



Número: **0801030-13.2020.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **09/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANTONIO JOSE BEZERRA (AUTOR)	HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO JUNIOR (ADVOGADO) DIEGO MARTINS DINIZ (ADVOGADO) HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
36340 617	06/11/2020 10:53	<u>2762697_CONTESTACAO_Anexo_02</u>

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180309205 **Cidade:** Patu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE BEZERRA **Data do acidente:** 28/05/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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 %

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180309205 **Cidade:** Patu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE BEZERRA **Data do acidente:** 28/05/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

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 %

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE BEZERRA**

Nº Sinistro: **3180309205**
Vitima: **ANTONIO JOSE BEZERRA**
Data do Acidente: **28/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180309205**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13085507

Pag. 01539/01540 - carta_01 - INVALIDEZ



00020770



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO JOSE BEZERRA

Nº Sinistro: 3180309205

Vitima: ANTONIO JOSE BEZERRA

Data do Acidente: 28/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180309205**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 01903/01904 - carta_03 - INVALIDEZ



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

Carta nº 13097-388



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO JOSE BEZERRA

Nº Sinistro: 3180309205
Vitima: ANTONIO JOSE BEZERRA
Data do Acidente: 28/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180309205**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **28/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01245/01246 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13299107



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 10:53:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610530484600000034695699>
Número do documento: 20110610530484600000034695699

Num. 36340617 - Pág. 5

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINI-
- SEGURO DPVAT -**

Autorização de pagamento



Seguradora Líder VAT

No. DO SINISTRO

www.dpvatsegurodotransito.com.br ou
ligue SAC DPVAT 0800 022 12 04

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, Antônio José Bezerra,
PORTADOR/A DO RG No.: 1857389 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 04/02/97 E
CPF 0381124769-36 /CNPJ ██████████-██████-██, PROFISSÃO Agricultor
REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio José Bezerra,
AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento.
Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
No. BANCO _____ No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. DE CONTA CORRENTE _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
No. BANCO 237 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
No. BANCO 001 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
No. BANCO 341 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
No. BANCO 104 No. AGÊNCIA 3518 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA 12852-6

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

ATENÇÃO

- Não será possível efetuar o pagamento em Conta Salário (INSS), Conta Fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou Conta Conjunta quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos da agência, caso o dígito exista, principalmente do Banco BRADESCO;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ATIVA;
- Indique corretamente se a conta informada é POUPANÇA ou CONTA CORRENTE;
- Tenha SEMPRE um documento bancário para conferência de sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL Patao - PR

DATA 22/06/2018

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A

Antônio José Bezerra





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 10:53:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610530484600000034695699>
Número do documento: 20110610530484600000034695699

Num. 36340617 - Pág. 7



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
DIVISÃO DE POLÍCIA CIVIL DO OESTE -
7^ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL- PAT

Boletim de ocorrências

\sqrt{w} 9

Boletim de Ocorrência nº 217/2018

Natureza da Ocorrência: Comunicação de Fato- Acidente de Trânsito

Local: Rodovia Federal (BR-226, próximo a cidade de Patu/RN).

Data e hora do fato: 28/05/2018 as 05h23 mim

Comunicante: Gabriel Bezerra Cavalcante, Brasileiro, Solteiro, agricultor, RG: 2743370 SSP/RN, CPF: 059.547.574-45, natural de Catolé do Rocha/PB, data de nascimento: 13/09/1983, filho de Francisco Bezerra Cavalcante e de Maria Jose Victo, residente na Rua Sit. Distrito Coronel Maia, Catolé do Rocha/PB

Telefone: (83) 9-9872-3368

Vítima(s): Antonio Jose Bezerra, Filho de Francisco Bezerra Cavalcante e de Maria Jose Victor, Nascido em 04/12/1979, RG1857389, Residente: na Rua Sit. Distrito Coronel Maia, Catolé do Rocha/PB.

