

Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2017

Carta nº: 11004897

A/C: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170268118 ASL-0184441/17
Vitima: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA
Data Acidente: 16/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARINILSON PEQUENO DA SILVA

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2017

Carta nº: 11031950

A/C: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA

Sinistro: 3170268118 ASL-0184441/17
Vitima: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA
Data Acidente: 16/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARINILSON PEQUENO DA SILVA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Prezado(a) Senhor(a),

Relativamente ao acidente ocorrido em **16/03/2017**, 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.seguradoralider.com.br.

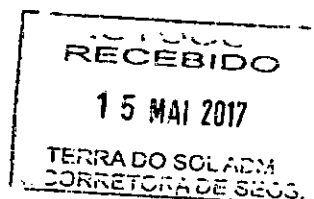
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL – DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
6ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - NOVA CRUZ – 6ª DRPC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 0118/2017

Ocorrência: Acidente de trânsito.

Local: NA ENTRADA DO MUNICIPIO DE NOVA CRUZ/RN.

Data e hora: 16/03/2017 às 18h00min

Comunicante/vítima: JOÃO MARIA PEQUENO DA SILVA

RG: 1.755.951 – ITP/RN

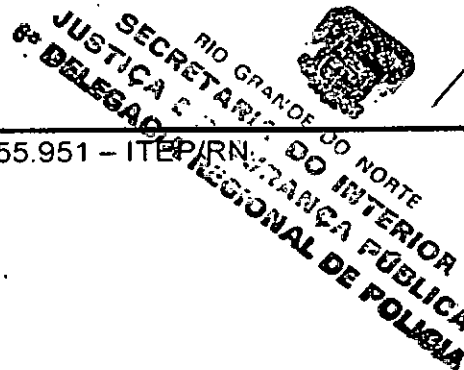
Filiação: MANOEL PEQUENO DA SILVA E CICERA MARIA

CPF: 084683827-36

Telefone: 84 9 9196 4657

Endereço: na rua Severino Augusto de Moraes nº 09, Nova Cruz/RN.

Natural: NOVA CRUZ /RN Nasc: 15/08/1976



Histórico: Compareceu o comunicante/vítima para informar que em data, hora e local, descritos na ocorrência estava pilotando a motocicleta HONDA CG 125 FAN KS (PLACA QGJ 6110 RN) ANO FAB/MOD 2015/2015, DE COR PRETA, chassi nº 9C2JC4110FR308254 licenciada em seu nome, quando ao entrar na pista 2(duas) motocicletas colidiram na traseira da sua; que com impacto foi lançado ao solo; Que a vítima foi conduzido para o hospital MONSENIOR PEDRO MOURA em Nova Cruz/RN com fraturas de acordo ao BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA DE NÚMERO 12.075 EM ANEXO. Devido ao acidente sofrido A VITIMA SOLICITOU O BOLETIM DE OCORRÊNCIA. Destina exclusivamente ao pleito perante o seguro DPVAT; nada mais disse.

Testemunhas: XXXXXXXX

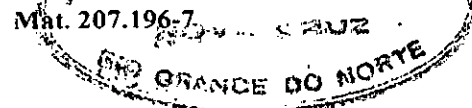
Providência (s) Adotada (s): registro de B.O e entregue a 1ª Via ao comunicante.

Nova Cruz/RN, 22/03/17

Hora: 11h40min

JOÃO MARIA PEQUENO DA SILVA
ASSINATURA DO (A) COMUNICANTE

ASSINATURA E MATRICULADO (A) SERVIDOR (A)
TINERSON GOMES CIRILO
Mat. 207.196-7



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaracao de Inexistencia de IML



Eu, João Maria Pequeno da Silva, portador da carteira de identidade nº 1.755.951 e inscrito no CPF/MF sob o nº 084.683.827-36 residente e domiciliado na Rua: Severino Augusto de Moraes, 6, Santa Maria Cidade NOVA CRUZ Estado RN, declaro, sob as penas da lei, que Gorete 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:

☒ (X) 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

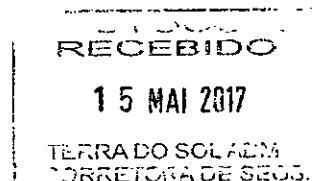
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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.

