



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2014

Carta nº: 4675838

A/C: ERIVALDO DE OLIVEIRA

Sinistro: 2014543336
Vítima: ERIVALDO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 04/03/2014
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.

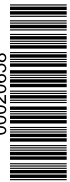
ATENÇÃO:

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 Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2014

Carta nº: 4729891

A/C: ERIVALDO DE OLIVEIRA

Sinistro: 2014543336
Vitima: ERIVALDO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 04/03/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Prezado(a) Senhor(a),

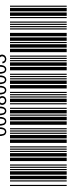
Relativamente ao acidente ocorrido em **04/03/2014**, informamos a não cobertura técnica da indenização pleiteada, tendo em vista que após análise técnica e médica da documentação apresentada, concluímos não haver invalidez permanente resultante do acidente causado por veículo automotor, passível de cobertura pelo Seguro DPVAT nos termos da Lei nº 6.194/1974, com redação conferida pela Lei nº 11.945/2009.

Assim, por não haver cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista a inexistência de sequelas permanentes, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

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





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Euvaldo de Oliveira

PORTADOR(A) DO RG Nº 2865551 EM SSP - PB EXPEDIDO POR PROFISSÃO Remota de
 CPF 023969704916 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Remota de
 E RENDA MENSAL DE R\$ 13000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DO mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

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

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

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

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

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGENCIA 0435-9 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 0540969-1

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

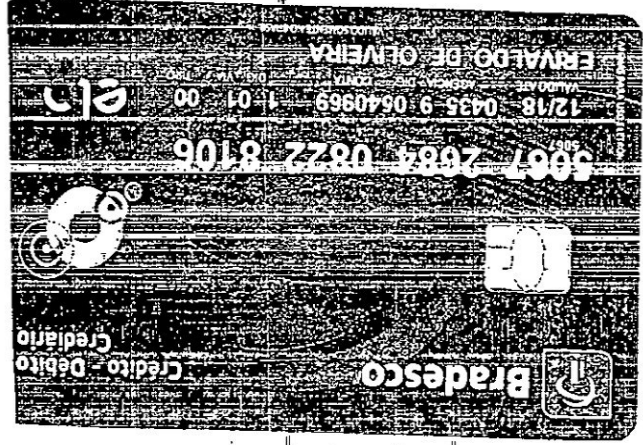
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL João PessoaDATA 29/04/2014ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Euvaldo de Oliveira

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AGENCIAMENTO SEGURADORA S/A
RIO DE JANEIRO
03 JUL 2014

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Erivaldo de Oliveira
RG nº 2865551, data de expedição / / , Órgão SSP/PB,

CPF nº 023.969.704-96, 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 Projatada</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>Quadrado 145, lote 108</u>
Bairro	<u>Portal do Sol</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.000-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3506.1821 - 8808.6227</u>
E-mail	<u>millopbprivate@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 29/04/2014

Assinatura do Declarante: Erivaldo de Oliveira

SELLO

ASSESSORIA DPVAT

(83) 3506.1821 / 8808.6227

03 JUL 2014



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA
 GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA DE VEÍCULOS DA CAPITAL
 DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL

Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro – CEP. 58.010-170 – Fone: (83) 3218-3334



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 1543/2014

Aos dezoito dias do mês de junho do ano de dois mil e catorze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 13:55h, compareceu o (a) Senhor (a): **ERIVALDO DE OLIVEIRA**, brasileiro, natural de Campina Grande/PB, solteiro, com 36 anos de idade, Promotor de Vendas, Ensino Médio, filho de Everaldo de Oliveira e de Rute Sousa de Oliveira, RG. 2.865.551-SSP/PB, residente na Rua Empresário Paulo de Oliveira, quadra 145, Lote 06, Portal do Sol, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 04/03/14, por volta das 02:00h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 125 FAN ES, cor vermelha, ano 2012, de placa OEX-8964/PB, chassi nº 9C2JC4120CR552553, registrada em nome de Nehemias Patrício de Melo, pela Avenida Hilton Souto Maior, no sentido praia da Penha/Mangabeira, ao chegar nas proximidades de um posto de combustíveis, após atingir a traseira de um veículo que trafegava à sua frente, o notificante caiu ao solo, tendo este sofrido escoriações diversas pelo corpo, sendo socorrido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira onde se submeteu a exames, foi medicado e em seguida liberado. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 18 de junho de 2014.
Carlos Antônio Duarte Félix
 Escrivão de Polícia Civil
 Matr. 135.682-8