Testemunha(s):

Investigado(s): Prejudicado.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: O Declarante comunica que na data e hora supracitados, vinha conduzindo a motocicleta da marca e modelo; Honda/pop 100, Ano 2011/2011, Cor Preta, Placa OEV-097/PB, Chassi 9C2HB0210BR256399, Licenciado em Nome de Jose João da Silva CPF: 044.773.484-95. Que ao tentar desviar um buraco na via de rolagem o passageiro "vítima" se desequilibrou vindo a cair na via, que desta queda a vítima sofreu um trauma na clavícula esquerda conforme atesta a fixa de primeiro atendimento do hospital municipal da cidade de Patu/RN. Que nada mais declarou.

O DECLARANTE SE RESPONSABILIZA CIVIL E CRIMINALMENTE PELO TEOR DE SUAS DECLARAÇÕES.

Providências Adotadas:

(01) Registro da Ocorrência, e expedição de B.O.

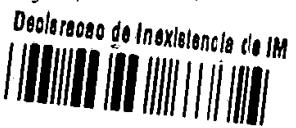
Patu/RN, 15 Junho de 2018.

Antônio José Bozeno
declarante

~~Valter Rodrigues~~
APC
~~Mat. 95595-0~~

Rua Lucas Matias, nº 51 - Costa e Silva - Patu/RN - Fone (84) 3361-4702





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antônio José Bezerra, portador da carteira de identidade nº 1857389 e inscrito no CPF/MF sob o nº 038.124.764-36, residente e domiciliado na Sítio Ref. Maia - S/N, Cidade Pato Branca, Estado Tocantins, declaro, sob ás 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 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.

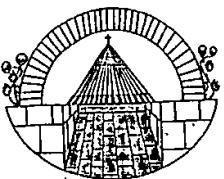
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Pato Branca, PR, 22 de junho de 2018

Local e data





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. HENDERSON JOSINO
BANDEIRA DE MOURA

DECLARAÇÃO

Comprovação de ato declaratório

Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários e de direito, que o Senhor **ANTÔNIO JOSÉ BEZERRA**: 38 anos de idade:04/12/1979 **CARTÃO DO SUS: 700205917213324**, deu entrada no serviço de urgência desta instituição no dia 28 de maio de 2018 às 05:23h conforme registro de Livro de Ocorrências do "Setor de urgência", onde consta: acidente motocicleta "**VITÍMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM DORES NO OMBRO ESQUERDO.**" atendido, medicado e encaminhado ao Hospital Regional de Pau dos Ferros.

É verdade e dou fé.

Patu/RN, 19 de junho de 2018.

Hérica Kayenn de Moura Marcelino
Diretora
CPF: 942.611.994-91

Av. Antônio Suassuna, nº 490, Bairro Nova Brasília - Patu-RN
Telefone: 84 3361-2789 - E-mail: hospitalmunicipaldepatu@hotmail.com
CNPJ 08.349.078/0001-28



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 10:53:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610530484600000034695699>
Número do documento: 20110610530484600000034695699

Num. 36340617 - Pág. 10



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio José Bezerra,

RG nº 1857 389, data de expedição 04/02/97, Órgão SSP/PI,

CPF nº 038.114.764 -36, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Cef. Maia</u>
Número	<u>51N</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Catalé do Rocha</u>
Estado	<u>P/B</u>
CEP	<u>58.884-000</u>
Telefone de Contato	<u>83-9872-3368</u>
E-mail	<u>bezerra@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Catada-PB, 22 de junho 2018

Assinatura do Declarante:





Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

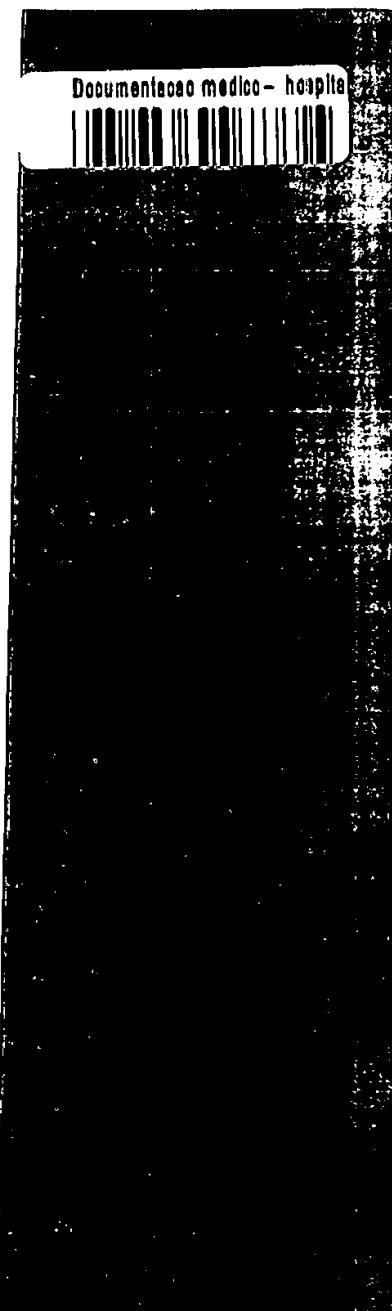
BR 405 - KM 03 - PAU DÓS FERROS/RN - (84) 3351-9840

Nome:

Receituário

Tepoxi Amersano

Data:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 10:53:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610530484600000034695699>
Número do documento: 20110610530484600000034695699

Num. 36340617 - Pág. 13



Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

BR 405 - KM 03 - PAU DOS FERROS/RN - (84) 3351-9840

Nome: Antônio José Bezerra

Receituário

Lionel Nísio

Alerto para os devedores que o paciente apresentado queixa-se de impotência sexual e desejo sexual devido a fatores laborais por 60 (sessenta) dias a partir da data de envio o juro de devolução ficando

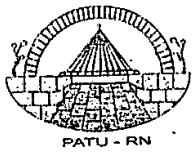
5%.

01/06/2019

Data:

Dr. Fábio Roberto A. Lima
Ortopedia / Reumatologia
CRM-PB 2104





Estado do Rio Grande do Norte
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATU
Secretaria Municipal de Saúde

PATU
C I D A D E

RECEITUÁRIO

Antônio José Aguiar

À PDF

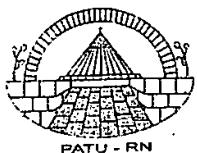
Paciente com evidência de
postura de clavícula à
extremidade
col = sol. ave lucas or b pristis.

Data: ____ / ____ / ____

Doutor R. C. Frei.
CRM 2268
MÉDICO

Médico(a)





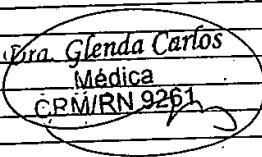
Prefeitura Municipal de Patu
Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MUNICIPAL

PATU
CIDADEL

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

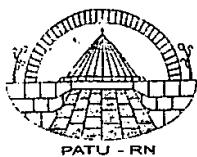
DADOS DO ATENDIMENTO:		Data: 28/05/18	Hora: 05:23	Atendimento nº: 26
Nome: Antonia José Bezerra		Idade: 38 anos	Sexo: F	
Data de Nascimento: 04/12/49		Cartão SUS: 4101012015191317121313131241		
Profissão:	Nº Identidade:			
Endereço (Rua/AV./Sítio):			Nº	Complemento: Casa
Bairro:	Cidade: Católe do Pocinho	Estado: PB	Telefone: 98 72 3368	
Nome da Mãe: Maria Jose Vitor			Motivo da Procura: Queda de moto	
Assinatura do Servidor:				
ACOLHIMENTO: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito				
Acolhimento com Classificação de Risco:				
Queixas:				
Antecedentes Alérgicos: <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> DM Assinatura: , Classificação:				

