

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2017

Carta nº: 11426946

A/C: GEANE ANGELA PEREIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170414605 ASL-0286342/17

Vítima: GEANE ANGELA PEREIRA

Data Acidente: 07/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

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](http://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](http://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 MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2017

Carta nº: 11451798

A/C: GEANE ANGELA PEREIRA

**Sinistro:** 3170414605 ASL-0286342/17  
**Vitima:** GEANE ANGELA PEREIRA  
**Data Acidente:** 07/11/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

**Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Relativamente ao acidente ocorrido em **07/11/2016**, 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

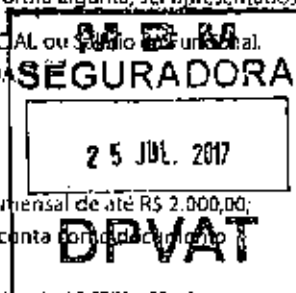
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Geane Angela Pereira  
PORTADOR(A) DO RG Nº 3693292 EXPEDIDO POR SDS-PE EM 12/01/04 E  
CPF 692743984-68 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO empilhadeira  
E RENDA MENSAL DE R\$ recuso ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VITIMA Geane Angela Pereira AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susesp 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário Benefício.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta conjunta e depósito comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site do RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 404 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0684 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27570-2

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

f. do norte 20 de julho de 2017 Geane Angela Pereira  
CE LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



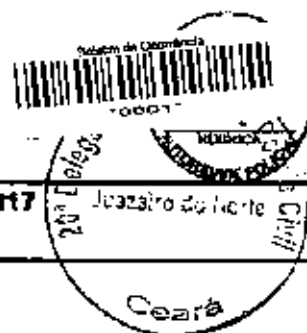
**ATENÇÃO**

- 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 0319 / 2017**

**Dados da Ocorrência**

**Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
**Data / Hora da Comunicação: 18/07/2017 08:24:55**  
**Data / Hora da Ocorrência: 07/11/2016 19:00:00**  
**Endereço da Ocorrência: RUA POETA JOSÉ BERNARDO DA SILVA**  
**Complemento:**  
**Bairro: TRIANGULO** **Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
**Ponto de Referência:**

**Dados da(s) Vítima(s)**

**Nome: GEANE ANGELA PEREIRA**  
**Nascimento: 29/06/1973** **CPF: 692.743.984-68**  
**RG: 3693282** **Órgão Emissor: SSP/PE** **UF:**  
**Filiação: ZULEIDE ANGELA PEREIRA**  
**ALCIDES BERTOLDO PEREIRA**  
**Endereço: RUA ANTONIO ADAIL DA NOBREGA, 116**  
**Bairro: TRIANGULO**  
**Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE** **CEP:**  
**País: BRASIL** **Telefone: (88) 99979-0772**

**Notificante(s)**

**Nome: ADALBERTO FERREIRA DE ALBUQUERQUE**  
**Nascimento: 05/03/1987** **CPF: 009.918.283-13**  
**RG: 2002029177410** **Órgão Emissor: SSP/CE**  
**Filiação: VALDELICE FERREIRA DE ALBUQUERQUE**  
**JOSE DE ALBUQUERQUE MELO**  
**Endereço: RUA LUIZ DE FREITAS, 54**  
**Bairro: TRIANGULO** **CEP: 63.041-020**  
**Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
**País: BRASIL** **Telefone: (88) 8842-4591**



**Dados do(s) Veículo(s)**

**1) Placa: OCL1096** **Uf: CE** **Município: JUAZEIRO DO NORTE** **Chassi:**  
**9C2KD0550CR504456** **Renavam: 347015298** **Tipo do Veículo:**  
**MOTOCICLETA** **Marca / Modelo: HONDA/NXR150 BROS ES** **Ano**  
**Fabricação: 2011** **Ano Modelo: 2012** **Combustível: GASOLINA/ALCOOL**  
**Cor: LARANJA** **Proprietário: ADALBERTO FERREIRA DE**  
**ALBUQUERQUE** **Situação: NÃO INFORMADO** **Envolvimento: COLISAO**

**Histórico**

**Advertido (a) das penalidades previstas em LEI, DISSE: QUE na data, hora e local, acima informados, o notificante ADALBERTO FERREIRA DE ALBUQUERQUE (CNH: 03849744104; CAT: AD; VAL.: 17/07/2018, CÓPIA ANEXA); conduzia a moto HONDA BROS, acima descrita [CÓPIA DO CRLV ANEXA]; QUE como passageira da moto estava a pessoa de GEANE ANGELA PEREIRA [ACIMA DESCRITA, E CÓPIA DOS DOCUMENTOS PESSOAIS EM ANEXO]; QUE vinham trafegando na Rua Poeta José Bernardo da Silva quando um carro invadiu a via do notificante, ao desviar deste carro, chocou-se com outra moto, e com a batida a passageira GEANE caiu da moto; QUE o condutor do carro causador do acidente evadiu-se do local sem prestar o**