[Handwritten Signature]
 Notificante

Escrivão

CERTIFICO QUE A PRESENTE
 CÓPIA É REPRODUÇÃO FIEL
 DO ORIGINAL QUE ME FOI
 EXIRIDO. DOU FE

25 JUN. 2014

Lucielma Juliana N. Batista
 Estrevente
 Waldemir de Souza Alves
 Escrivente

SERVIÇO NOTARIAL
 VIEIRA BATISTA
 2º OFÍCIO DISTRITAL
 Rua Elias Pereira de Araújo, 40
 Mangabeira - João Pessoa - PB
 Fone: (83) 3239-6699





DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

Eu, Emivaldo de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 2865551 e inscrito no CPF/MF sob o nº 023.969.704 - 96, residente e domiciliado na R. Prolifera SIN - Qd. 145 Lt. 08 - Bairro do Sol Cidade João Pinheiro, Estado Roraima, 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.

Emivaldo de Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pinheiro 29/04/2014

Local e data



NIEMENAS PATRICIO DE MELO
 RUA FERRETTA S/N/O 1451/06 - PORTAL DO SOL
 JOAO PESSOA/PB CEP: 53000000 (AC-1)

Classo/Sociedade: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL TRF ASICO
 Roteiro: 17 - B - 341 - 5120 - Referência: Fev/2014
 Nº medidor: 0000587845 Emissor: 26/02/2014

Energis
 ENERGIAS PARANÁ S.A.
 81.200, Km.25 - Cabo Renteria - Jd. Paranaíba/PR - CEP: 83071-6
 CNPJ: 03.055.183/0001-40 - Ins. Est. 16.915.52
 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº01.211.1
 Código para Ombú Automático: 00013028

RESERVADO AO FISCO

9000.0388.0a80.4d18.ee73.3dec.770b.016f

513689932

Fev/2014

COMPROVANTE DE RESIDENCIA



1004040

26/02/2014

26/03/2014

O Fisco do sistema de bandeira tarifária foi criado para o ano de 2013. Abster-se de qualquer reclamação ou contestação em relação ao sistema de bandeira tarifária, pois o mesmo não é competência do FISCUS. Vistorie a BANDA VERMELHA, a qual representa o kWh do acréscimo ao valor da tarifa, liquidado em tributos. Mais informações em www.energi.gov.br.

RECEBUEIRO
 FATURAS VENCIDAS ATÉ
 O DIA 11/02/2014 PAGAS
 OBRIGADO!

240.114,18883 26/02/14 18658
 115
 Descrição: 115 - 10 - JUVENIL
 Consumo em kWh
 IMPOSTOS E ENCARGOS
 PIS 0,77
 COFINS 3,3
 CONTRIB SERV LUM PUBLICA 1,97
 JUROS DE MORO 01/2014 0,11
 MULTA 01/2014 1,41
 ICMS (Base de Cálculo R\$ 53,57) (Alíquota 9,00%) 14,4

RECEBUEIRO
 FATURAS VENCIDAS ATÉ
 O DIA 11/02/2014 PAGAS
 OBRIGADO!

03 JUL 2014
 12:51
 12:51
 12:51

07/03/2014
 R\$ 57,02

Méda dos últimos meses
 182 kWh

12/2013 - Histórico

PERÍODO	CONSUMO	VALOR
Jan/14	180	
Dez/13	100	
Nov/13	121	
Out/13	134	
Sep/13	82	
Ago/13	144	
Jul/13	159	
Jun/13	178	
Mai/13	258	
Abr/13	583	
MAR/13	102	
FEV/13	180	

12/2013 - Histórico

CONTRIBUTO	VALOR (R\$)
Serviço de Dist. de Energia/PR	17,14
Compra de Energia	14,73
Serviço de Transmissão	2,05
Energia Sobrecarga e Encargos	72,01
Outros Serviços	0,00
Total	67,92

