



Número: **0005009-64.2022.8.17.3350**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de São Lourenço da Mata**

Última distribuição : **14/12/2022**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS (AUTOR)	
	JOELMA INES DO NASCIMENTO STACISHIN (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
136845227	03/07/2023 10:34	2883902_JUNTADA_DE_DOCS_01	Ações processuais\Documento de Comprovação



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO LOURENCO DA MATA/PE - SEÇÃO -

PROCESSO: 00050096420228173350

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SAO LOURENCO DA MATA, 30 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
OAB/PE 30225

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 03/07/2023 10:35:06
Número do documento: 23070310343723800000133668739
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070310343723800000133668739>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/07/2023 10:34:37

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 03/07/2023 10:35:07
Número do documento: 23070310343723800000133668739
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070310343723800000133668739>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/07/2023 10:34:37

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0005009-64.2022.8.17.3350**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de São Lourenço da Mata**

Última distribuição : **14/12/2022**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS (AUTOR)	
	JOELMA INES DO NASCIMENTO STACISHIN (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)	
	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
136845229	03/07/2023 10:34	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190692786

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS

Data do acidente: 25/07/2019

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO LATERAL DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
TRAUMA CONTUSO COM LUXAÇÃO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA E FRATURA DE BASE DA FALANGE MÉDIA DO 4º DEDO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445894/19

Vítima: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS S.

CPF: 043.989.334-84

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/07/2019

Titular do CPF: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS : 043.989.334-84

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/12/2019
Nome: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS
CPF: 043.989.334-84

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 03/07/2023 10:34:47
Número do documento: 23070310343752900000133668741
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070310343752900000133668741>
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/07/2023 10:34:37

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190692786

Vítima: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15249940



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190692786 Vítima: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 28/11/2019, emitido pelo Dr. JULIANA PIVANTI CRM nº 27900 - PE, da Instituição HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00113/00114 - carta_31 - INVALIDEZ



Carta nº 15264291



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 043 989 334 84 Nome completo da vítima: ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS CPF: 043 989 334 84
Profissão: PIZZAOLA Endereço: RUA SOUZA MANDREIRA Número: 359 Complemento: _____
Bairro: TORRE Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 50711525
E-mail: NIRVANA HAYLANDER @ GMAIL - com Tel. (DDD): 81.9. 8512 2842

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0876 CONTA: 013000128579 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: CAMARAGIBE 04/12/19
Nome: ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS
CPF: 043 989 334 84

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____ Autorização de pagamento

2ª Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Alisson de Assunção Martins dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0127007517Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/10/2019** às **22:42****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **25/7/2019** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR BELMINIO CORREIA, 01 - Bairro: JARDIM
PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL.**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FABIANO MOURA CORDEIRO (AUTOR / AGENTE)
ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

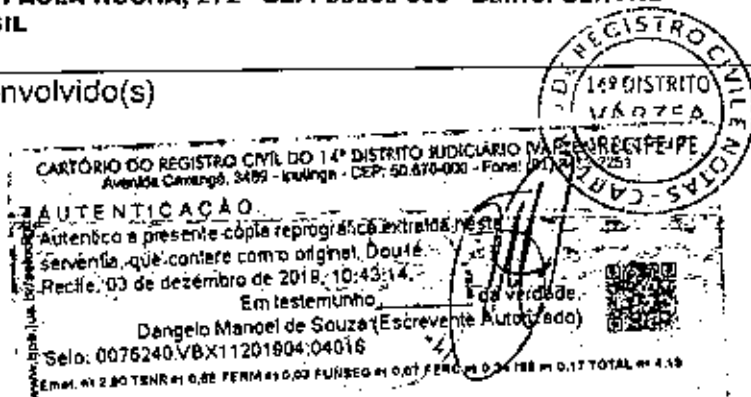
VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FABIANO MOURA CORDEIRO

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELIELBA ASSUNÇÃO DOS SANTOS Pai: ADEMAR MARTINS DOS SANTOS Data de Nascimento: 25/10/1979 Naturalidade: SALVADOR / BAHIA / BRASIL Documentos: 6904888/SDS/PE (RG), 04398933484 (CPF), 04905196108 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: ATENDENTE
Endereço Residencial: **RUA SOUZA BANDEIRA, 359 - CEP: 55000-000 - Bairro: TORRE - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

FABIANO MOURA CORDEIRO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MOURA DA SILVA CORDEIRO Pai: ROGACIANO FRANCISCO CORDEIRO Data de Nascimento: 2/8/1981 Naturalidade: JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6132062/SSP/PE (RG), 03770987446 (CPF), 02068832509 (CNH) Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Telefones Celulares: - 81998025324

Endereço Residencial: **RUA PEDRO DE PAULA ROCHA, 272 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