*Adalberto Ferreira de Albuquerque*  
*Vítima: Geane Angela Pereira*



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 6319 / 2017

devido socorro; QUE não sabe identificar qual era esse carro causador do acidente, nem quem era o condutor do mesmo; QUE em virtude do acidente o SAMU foi acionado; QUE a vítima foi socorrida pelo SAMU, conforme CERTIDÃO NARRATIVA DO SAMU [CÓPIA ANEXA], sendo encaminhada para a UPA DE JUAZEIRO DO NORTE; QUE na UPA foram realizados os primeiros atendimentos [ANEXA CÓPIA DA FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL]; QUE a vítima foi encaminhada para o HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI e HRC; QUE segundo a FICHA DE ATENDIMENTO DO HRC [CÓPIA ANEXA], a vítima deu entrada no HRC no dia 07/11/2016, pelas 21:01h; QUE a vítima apresentou a lesão descrita no atendimento médico da FICHA DE ATENDIMENTO do HRC; QUE no dia 21/11/2016 a vítima retornou ao HRC, conforme FICHA DE ATENDIMENTO [CÓPIA ANEXA]; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); QUE está recebendo a Guia de exame de corpo de delito para se submeter a exame na PEFOCE tendo em vista requerer o seguro DPVAT; QUE está sendo orientado (a) que precisa pagar a taxa devida à PEFOCE para a realização do exame de corpo de delito, Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante. Nada mais disse. //

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

PEDRO DE ARAUJO SILVA NETO - MAT.: 300222-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Adalberto Ferraz de Albuquerque

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCOS ANTONIO DOS SANTOS - MAT.: 133850-1-7

Vítima: Gleonir Angela Pereira



ALTO DO DIFFERENDU) : NUNCO VINDO DO DOZ ZVILDO - NUL: 1. SECRET - UNCLASSIFIED

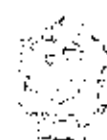
SECRET - UNCLASSIFIED

SECRET - UNCLASSIFIED

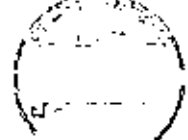
SECRET - UNCLASSIFIED

SECRET - UNCLASSIFIED

SECRET - UNCLASSIFIED



SECRET - UNCLASSIFIED



**Ficha de Atendimento Ambulatorial**

Data: 07/11/2016 Hora: 19:55 Data de Saída: 07/11/2016 Hora de Saída: 19:55

**Paciente**

Nome: 8486 GEANE ANGELA PEREIRA  
Responsável: GEANE ANGELA PEREIRA  
Mãe: ZULEIDE ANGELA PEREIRA  
Endereço: ANTONIO ADAIL DA NOBREGA, 166, TRIÂNGULO -

Nasc: 29/06/1973 Idade: 43  
Telefone: (88) 8833-7122 Celular: (88) -  
CEP: 63.000-000 Natural: PAULISTA PE

**Documento**

Mat/CNS: Doc. Identidade: 3693282 Guia: Autorização:  
Trabalho: Validade da Carteira: Último Pagto:

**Convênio**

Convênio: SUS Cod. de Credenciamento Tipo de Atendimento: 2

**Queixas do Paciente**

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO REFERINDO-SE DOR NO CORPO



**Antecedentes Médicos**

**Exame Físico**

CONCIENTE  
ORIENTADO

**Exames Complementares**

**Conclusão Diagnóstica**

CID-10 V293

TRAUMA

**Tratamento**

RX,  
ANALGÉSIA  
ENC PARA ESPECIALIDADE



Dr. Antonio Reinaldo da Silva  
Médico  
CRM: 11023

ANTONIO REINALDO DA SILVA  
CRM: 11023 / CE

Diretor Médico



## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: GEANE ANGELA PEREIRA Admissão: 07/11/2016 21:01  
Pront.: 42957 Data Nasc.: 26/06/1973 Idade: 43 ano(s) 4 mes(es) e 11 dia(s) Tel.: 88 88337122  
Mãe: ZULEIDE ANGELA PEREIRA  
Sexo: Feminino FG: 3698282 Município: JUAZEIRO DO NORTE  
CEP: 63010-000 Bairro: TRIANGULO  
Endereço: RUA ANTONIO ADIL DA NOBREGA 166

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador JAMARA BATISTA DA CRUZ Horário: 07/11/2016 21:04  
Queixa: paciente encaminhada da UPA, vítima de acidente de trânsito, queixa-se de dor em região patelar esquerda e ms.  
nega outras queixas  
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES  
Discriminador: DOR MODERADA  
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 7 Pulso/FC:

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: GETULIO KAHIL AMBROSIO GOMES CRM: 6 Nº: 349270 Horário: 07/11/2016 21:15  
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:  
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS  
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA [QUALQUER] TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO  
ESPECIFICADO  
Comorbidade:  
HDA/Exame Físico:  
PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM LESÃO CORTO-CONTUSA EM REGIÃO PATELAR ESQUERDA COM  
PROVÁVEL FRATURA EXPOSTA DA PATELA.  
CD: RX DO JOELHO ESQUERDO  
AVALIAÇÃO E CONDUTA DA TRAUMATOLOGIA

M E M  
SEGURADORA

25 JUL 2017

DPVAT

*sol: 20 de 21 evidências de fratura  
ou lesões patelar.*

EXAME

Nome

Data Solicitação

Urgente

Situação

*Prescrição interrompida por prescrição*

Médico:

PRESCRIÇÃO

Prescrição

Horário:

*Kinget Lucena Monteiro  
ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA  
GRUPO 12.11 / GRUPO 19.136  
1801-12-327*

**ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL**

☐ Alta, Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

**M B M**  
**SEGURADORA**

25 JUL. 2017

**DPVAT**

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: GEANE ANGELA PEREIRA Admissão: 21/11/2016 15:52  
Pront.: 42957 Data Nasc.: 26/06/1973 Idade: 43 ano(s) 5 mes(es) e 20 dia(s) Tel.: 88 88337122  
Mãe: ZULEIDE ANGELA PEREIRA  
Sexo: Feminino RG: 3693282 Município: JUAZEIRO DO NORTE  
CEP Bairro: TRIANGULO  
Endereço: RUA ANTONIO ADIL DA NOBREGA 166

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERDE Classificador SASKIA EVELLINE FREIRE SANTOS SENA Horário 21/11/2016 15:57  
Queixa: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 15 DIAS. APRESENTA DOR E EDEMA EM JOELHO  
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES  
Discriminador: EDEMA  
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 3 Pulso/FC:

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
21/11/2016 15:57:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	EDEMA	VERDE	SASKIA EVELLINE FREIRE SANTOS SENA

### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

### PRESCRIÇÃO

Médico:

Prescrição

**M. B. M.**  
**SEGURADORA**  
25 JUL. 2017  
**DPVAT**

### EVOLUÇÃO

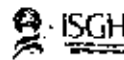
Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

### ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta, Conduta ☐ Observação ☐ Referência para: ☐ Óbito



HOSPITAL  
REGIONAL  
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos  
promovendo a sua inovação e sustentabilidade social

## RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

Francine Lygia Pinheiro

PRONTUÁRIO:

21102117

Acidose por lesão costal - costura no joelho @  
(direito).

Não houve erro de tratamento, somente  
na grafia da lateralidade.

DR. Samir Samaan Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - CE 10.346 / RCT 13.899

DATA:

21/02/17

MÉDICO | CREMEC

Hospital Regional do Cariri | Rua Carlos de Paula Cavalcante, s/n - Bairro T. Augusto | Bairro do Norte/CE | CEP: 63.041-167 | CNPJ: 05.258.516/000-22-11

**M B M**  
**SEGURODORA**

25 JUL. 2017

**DPVAT**





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 65921 Série 00051

Nome *Gláucia Angela Pereira*  
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Gláucia Angela Pereira*  
Loc. Nasc. *Paraná*  
Filiação *Alcides Botelho Pereira e Zuleide*  
Doc. Nº *RG 265.232* *SP/PA* *EXP. 12.01.2004*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em *12/03/2004* Doc. Ident. Nº *12/03/2004*  
Exp. em *12/03/2004* Estado *Paraná*  
Obs.: *Backmebau*  
Data Emissão *12/03/2004* DRT *12*  
Assinatura do Funcionário *Beckmebauer*

BECKEMBAUER GOMES BEZERRA





**Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil**

**Comprovante de Situação Cadastral no CPF**

**Nº do CPF: 692.743.984-68**

**Nome: GEANE ANGELA PEREIRA**

**Data de Nascimento: 29/06/1973**

**Situação Cadastral: REGULAR**

**Data da Inscrição: anterior a 10/11/1990**

**Digito Verificador: 00**

**Comprovante emitido às: 08:38:59 do dia 21/07/2017 (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: C7E7.B78D.2BBD.67DD**



**Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".**

**(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)**



PA018100 01457187C27

**MEM**  
**SEGURADORA**  
25 JUL 2017  
**DPVAT**





**Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil**

**Comprovante de Situação Cadastral no CPF**

**Nº do CPF: 005.639.753-42**

**Nome: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS**

**Data de Nascimento: 24/07/1984**

**Situação Cadastral: REGULAR**

**Data da Inscrição: 11/05/2002**

**Digito Verificador: 00**

**Comprovante emitido às: 09:03:05 do dia 12/06/2017 (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: D59B.A2C9.2146.B7C4**



**Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".**

**(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170414605 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEANE ANGELA PEREIRA **Data do acidente:** 07/11/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/08/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE PATELA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** NÃO INDENIZADO

**Sequelas permanentes:** DOR E EDEMA

**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:**