Valor de encargo de Uso do Sistema de Distribuição
 044.1272013 (R\$) 18,94

SELLO

ALISSORIA DPVAT
 (83) 3506.1821 / 8808.6227



*1004

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR



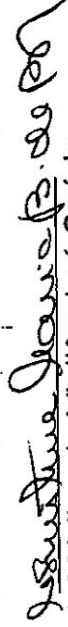
N° 09444/2014

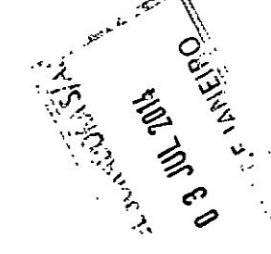
Atendendo solicitação do senhor ERIVALDO DE OLIVEIRA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial n° 625304 pertencentes a ERIVALDO DE OLIVEIRA que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortotrauma no dia 04/03/2014 às 02H39min, vítima de colisão moto x carro, apresentando dor no quadril e escoriações em diversas áreas do corpo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Medicado e liberado.

E para constar eu, CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITTO LYRA, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de junho de 2014


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JACAGUAREMA DE ATENDIMENTO Nº. 623304 Atid: Nao Rec
COMPLEXO HOSPITALAR NAVEGANTIA
R. AD: FISCAL JOSE COSTA BARTELOTTI
53056-084, JOAO PESSOA Fone: 66765360
FAX: 667653214-1781 CNPJ: 10.202.454/0001-26

DADOS DO PACIENTE
Nome: ERIVALDO DE OLIVEIRA
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2065551 Fone: 66765360
Natural: CAMPINA GRANDE/PB Data Nasc: 15/11/1978 Id: 35 ano(s)
End: QD 136 LT 25, SN
Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mãe: RUTE SOUSA DE OLIVEIRA
Ocupação:
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp: ERIVALDO DE OLIVEIRA
Tel/Doc. Responsavel: 66765360 / IDENTIDADE: 2065551
Procedencia: CASA à

Transporte utilizado: MOTO X CARRO PROXIMO JAMPA VILE NECESSO
Vítima de acidente por: NÃO
Vítima de violência por: NÃO
 Caso Policial

FRE-CONSULTA
ATEN
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
FR: Aparentemente DC em] Grave
FC: Politraumatizado Convulsao
Peso: Hemorragia Dispineia
Glicemia: Diarreia Agitado
Circ. Abd: Regular Chocado
 Vômito

Queixa Principal
QUEIXA DE MOTO. REFERE DOR NO QUADRIL. APRESENTA NEGA FANCADA NA CABECA, DES-
E VÔMITO
ESCORRACOES EM DIVERSAS AREAS DO CORPO.

Historia ... Exame Físico ... (hora do atendimento médico)
Paciente usava um cinto de segurança. Após TC, Avon Pê...
P/ nível de inibit. Torso está...
Pele de cor em pêmua (cordeiro). Exame em room infer.

Diagnostico
Pele vermelha em dia.
Conduta
Dat. imicid
Revis

Prescricao
B A O R T O P E S S A
Horario da medicacao

ATA DA C. G. O. R. A.
03 JUL 2011
03295920

FATURADO
11/3/14

*Atestado de Acedu
neste medul, Alde de
ortopedio*

Dr. Adalberto
033.002333/2000
CPF 181.533

.....
Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

.....
Assinatura da Enfermagem | Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE
 Residência
 Alta a pedido
 Transferido
 Enfermaria
 Desistencia
 Obito
 UTI
 SVQ
 INL

Adalberto
Assinatura do Paciente/Responsavel
0301010

Assinatura e Carimbo do Medico
A CARGO DO SUS

03 JUL 2014



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 023.969.704-96

Nome da Pessoa Física: ERIVALDO DE OLIVEIRA

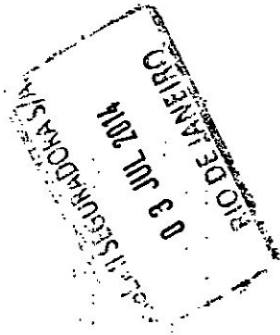
Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **08:59:48** do dia **30/04/2014** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **0B36.6C50.559C.C1CE**
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