21/10/2019 23:26



MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH9913** (PERNAMBUCO/RECIFE) Chassi: **9C2J66900JR302592**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FABIANO MOURA CORDEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIANO MOURA CORDEIRO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/FIAT PALIO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGL4489** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Chassi: **9BD17140MA5544964**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE O FIAT PALIO, PLACA KGL4489 O TRANCOU NA AVENIDA BELMINO CORREIA, EM FRENTE À CASA DA BATERIA AO REALIZAR CONVERSÃO PROIBIDA À ESQUERDA NA FAIXA CONTÍNUA OCASIONANDO A COLISÃO. REGISTRA QUE A COLISÃO RESULTOU NA SUA QUEDA, A QUAL GEROU LESÕES FÍSICAS COMO LUXAÇÃO DE 4º QDD E FX DE TERÇO LATERAL DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS
(VITIMA)

Wickson Antônio Cantarelli de Carvalho
Polícia Civil
Mat. 221.179-3

B.O. registrado por: **WILCKSON A. CANTARELLI DE CARVALHO** - Matrícula: **221.179-3**

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO MARANHÃO
Avenida Caxangá, 3489 - Iguanga - CEP: 50.670-000 - Fone: (51) 321.2255

AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprográfica extraída desta serventia, que confere com o original. Dou fé.
Recife, 03 de dezembro de 2019, 10:43:13.
Em testemunho _____ da verdade.
Dangelo Manoel de Souza (Escrivente Autizado)
São: 0076240.ALC11201804:04015

Emol. R\$ 2,85 TERC. R\$ 0,88 FERM. R\$ 0,00 FUNDEO R\$ 0,07 FERR. R\$ 0,34 ISS R\$ 0,11 TOTAL R\$ 4,15



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº 6904888-505PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 043.989.334-84, residente e domiciliado na RUA SOUZA BANDEIRA 359 TORRE, Cidade RECIFE, Estado PE, 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 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.

Declaração de inexistência de IML



Alisson de Assunção Martins dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CAMARAGIBE 04/12/19

Local e data

JOELMA MARIA DA SILVA LANCHONETE

Av. General San Martin, 1959 – San Martin – Recife – PE – CEP: 50761-000
CNPJ (MF) nº. 33.250.766/0001-83

Comprovante de residência

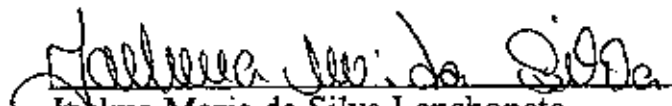


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS, residente e domiciliada à Rua Souza Bandeira, 359 – Torre – Recife – PE., portador da CTPS nº. 00078/00074-PE, CPF nº. 043.989.334-84, faz uso para se deslocar para o trabalho do veículo MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN, Placa PCH 9913, ano 2017/2018, Firmo a presente para que produza os seus efeitos legais.

Recife, 28 de Agosto de 2019.

14º DISTRITO


Joelma Maria da Silva Lanchonete



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO
Avenida Caracás, 3489 - Iguatema - CEP: 50.670-000 - Recife - PE
Reconheço por SEMELHANÇA a firma indicada de:
JOELMA MARIA DA SILVA
que comparece como padrão reg. nesta Serventia. Dou fé.
Recife, 11 de outubro de 2019, às 12:11.
Dante Menezes de Souza (Escrivente Autorizado)
Seio: 0076240.BPK10204902.00823
Emol. R\$ 0,20 TSNR R\$ 0,20 FERN R\$ 0,04 FUN R\$ 0,02 AERC R\$ 0,40 PEE R\$ 0,20 TOTAL R\$ 1,06



CTC RECIFE PE PL1
ELIELBA A DOS SANTOS
RUA SOUZA BANDEIRA 359 CASA
TORRE
50711-525 RECIFE PE



7211050330030360000000175530270918





Paciente: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS

Prontuário: 01126158

Data de Nascimento: 25/10/1979

Idade: 40a 1m 4d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnóstico de:

LUXAÇÃO DE 4º QDE + FRATURA DE BASE DE F2 DE 4ºQDE

Documentação médica - hospitalar



Feito o Exame de

Observação:

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 25/07/19, EVOLUINDO COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE 4ºQDE. FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE COM LUXAÇÃO DE 4ºQDE + FRATURA DE BASE DE F2 DE 4ºQDE, REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO NA MESMA DATA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DE 4ºQDE. EM TEMPO: SEM QUEIXAS AO EXAME: LIMITAÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DE 4ºQDE (EXTENSÃO 130º/FLEXÃO 90º), SEM DOR A MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA. LIBERO PARA ATIVIDADES LABORAIS E ALTA AMBULATORIAL

Drª Juliana Pivanti
CRM: 27900
R. 27.000

Recife, 28 DE NOVENBRO DE 2019

JULIANA PIVANTI - CRM: Nº.27900

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a paciente **ALISSON ASSUNÇÃO MARTINS** esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia ortopedia, de 25.07.2019 ao dia 28.07.2019, para tratamento médico. Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades habituais, para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID-10: S42

Recife, 28/07/2019

Assinatura do Médico



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **ALISSON ASSUNÇÃO MARTINS** esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia ortopedia, de 25.07.2019 ao dia 28.07.2019, para tratamento médico-hospitalar de patologia traumato-ortopédica.