JOÃO MARIA P. PEQUENO DA SILVA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



NOVA CRUZ/RN 23.03.17

Local e data



ATO DE CCARATÓRIO

Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR PEDRO MOURA

Rua Doutor Mário Negócio, 188 - centro

CNPJ: 08.144.784/000133

Telefone: (84)3281-5815

☐ Classificação de risco

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA nº:

12.075

Data:

16/03/77

Hora:

15:29

Nome: João Maria Pequeno da Silva

Comprovação de ato declaratório



Nome da Mãe:

D.N.: 1/1 Idade: 40 Cor: P Sexo: M Estado Civil: Solteiro

RG: CNS: Telefone:

Naturalidade: Nova Cruz Profissão:

RECEBIDO

15 MAI 2017

Endereço: R. Luiz Augusto de Almeida

TERRA DO SOL
JUNTA DE SAÚDE

Bairro: Vila do Sol Cidade: Nova Cruz UF: PE

Queixa do paciente:

Condições do paciente ao ser atendido

☐ Aparentemente BEM ☐ Regular ☐ Agitado ☐ c/ Dispneia ☐ Chocado ☐ Comatoso
☐ c/Hemorragia ☐ em Convulsão ☐ Poli traumatizado ☐ Outros

Causas

☐ Doença ☐ Agressão ☐ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Acidente doméstico
☐ Acidente com animal doméstico ☐ Acidente causado por animal peconhento ☐ Intoxicação exógena

Agravantes

☐ Diabetes ☐ Pressão Alta ☐ Diarreia ☐ Cardiopatia ☐ Complicações respiratórias ☐ Doença renal crônica
☐ Gravidez ☐ Câncer ☐ Alergia a ☐ outros:

Temp.: Respiração: Pulso: P.A.: 110x70 Peso:

Exame Clínico:

Acidente de trânsito

Hipótese Diagnóstica:

Deoclécio M. de Lucena Filho
CRM 3838-RN
CRM 6433-CE



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

RECEBIDO

15 MAI 2017

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGG.Eu, Marinilson Pequeno da SilvaRG nº 002.142.967 data de expedição 07/01/00 Órgão SSP/RN

CPF nº 058.466.934-82 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>Sérvino Augusto de Moraes</u>
Número	<u>6</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Santa Maria Goretti</u>
Cidade	<u>Nova Cruz</u>
Estado	<u>RN</u>
CEP	<u>59215-000</u>
Telefone de Contato	<u>(084) 99197-0155 / (084) 98780-6894</u>
E-mail	<u></u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: NOVA CRUZ/RN 23.03.17Assinatura do Declarante: MARINILSON PEQUENO DA SILVA

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA



www.cosern.com.br
 Companhia Energética do Rio Grande do Norte
 Rua Manoel, 150, Recife
 Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
 CNPJ nº 12.478.000/01-01 (Insc. Est. 28055138-0)

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Contatos Gratuitos:
 - Teleatendimento Cosern: 155
 - Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 6142
 - Ouvidoria Cosern: 0800 234 2454
 - SMS Exclusivo para Faltas de Energia: 27308 Informe o Nº da Conta Contrato
 Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte - ARSEP: 0888 727 0167 - Ligeção gratuita de telefones fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL: 167 - Ligeção Gratuita de telefones fixos e móveis

Data de Vencimento
01/03/2017

Total a Pagar (R\$)
21,59

MS - Auto de Retenção
02/2017

CLASSIFICAÇÃO
 BI RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COM NIS
 Monofásico

Conta Contrato **7006465883**

DADOS DO CLIENTE
EDUARDO CORDERO DE OLIVEIRA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA SEVERINO AUGUSTO DE ARAÚJO S - FT
 SANTA MARIA GORETEÁNEA URBANA
 59215-000 NOVA CRUZ RN

CPF: 053.796.884-95

NIS: 13349741450

NÚMERO DA NOTA FISCAL	DATA DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	DATA DA APRESENTAÇÃO
000807976	15/02/2017	20/02/2017
SÉRIE DA NOTA FISCAL	NÚMERO DO CLIENTE	NÚMERO DA INSTALAÇÃO
SÉRIE ÚNICA	3010561435	2375992