SELLO
ASSESSORIA DPVAT
(83) 3506.1821 / 8808.6227



1004037

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

ERVALDO DE OLIVEIRA
 043.969.704-96 [57/11/1977]
 ERVALDO DE OLIVEIRA
 RUA SORRENTE DE OLIVEIRA
 19077-2014 103/02/2010

356914131
 VALIDA EM TODOS
 O TERRITORIO NACIONAL

PROVIDO PLASTIFICAR

356914131
 ERVALDO DE OLIVEIRA
 RUA SORRENTE DE OLIVEIRA
 19077-2014 103/02/2010

SELLO

(83) 3506.1821 / 8808.6227

Bradesco Crédito - Débito Crediário

5067 2684 0822 8106

12/18 0435 9 0540869 1 01 00
 VALDOANE AGÊNCIA DIG. CHUTA
 ERVALDO DE OLIVEIRA
 VALDOANE@BRDES.COM.BR

09 JUL 2011

09 JUL 2011
SAFARI SEGURANCA

DENTRON

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

MAQUINARIA

001696

NO. 013495109BB

EXERCÍCIO DE 2014

0000000

NEHEMIA EVRYCIO DA MOTA

DUT



1004032

DENTRON

PLACA VANTAGENS	CLASS	GRASSI	COM. LUSTRE	CASOLIN	ANO FABR	ANO MOD
NOVO 0423	0423	0423	0423	0423	0423	0423
ESPÉCIFIC	ESPÉCIFIC	ESPÉCIFIC	ESPÉCIFIC	ESPÉCIFIC	ESPÉCIFIC	ESPÉCIFIC
PAR/MONOCICLO	PAR/MONOCICLO	PAR/MONOCICLO	PAR/MONOCICLO	PAR/MONOCICLO	PAR/MONOCICLO	PAR/MONOCICLO
HONDA	HONDA	HONDA	HONDA	HONDA	HONDA	HONDA
CAR. FOT. CL	CAR. FOT. CL	CAR. FOT. CL	CAR. FOT. CL	CAR. FOT. CL	CAR. FOT. CL	CAR. FOT. CL
2	2	2	2	2	2	2
FAIXA ÚNICA	FAIXA ÚNICA	FAIXA ÚNICA	FAIXA ÚNICA	FAIXA ÚNICA	FAIXA ÚNICA	FAIXA ÚNICA
IPVA	IPVA	IPVA	IPVA	IPVA	IPVA	IPVA
FAIXA ÚNICA	FAIXA ÚNICA	FAIXA ÚNICA	FAIXA ÚNICA	FAIXA ÚNICA	FAIXA ÚNICA	FAIXA ÚNICA
PARCELAMENTO	PARCELAMENTO	PARCELAMENTO	PARCELAMENTO	PARCELAMENTO	PARCELAMENTO	PARCELAMENTO
1	1	1	1	1	1	1
PREMIO TARIFARIO (R\$)	PREMIO TARIFARIO (R\$)	PREMIO TARIFARIO (R\$)	PREMIO TARIFARIO (R\$)	PREMIO TARIFARIO (R\$)	PREMIO TARIFARIO (R\$)	PREMIO TARIFARIO (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DATA DE PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO
01/01/2014	01/01/2014	01/01/2014	01/01/2014	01/01/2014	01/01/2014	01/01/2014
OBSERVAÇÕES	OBSERVAÇÕES	OBSERVAÇÕES	OBSERVAÇÕES	OBSERVAÇÕES	OBSERVAÇÕES	OBSERVAÇÕES

CAEN 11.932-1/10
 03 JUL 2014
 RIO DE JANEIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014543336**Cidade:** João Pessoa**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ERIVALDO DE OLIVEIRA**Data do acidente:** 04/03/2014**Emissor do parecer:** Paulo Artur de Araujo Amorim**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A**Prestadora:** AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 862711

PARECER

Data da análise: 17/07/2014

Valoração do IML: 0,00

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DORES ESCORIAÇÕES

Sequelas permanentes: CICATRIZES

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 9.450,00

Médico avaliador: PAULO

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	% Dimensão	Graduação
Danos não definidos.		

Valor avaliado: 0,00