ANAMNESE: Paciente caiu de moto de moto e caiu com dor no ombro E

EXAME FÍSICO:	Peso: _____	Temperatura: _____ C°	F.C.: _____ PA: _____	MMHG	F.R.: _____	HGT: _____
→ Sobre o lado X de outos e etan cular E						
CONDUTA:	<input type="checkbox"/> Medicção	<input type="checkbox"/> Observação	<input type="checkbox"/> Laudo para AIK			
→ Deixar 20mg Tampon E						
						

HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO:		CID: _____
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Radiológico <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Outros:		Médico: (Carimbo/ Assinatura): _____
Saída: Data/Hora: / / às : h. <input type="checkbox"/> Alta Referido para UBS <input type="checkbox"/> Óbito		
<input type="checkbox"/> Outra Unidade de Urgência <input type="checkbox"/> Especialidade <input type="checkbox"/> Internação no Hospital		





Prefeitura Municipal de Patu
Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MUNICIPAL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO:		Data: <u>30/05/18</u>	Hora:	Atendimento nº: <u>28</u>
Nome: <u>Antonio Jose Bezerra</u>		Idade: <u>38 anos</u>	Sexo: <u>M</u>	
Data de Nascimento: <u>09/12/1979</u>		Cartão SUS: <u>1010120151913141213131312191</u>		
Profissão:	Nº Identidade:			
Endereço (Rua/AV./Sítio): <u>Sítio Canhões Maia</u>			Nº <u>03</u>	Complemento: <u>Casa</u>
Bairro: <u>Zona rural</u>	Cidade: <u>Catolé Do Piauí</u>	Estado: <u>PI</u>	Telefone:	
Nome da Mãe: <u>Maria Jose Victor</u>		Motivo da Procura:		
Assinatura do Servidor: <u>Gilmara</u>				
ACOLHIMENTO: <input type="checkbox"/> Emergência <input type="checkbox"/> Urgência <input type="checkbox"/> Não Urgência <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito				
Acolhimento com Classificação de Risco:				
Queixas:				
Antecedentes Alérgicos: <input checked="" type="checkbox"/> HAB <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Assinatura: <u></u> . Classificação:				

ANAMNESE:				
<u>Paciente apresenta dores de dorso</u>				
EXAME FÍSICO:	Peso: _____	Temperatura: _____	C° F.C.: _____	PA: _____
<u>Sintomas de dor no</u>				
CONDUTA: <input type="checkbox"/> Medicação		<input type="checkbox"/> Observação		<input type="checkbox"/> Laudo para ATI
<u>Ir ao oftalmologista</u>				
<u>Sai na noite de clínico g</u>				

Dr. ANTONIO C. Freire
CRM: 0288
MCR: 0000

HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO:		CID: _____
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: <input type="checkbox"/> Laboratório <input type="checkbox"/> Radiológico <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> Outros: _____		Médico: (Carimbo/ Assinatura)
Saída: Data/Hora: ____ / ____ / ____ às ____ : ____ h. - <input type="checkbox"/> Alta Referido para UBS: <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Outra Unidade de Urgência <input type="checkbox"/> Especialidade <input type="checkbox"/> Internação no Hospital		





Documentação médica - hospitalar

ORTOMED

CLÍNICA ORTOPÉDICA



Convênios com:
CAMED - UNIMED - CASSI - FUNASA

Paciente: Antonio José Bezerra
Data de Nascimento: 04/Dez/1979
Médico(a) Solicitante:

Número de Registro: PAT002162
Exame: ACCNO002543
Data do Exame: 01/Ago/2018 14:22

RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Textura óssea preservada.
Fratura do terço médio da clavícula esquerda, com angulação cranial dos segmentos ósseos.
Relações articulares preservadas.

Conclusão:

Fratura do terço médio da clavícula esquerda, com angulação cranial dos segmentos ósseos.

