSO COM SUTURA E CURATIVO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 07/10/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI

CRM do médico: 6508

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