C8E4.E834.2452.B275.3BA7.0FBC.0565.535A

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Quantidade	Preço (R\$)	Valor (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	0,18028793	5,40
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,30065503	10,81
Contribuição Iluminação Pública		1,82
ICMS-Parcela Subvencionada		3,33
Multa por atraso-NF 000826388 - 17/01/17		0,23

HISTÓRICO DO CONSUMO

FEV 17	10%
JAN 17	65
DEZ 16	58
NOV 16	95
OCT 16	88
SET 16	95
AGO 16	94
JUL 16	50
JUN 16	30
MAY 16	30
ABR 16	142
MAR 16	145
FEV 16	48

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh: 0,18028793
 Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh: 0,30065503

TOTAL DA FATURA **21,59**

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

PIS	COPIS	Valor do Imposto

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração da Energia	RS	5,38	30,18 %
Transmissão	RS	0,33	2,01 %
Distribuição	RS	4,04	24,92 %
Perdas de Energia	RS	0,98	6,11 %
Multa	RS	1,42	9,07 %

RECEBIDO
15 MAI 2017
 TELA DO SCL
 CORRETORIA DE N.º 001



RECEBIDO

15 MAI 2017

TERRA DO SOLAR
CORRETORES DE SEGUROS

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marinilson Pequeno da Silva, portador(a) do

RG nº 002.142.967, expedido por SSP/RN, em

07/01/00, CPF/CNPJ nº 058.466.934-82,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) João Maria

Pequeno da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima João Maria Pequeno da Silva, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECURSO Renda Mensal: R\$ RECURSO

Documentos comprobatórios: RECURSO-me

MARINILSON PEQUENO DA SILVA
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Secretaria Municipal de Saúde

HOSPITAL MUNICIPAL MONSENHOR PEDRO MOURA

Rua Doutor Mário Negócio, 188 - centro

CNPJ: 08.144.784/0001-33

Telefone: (84) 3281-5815

☐ Classificação de risco

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA nº:

12.075

Data:

16/03/77

Hora:

18:39

Nome: João Maria Pequeno da Silva

Nome da Mãe: _____

D.N.: 1/1 Idade: 40 Cor: P Sexo: M Estado Civil: Solteiro

RG: _____ CNS: _____ Telefone: _____

Naturalidade: Nova Cruz Profissão: _____Endereço: R. Luiz Augusto da MouraBairro: Vista do Sol Cidade: Nova Cruz UF: RN

Queixa do paciente: _____

Condições do paciente ao ser atendido

☐ Aparentemente BEM ☐ Regular ☐ Agitado ☐ c/ Dispneia ☐ Chocado ☐ Comatoso
☐ c/Hemorragia ☐ em Convulsão ☐ Poli traumatizado ☐ Outros _____

Causas

☐ Doença ☐ Agressão ☐ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ Acidente doméstico
☐ Acidente com animal doméstico ☐ Acidente causado por animal peçonhento ☐ Intoxicação exógena

Agravantes

☐ Diabetes ☐ Pressão Alta ☐ Diarreia ☐ Cardiopatia ☐ Complicações respiratórias ☐ Doença renal crônica
☐ Gravidez ☐ Câncer ☐ Alergia à _____ ☐ outros: _____
Temp.: _____ Respiração: _____ Pulso: _____ P.A.: 140x90 Peso: _____

Exame Clínico:

Acidente de trânsito

Hipótese Diagnóstica:

Droclécio M. de Lucena Filho
CRM 3838-RN
CRM 6433-DF

Conduta Médica

Exonerar

Atenção Ag 14
Cabe do 14

Asser 14

Declécio M. de Lucena Filho
CRM-3838-RN
CRM-6433-DF

Relatório da Enfermagem

☐ Paciente recusou-se à: _____ Horário: _____ Data: ____/____/____

Assinaturas:

Paciente: _____

Testemunha: _____ RG: _____

Destinação do Paciente

☐ Alta ☐ Revelia

Data: ____/____/____

Hora: _____

☐ Internado, no serviço de:

(neste hospital)

☐ Encaminhado em ____/____/____ hora: _____

Para: _____

Sector: _____

☐ Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____

Entregue à: ☐ Família ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P.

