

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **FABIANO JOSE FELIX**

Nº Sinistro: **3170612144**

Vitima: **FABIANO JOSE FELIX**

Data do Acidente: **04/07/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170612144**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 11988984



Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **FABIANO JOSE FELIX**  
Nº Sinistro: **3170612144**  
Vitima: **FABIANO JOSE FELIX**  
Data do Acidente: **04/07/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170612144**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FABIANO JOSE FELIX**

Nº Sinistro: **3170612144**  
Vitima: **FABIANO JOSE FELIX**  
Data do Acidente: **04/07/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170612144**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12858906



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

251329938-05

Nome completo da vítima

Fabiano José Felix

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Fabiano José Felix		CPF titular da conta 251329938-05	Profissão autônomo
Endereço Rua Santa Antonia		Número 113	Complemento
Bairro Jardim Cidade Veri	Cidade João Pessoa	Estado Paraíba	CEP 58052772
Email		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> MAIOR DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRD 0036	DIV	CONTA NRD 328098	DIV 3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO Nome 10 NOV 2017 AGÊNCIA NRD CONTA NRD (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 23 de Outubro de 2017

Local e Data

Fabiano José Felix  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SINCOR/PB

10 NOV. 2017



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01014.01.2017.1.00.420**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01014.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:01 horas do dia 01 de junho de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Fabiano Jose Felix**, CPF nº 251.329.938-85, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Micro Empreendedor, filho(a) de Maria de Lourdes Felix e Pai Não Declarado, natural de Areia/PB, nascido(a) em 08/12/1970 (46 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santo Antonio, Nº 113, complemento casa, bairro Bancários, tendo como ponto de referência: Próximo o Depósito de Bebidas do Chico, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98872-5643.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Sergio Guerra, Outros, João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/07/16 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

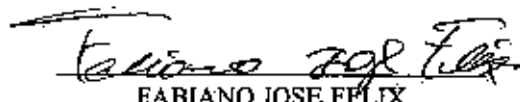
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA JTA/SUZUKI EN125 UES SE, DE COR PRATA, ANO 2011, DE PLACA 0EZ-1369-PB, CHASSI Nº 9CDNF41ZJBM345734, EM NOME DO NOTICIANTE, QUANDO FOI COLIDIDO POR OUTRA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA, CONFORME CERTIDÃO Nº 0305/2017, ASSINADA PELA DRA. ROSANGELA MEDERIOS ESCOREL ALMEIDA, CRM - PB 3883, DATADA DE 22/02/2017, O NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 01 de junho de 2017.

  
CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigação

  
FABIANO JOSE FELIX  
Noticiante

**SINCOR/PB**

10 NOV. 2017

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Fabiano José Felix, portador da carteira de identidade nº 1431264 e inscrito no CPF/ME sob o nº 254.329.938-85, residente e domiciliado na Rua Santo Antonio nº 113, Bairro Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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.

SINCOR/PB

1.º NOV. 2017

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

João Pessoa 05 de Junho de 2017

Local e data



SAMU  
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU  
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ: 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
AL. DE S. A. C. 1.17  
DE 18/11/16 - (03) 3218.9242  
João Pessoa - PB



## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 608/008, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1338500, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **FABIANO JOSE FELIX** idade 45 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 04/07/2016, na Av. Sérgio Guerra, Bairro Bancários - João Pessoa, aproximadamente às 17:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Buriti (Ortopedia - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

SINCOR/PB

10 NOV. 2017

João Pessoa, 02 de Agosto de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto

Estatístico

CREA: Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

SAMU 192 JP



AS SERVIÇO POSTAL

Comissário de residência



0015



**PREVIDÊNCIA SOCIAL**

INSTITUTO NACIONAL DO RECLAMADO SOCIAL



FABIANO JOSE FELIX  
SANTO ANTONIO 113  
JARDIM CIDADE UNI  
JOAO PESSOA PB  
58052-772

SING R/PB  
10 NOV 2017



101319698741738000000342463006



MINISTÉRIO DA  
**SAÚDE**  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## CERTIDÃO

Nº. 0305/2017

SINCUR/PB

10 NOV. 2017

Atendendo solicitação de ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO 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 Nº 865961 pertencente a **FABIANO JOSÉ FELIX** que foi atendido dia 04/07/2016 às 18H04min, refere colisão moto x moto apresentando trauma em pé esquerdo.