Dr. Wagner Haese Barros
CRM/SP 171.738

Laudado por: Dr. Wagner Haese Barros (CRM/SP 171.738)
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
Laudo emitido em: 01/Ago/2018 14:33

Dr. Wagner Haese Barros
CRM/SP 171.738

Aprovado por: Dr. Wagner Haese Barros (CRM/SP 171.738)
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
Laudo aprovado em: 01/Ago/2018 14:39

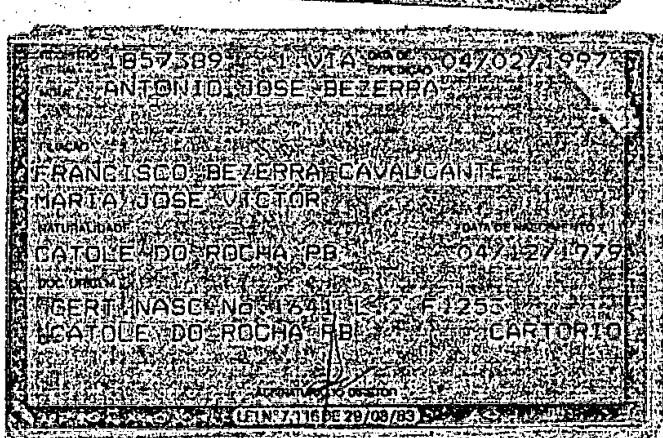
Responsável Técnico: Dra. Míra Medeiros Noia Jacome Wanderley (CRM/PB 8140)

Rua Venâncio Neiva, 283 - Centro - CEP 58.884-000 - Catolé do Rocha-PB - (83) 3441.1195 | 9960.0161
e-mail: dinaldowanderley@hotmail.com



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 10:53:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610530484600000034695699>
Número do documento: 20110610530484600000034695699

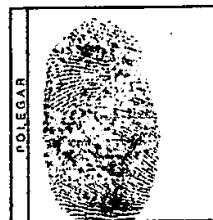
Num. 36340617 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 10:53:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610530484600000034695699>
Número do documento: 20110610530484600000034695699

Num. 36340617 - Pág. 19

		MINISTÉRIO DO EXÉRCITO DIRETORIA DE SERVIÇO MILITAR CERTIFICADO DE DISPENSA DE INCORPORAÇÃO 23a CSM RAY "NAO POSSUI" 987210-T	
NOME: ANTONIO JOSE BEZERRA FILIAÇÃO: PAI: FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE MÃE: MARIA JOSE VICTOR DATA NASC: 04Dez79 NATURALIDADE: CATOLE DO ROCHA-PB DISPENSADO DO SERVIÇO MILITAR INICIAL EM: 1999 POR ter sido incluído no excesso do contingente			
<i>Agostinho Nunes 036-274</i> ADORNO/OLIVEIRA/SCM DISPENSADO - 06/06/2000			



Antônio José Bezerra

(b) DISPENSADO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETBRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: COD. REVENDEDOR: 003423417 | 00000527 | EXERCÍCIO:
003423417 | 000000000 | 2017

JOSE JUODA DA SILVA

04477348495

PLACA
OEVO978/PB

PELADA ANTES DE SER PINTADA NOVO N.º DE SÉRIE: 9C2HB0210BR256399

PAS/MOTOCICLETA/NAO APlica COMBUSTÍVEL

HONDA/POP100

GASOLINA

MARCA/Modelo

ANO FAB.

CAP/POT/CIL.

ANO MOD.

CATEGORIA

COR PRÉDOMINANTE

2011

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC. / COTAS

PAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS

A ***

0

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) | IGF (R\$) | PRÉMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO

* * * * * | * * * * * | * * * * * | 08/08/2017

OBSERVAÇÕES:

A. F. ADM. DE CONC. NACION. HONDA LTDA

DEPARTAMENTO DE TRIBUTOS E COLETA DE INFORMAÇÕES

REST. BEN. TRIBUTARIO 0

CATOLE DO ROCHA - PB

DATA

08/08/2017

19763

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

PB N.º 013221836499 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoraalider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO | DATA EMISSÃO
2017 | 08/08/2017

