



Número: **0017914-40.2014.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Guarabira**

Última distribuição : **25/11/2014**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MANOEL MESSIAS ALMEIDA DA SILVA (AUTOR)	PATRICIO CANDIDO PEREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33526 371	24/08/2020 11:51	<u>Contestação</u>	Contestação
33526 378	24/08/2020 11:51	<u>2746600_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Outros Documentos
33526 383	24/08/2020 11:51	<u>2746600_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 11:51:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082411512808400000032084080>
Número do documento: 20082411512808400000032084080

Num. 33526371 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL**DADOS DO SINISTRO****Número:** 2013496607**Vítima:** MANOEL MESSIAS ALMEIDA DA SILVA**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**Cidade:** Pilões**Data do acidente:** 31/05/2013**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA**Natureza:** Invalidez**Emissor do parecer:** Arnaldo Kacelnik**CRM do médico:** 312915**PARECER****Data da análise:** 13/09/2013**Valorização do IML:****Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** BAM RELATA POLITRAUMATISMO SEM SEQUELAS**Resultados terapêuticos:****Sequelas permanentes:****Sequelas:** Sem sequela**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:** De acordo com a análise dos documentos médicos não há danos funcionais permanentes em relação às lesões que decorrem do acidente.**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** ARNALDO KACELNIK**UF do CRM do médico:****DANOS**

Dano	% Dimensão	Graduação
Danos não definidos.		

Valor avaliado: 0,00



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAUDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

REG.: 0000123635

1. UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO:

CÓDIGO DA UNIDADE: 0012998
R. JOAO PIMENTEL FILHO, 447 - GUARABIRA - PB
DATA / HORA DO ATEND: 31/05/2013 19:22

HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA
CNPJ: 08.778.268/0036-90
ATEND POR: LUIZ



2. DADOS CADASTRAIS DO PACIENTE:

NOME: MANOEL MESSIAS ALMEIDA DA SILVA
EST CIVIL: SOLTEIRO(A) RG:
ENDERECO: CONJUNTO PRETONIO CUNHA, 78
CIDADE/UF: PILOES - PB
MAE: MARIA BATISTA ALMEIDA DA SILVA

SEXO: MASCULINO
DN.: 20/5/1985 28 ANOS
BAIRRO: CENTRO
CEP: 58393000
PAI:

- CENTAURO VIDA E PREVIDENCIA S/A.
 01 - ATENDIMENTO URG/EMERGENCIA
 02 - PRIMEIRA CONSULTA
 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE
 04 - ATEND. URG/EMERG. P/ OUTRA UNID.
 05 - CONSULTA ANUAL P/ OUTRA UNID.
 06 - CONSULTA SUBSEQUENTE P/ OUTRA UNID.

- MEDICAÇÃO:
 PRESCRITA
 APLICADA

ENCAMINHAMENTO:
 OBSERVAÇÃO
 OUTRO HOSPITAL
 OBITO
 RESIDENCIA
 INTERNAÇÃO
 AMB. /SUS
 OUTROS

4. COD. PROCEDIMENTO:

ATV PROF. TIPO GRUPO FAIXA ETARIA

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

5. DADOS DE EXAMES CLINICOS, TRATAMENTOS E DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS:

PC nítida de escassa

de mota elevante-se levemente, orientado, espesso, non

coado. fragor 15

AL: mm
AW: mm
AG: mm

6. MATERIAIS - MEDICAMENTOS & OUTROS RECURSOS:

Oral 1000 mg 50
O Voltaren 50 mg 100
O cefotaxime 500 mg 100

7. DIAGNOSTICO:

polidamnitina

8. CID	9. ASS. PACIENTE/ACOMPAN./RESPONSAVEL:	10. DIGITAL:
ASS/CARIMBO MEDICO	ASS/CARIMBO REV. TECNICO	ASS/CARIMBO REV. ADM.
		GESTAO VIBA E PREVIDENCIA S/A
		17 AGO. 2013
DPVAT		

ENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A.