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

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 22 de Fevereiro de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 865961 Atd: Nao Regulado  
Data: 04/07/2016  
Hora: 18:04:22  
Recepcionista: JUSSARA DOS SANTOS ERMA  
Clinica: CIRURGICA

DAOS DO PACIENTE

Nome: FABIANO JOSE FELIX  
CNS: 898002781196845 Sexo: M IDENTIDADE: 1431264 Fone: 88725643  
Natural: AREIA/PB Data Nasc.: 08/12/1970 Id: 45 ano(s)  
End.: RUA. SANTO ANTONIO, 113  
Bairro: BANCARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
Pai: N/C  
Mae: MARTA DE LOURDES FELIX

Num. de vezes atendido: 4

Num. Prontuario: 2012.02.002850

Ocupação: SERVICOS GERAIS (SEXO MASCULINO)

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: FABIANO JOSE FELIX

Tel./Doc. Responsavel: 88725643 / IDENTIDADE: 1431264

Procedencia: BAIRRO BANCARIOS

SINCOR/PB

10 NOV. 2017

FATURADO

Transporte utilizado: SAMU/ COLISAO MOTO X MOTO PROX AO SHOPPING SUL

Vitima de acidente por: AS 17:20HS CONDUTOR

Vitima de violencia por: ENS. FUND. INCOMP. PARDA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco:

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Colisao moto x moto, com lesao a lacrima em DE

18:50 TRAUMA COM R

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

11x 96m FATURAS

Diagnostico

Conduta

Alta de Obsequio  
- A. C. geral.

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Daniel Bragete Cavalcante  
MÉDICO  
CRM 44.48 PB  
92

Dr. Eval

2

#CIRURGIA GERAL#

Paciente vítima de acidente automobilístico, com fratura  
costo-vertebral na 10ª esquerda. Liberado por avaliação

em 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12

2- Alta da cirurgia geral

Dr. Jéssica Montenegro Pontes  
Médico Residente  
Clínica Geral  
CRM-PB 6870

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

SINCOR/PB

10 NOV. 2017

Reservado p/ liberação

Assinatura do Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO 0301010072

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residência [ ] Transferido [ ] Desistência [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

030/106 006  
030/101 004  
06/10/10 58



SINCOR/PR

10 NOV. 2017

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-010

V-02

Carteira de Identificação

FABIANO JOSÉ FÉLIX



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 1.431.264 - 2 VIA

INSCRIÇÃO  
FABIANO JOSÉ FÉLIX

RESIDÊNCIA  
MARIA DE LOURDES FÉLIX

NATURALIDADE  
ARÉIA-PB

DATA DE NASCIMENTO  
08/12/1970

NASC.N.4144 PLS:103 LIV.A-05

CANTÓRIO ARÉIA-PB

CNPJ  
251.329.938-85

ASSINATURA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 012183192099

VIA 1 COD RENAVAM 00360023010 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2015

NOME  
FABIANO JOSE FELIX

CPF / CNPJ  
25132993885

PLACA  
OEZ1369

PLACA ANT. / UF  
NOVO/PB

CHASSI  
9CDNF41EJEM345734

ESPÉCIE/TIPO  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL  
GASOLINA

MARCA/MODELO  
JTA/SUZUKI EN125 YES SE

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP / POT / QIL  
2 P/125 /CI

CATEGORIA  
PARTIC

COR PREDOMINANTE  
PRATA

COTA ÚNICA  
IPVA PAGO EM

VENC. COTA ÚNICA  
15/09/2015

VENC. / COTAS  
1º \*\*\*\*\*

FAIXA I.P.V.A.  
A \*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS

2º \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)  
\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO  
15/09/2015

OBSERVAÇÕES  
A.F BCO PAR TRICANO SA

LOCAL  
JOAO PESSOA-PB

13552

DATA  
22/09/2015

206522

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAÓ SEGURO DPVAT

PB Nº 012183192099 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 22/09/2015

VIA 1 CPF / CNPJ 25132993885

PLACA  
OEZ1369

RENAVAM  
00360023010

MARCA/MODELO  
JTA/SUZUKI EN125 YES SE

ANO FAB. 2011

PLATEIA 9

CHASSI  
9CDNF41EJEM345734

FNS (R\$)

PRÊMIO TARIFÁRIO

CUSTO DO BILHETE (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.808/0001-04

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SINCOR/PB

10 NOV. 2015

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170612144 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIANO JOSE FELIX **Data do acidente:** 04/07/2016 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 25/11/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA NO PÉ ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS EXISTENTES

**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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** MARIA TEREZA R DE A AMORIM

**CRM do médico:** 52.31475-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**