Deixo a cargo do **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

CID-10: S42

Recife, 28/07/2019

Assinatura do Médico



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 03/07/2023 10:34:47

Número do documento: 23070310343752900000133668741

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070310343752900000133668741>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/07/2023 10:34:37

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: ALISSON ASSUNÇÃO MARTINS			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:	
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: SR	LEITO:	Nº DO REGISTRO: 1126158	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO:
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM LUXAÇÃO DE 4º QDD + FX DE TERÇO LATERAL DA CLAVICULA ESQUERDA - TRATAMENTO CONSERVADOR.				
COMORBIDADE:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS: REDUÇÃO INCRUENTA DE LX DE 4º QDE				
DATA DA INTERNAÇÃO: 25/07/19		DATA DA ALTA: 28/07/2019		DIAS DE INTERNAÇÃO:
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CID	CARRABO/REVISOR/FATURAMENTO	
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRICULA
1	CIRURGIÃO	DR. DANIEL SALDANHA		
2	1º AUXÍLIO CIRURGICO	DRA JULIANA PIVANTI		
3	2º AUXÍLIO CIRURGICO			
4	ANESTESISTA			
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
MEDIÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA SINTOMÁTICOS				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA BOAS, SEM QUEIXAS				
MOTIVO DA ALTA CURADO _____ MELHORADO ☒ TRANSFERÊNCIA _____ OUTROS:		ÓBITO IML _____ SVO _____ BO: _____		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO RETORNO AO AMBULATORIO DO TRAUMA EM 15 DIAS + GRUPO DE OMBRO E COTOVELO EM 15 DIAS. MANTER ATB E CURATIVOS EM UBSF. RETORNAR A URGENCIA SE SINAIS DE ALARME ORIENTADOS				
DATA: 28.07.2019				





Documento de identificação

Nome ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS
Nascimento 25/10/1979
CPF 043.989.334-84
Registro de Inscrição 043.989.334-84
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
Racão Federal
MINISTÉRIO DA FAZENDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE IDENTIDADE 6.904.888
DATA DE EXPEDIÇÃO 14/02/2017
NOME << ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS >>
FILIAÇÃO << ADEMAR MARTINS DOS SANTOS >>
<< ELIELBA ASSUNÇÃO DOS SANTOS >>
NATURALIDADE SALVADOR - BA
DATA DE NASCIMENTO 25/10/1979
DOC. ORDEM << 006916 01 55 1981 1 00112 161
0000322 97 SALVADOR BA >>
CPF 043.989.334-84
ASSINATURA DO DETENTOR
LEI Nº 7.116 DE 2008
F-75 99.127 - 4333

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***-05 em 03/07/2023 10:34:47

Número do documento: 23070310343752900000133668741

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070310343752900000133668741>

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/07/2023 10:34:37

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 014802126456	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	11394329557	*****	2019
NOME			
E R ALIMENTOS LTDA ME			
RECIFE-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
10.575.053/0001-94		PEH9913	
PLACA ANT. FUF		CHASSI	
***** PE		9C2JC6900JH302592	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAB - MOTOCICLETA		CASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / CB 450I FAN		2017	2018
CAP / POT / CL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P / 124CL		PARTIC	VERMELHA
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
IPVA 2019 QUITADO		1*	*****
FAIXA / PVA		2*	*****
PARCELAMENTO / COTAS		3*	*****
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
80.11		0.32	84.59
DATA DE PAGAMENTO			
11/02/19			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
RECIFE		DATA	
12/02/19			
ROBERTO CARLOS MOREIRA ROCHA			
DIRETOR DE LICENCIAMENTO DETRAN/PE			

DUT



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445894/19

Vítima: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS S

CPF: 043.989.334-84

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/07/2019

Titular do CPF: ALISSON DE ASSUNCAO
MARTINS DOS SANTOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

Outros



ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS : 043.989.334-84

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/12/2019
Nome: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS
CPF: 043.989.334-84

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS
 DATA DO ACIDENTE 25/07/19 CPF DA VÍTIMA 04398933484
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA SOUZA BANDEIRA
 Nº 359 COMPLEMENTO _____ BAIRRO TORRE
 CIDADE RECIFE UF PE CEP 50711525
 E-MAIL NIRVANAHAAYLANDER@GMAIL.COM TELEFONE (81) 9.8512.2842

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU 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)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU 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), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU 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)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU 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) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 04/12/19
 IDENTIDADE 6904888 SDSPE
 ASSINATURA Alisson de A. M. dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 04/12/19 MATR. CORREIOS 88091646
 NOME LUCIANO FERREIRA BARRETO
 ASSINATURA Luciano Ferreira Barreto



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***.***-05 em 03/07/2023 10:34:47
 Número do documento: 23070310343752900000133668741
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070310343752900000133668741>
 Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 03/07/2023 10:34:37

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190692786

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS

Data do acidente: 25/07/2019

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO LATERAL DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
TRAUMA CONTUSO COM LUXAÇÃO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA E FRATURA DE BASE DA FALANGE MÉDIA DO 4º DEDO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: PÁG 1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