VIA | CPF / CNPJ | PLACA

04477348495 | OEVO978/PB

REVENDEDOR | MARCA / MODELO

900342341731 | HONDA/POP100

ANO FAB. | N.º CHASSI

2011 | 9 | 9C2HB0210BR256399

PRÉMIO TARIFÁRIO | DATA DE OUTAÇAO

* * * * * | 08/08/2017

CUSTO DO BILHETE (R\$) | TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

* * * * * | PAGO

IOF (R\$) | PAGAMENTO

* * * * * | PARCELADO

DATA DE OUTAÇAO

08/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DUT

PRODUTO PLASTIFICAR

1404126837

VÁLIDA EM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL

1404126837

JOÃO PESSOA, PB

01/11/2016

599266008

DB33548129

06496680439

03/11/2015

12/02/2020

274310

059 547 574-45

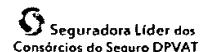
FRANCISCO BEZERRA

CAVALCANTE

MARIA JOSE VICTO

CAVALCANTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242568/18

Vítima: ANTONIO JOSE BEZERRA
CPF: 038.124.764-36

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 28/05/2018

Titular do CPF: ANTONIO JOSE BEZERRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros

ANTONIO JOSE BEZERRA : 038.124.764-36
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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/07/2018
Nome: ANTONIO JOSE BEZERRA
CPF/CNPJ: 038.124.764-36

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/07/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANTONIO JOSE BEZERRA

ANDREZA ALVES DA CUNHA



De: Jose Carlos
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinícius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinícius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

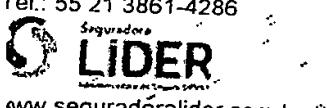
De: Arthur Fróes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Supervidente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br,
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904



INVALIDEZ PERMANENTE e/ou
DAMS - Despesas Médicas

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos



1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima Antônio José Bezerra
Data do Acidente 28/05/2018 CPF: 038.824.764-36

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome

A própria Vítima Representante Legal: Grau de Parentesco:

Endereço Silva Cef. Maia

No. Complemento Bairro

Cidade Cidade Rodoviária UF PE

Telefone 83-9872 3368

Email bbezerraa@gmail.com

CEP 51058-000

Informações Importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA INVALIDEZ PERMANENTE DESPESAS MÉDICAS

Atenção! Preencha com: Para documentação entregue

4. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
- Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível)).
- CPF da vítima (Cópia simples e legível).
- Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

5. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível)
- Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível)).
- CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

6. DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- Comprovantes (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível))
- CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

7. PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 25/06/18

Nome Antônio José Bezerra

Identidade 1857389

Antônio José Bezerra
Assinatura do Portador

8. RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data 25/06/18

Recebi os documentos assinalados

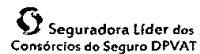
Nome MARIA D. A. RIBEIRO

Matrícula Correios 8428969-7

CB
Assinatura do Atendente



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242568/18
Vítima: ANTONIO JOSE BEZERRA
CPF: 038.124.764-36

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 28/05/2018
Titular do CPF: ANTONIO JOSE BEZERRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Documentação médica-hospitalar
Outros

Outros



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.dpvtseguro.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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/08/2018
Nome: ANTONIO JOSE BEZERRA
CPF: 038.124.764-36

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2018
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

ANTONIO JOSE BEZERRA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 10:53:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110610530484600000034695699>
Número do documento: 20110610530484600000034695699

Num. 36340617 - Pág. 25



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO JOSE BEZERRA
Nº Sinistro: 3180309205
Vítima: ANTONIO JOSE BEZERRA
Data do Acidente: 28/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180309205, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo-

Pag. 0180301904 - carta_03 - INVALIDEZ



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

Carta nº 13097388

SEGURO LÍDER DPVAT | PÁGINA 1 DE 1 | 19-06-2018 15:01:5020867 1/1



De: Jose Carlos
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinícius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocola em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

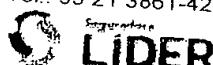
CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 12/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma:

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180309205 **Cidade:** Patu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE BEZERRA **Data do acidente:** 28/05/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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 %