Médico (a) - carimbo

Enfermeiro (a) - carimbo



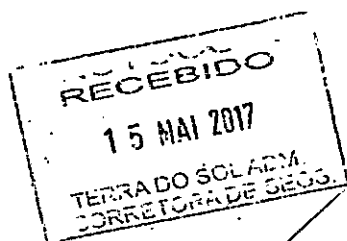
PREFEITURA DE
NOVA CRUZ
O FUTURO COMEÇA AGORA

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA CRUZ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: João Mano Pequeno da Silva

Reclamação

Declaro para os devidos fins que o paciente
supracitado compareceu a esta unidade
com múltiplas escoriações no corpo, acompa-
nhado de artalgias e mialgias.
Atualmente aguardando Rx para
confirmar possível fratura do ombro
e mão.



01/03/17

Dr. Higor Guerra de Assis
RMS/RK 2400273
Programa Mais Médicos Para o Brasil

RECEBIDO

15 MAI 2017

TERRA DO SOL ADM.
CORRETORA DE SEGS.



ORGANIZAÇÃO DA DEFESA
FORÇA DA SEGURANÇA PÚBLICA
VIGILÂNCIA GERAL DE POLÍCIA
CENTRO DE IDENTIFICAÇÃO

[Faint photo and text visible]

RECEBIDO
15 MAI 2017
TETRA DO SOL
CORRETORES DE SEUS

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA

Ng de Inscrição
084683827-36

Data do Nascimento
15/08/76

[Handwritten signature over the name]

VITIMA

VACINADO
BRASIL
1988

19.08.1976

JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA

084683827-36

15/08/76

DUT



RECEBIDO

15 MAI 2017

TERRA DO SOL ADM
CORRETORA DE CEG.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - RN

Nº 011811377526

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD RENAVAM	ENTRADA	EXERCÍCIO
1	01074988792	*****	2015

JOAO MARIA PEDREIRO DA SILVA

084.683.827-36

0606110

PLACA ANT/V

0606110/RN

PASSAGIRO/MOTOCICLETA/MAO APLICAVE/GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN XS

2015

OCV/124 CILINDRADAS

PARTICULAR

PRETA

P R S

R\$ 0,00

28/01/2016

V A

R\$ 0,00

2º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

R\$ 0,00

3º PAGO

ALLEN. FID. EM FAVOR DE: 01.149.983/0001-99

SV FINANCEIRA S.A CRED FINEC E INVEST

MOTOR:JC41E1F308254

NOVA CRUZ/RN

08/01/2016

RN Nº 011811377526 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodetransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	COD RENAVAM	ENTRADA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	084.683.827-36	*****	2015	08/01/2016

084.683.827-36

0606110

01074988792

HONDA/CG 125 FAN XS

2015

9C2JC4110FN308254

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$)

08/01/2016

CUSTO DO BILHETE (R\$)

R\$ (R\$)

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 03.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

OUT-2014

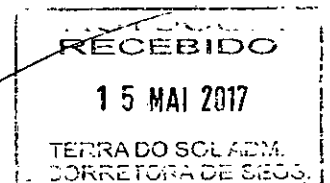
DECLARAÇÃO

Outros



Eu, João Maria Pequeno da Silva portador do RG: 1.755.951 SSP/RN e CPF: 084.683.827-36 reclamante do seguro DPVAT, venho através dessa declaração informar e comunicar que não tenho mais documentações médico Hospitalar, só os documentos médicos que esta no pleito do meu processo que são a entrada do, Hospital Municipal Monsenhor Pedro Moura, e a declaração que menciona as sequelas que tive e as dificuldade que fiquei, devido a uma acidente de Motocicleta no dia: 19/06/2017, por isso peço a análise da minha documentação no qual estou precisando e necessitando da indenização para ajuda nas lesões sofridas, pois em verdade só possuo essas documentação medica, e que não tendo mais nenhum tipo de documentação a mais hospitalar só a que esta no pleito do meu processo.

Nova Cruz/RN 24 de Março de 2017



x João Maria Pequeno da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170268118 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO MARIA PEQUENO DA SILVA **Data do acidente:** 16/03/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OMBRO E MÃO

Resultados terapêuticos: NÃO INDENIZADO

Sequelas permanentes: ESCORIAÇÕES

Sequelas: Sequela não indenizável

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