06 SET. 2013

DPVAT - CTBA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

1004040



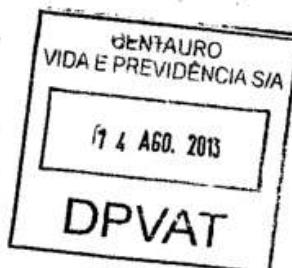
Eu, Manoel Messias Almeida da Silva,
RG nº 2.887.252, data de expedição / /, Órgão

CPF nº 056.425.384-70, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Padre Ibiapina</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto/ Complemento	,
Bairro	<u>Bentro</u>
Cidade	<u>Picos</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.393.000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3063-2206</u>
e-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:



Assinatura do Declarante: Manoel Messias Almeida da Silva



CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A.

08 SET. 2013

DPVAT - CTBA

JOSE BATISTA DE ALMEIDA
RUA PADRE IAPIANA SIN - CENTRO
PILOES / PB CEP: 56390000 (AG: 21)

Classe/Subsí: RESIDENCIAL / BABA RENDA MONOFÁSICO
Retro: 18 - 38 - 905 - 2980
Nº medidor: 00000498400

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Crato Referente - João Pessoa/PB - CEP 58007-080
CNPJ 08.096.183/0001-40 - Ins Est 16.015.822-0
Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica Nº 1068039
Código para DIÁVILA Automatizada: 00000992344

5180 a 231.064.500d 8751 6d03 e 197.a119

CDC (Código do Consumidor) 5/699256-4

Mai / 2013

Declaração de Oitavação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de julho de
2009, informamos que não há débitos referentes
aos instrumentos regulares de energia elétrica
desta unidade consumidor vencidos no ano de 2012
e nos anos anteriores.

28/05/2013
Este declaração substitui, para a comprovação do
cumprimento das obrigações do consumidor, as
declarações de abastecimento e vencimento dos débitos do
ano de 2012 e os anos anteriores.

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fixada pela Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

27/06/2013



Faturas em atraso	
28/04/13	8683
09/05/2013	39.33
28/05/2013	8786

Data	Léitura	Data	Léitura
28/04/13	8683	28/05/13	8786

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	30	0,0780	3,22
Consumo em kWh	70	0,1845	12,91
Consumo em kWh	23	0,27607	6,38

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,58
COFINS	2,66
JUROS DE MORA 0,20%	0,27
MULTA 0,03/2013	0,82
ICMS (Base de Cálculo R\$ 58,01 Alíquota 27,00%)	15,86

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS	
BÔNUS PIS/COFINS	0,04
ART. 21 DA LEI 10438/2002/05/2012	-6,33
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2013	-0,04

Média dos últimos meses
100 kWh

05/06/2013 R\$ 36,01

3/2013 - PIS	
DIC MENSAL	8,20
DIC TRIMESTRAL	18,49
FIC ANUAL	38,88
FIC TRIMESTRAL	3,80
FIC ANUAL	15,20
DMC	4,88
DCRI	12,22
NOMINAL	220
CONTRATAÇÃO	201
LIMITE INFERIOR	231
LIMITE SUPERIOR	
Total	42,34
	100,00

Valor do encargo de uso do Sistema de Distribuição
(R\$ 3,00/2013) R\$ 11,22

ATENÇÃO:

REAVISO DE VENCIMENTO! Caso(s) 1 hora(s) atraso(s) relacionado(s) permaneçam
até o dia de vencimento poderá ser suspenso. A partir do 1/08/2013 Conforme
Resolução 114 da ANEEL. O pagamento após essa data não evita a possibilidade de
sua suspensão de fornecimento; caso o mesmo não seja feito, não haverá mais
não pagas não estarão na unidade consumidora para comprovar o seu. Caso já tenha
fatura sujeita à PIC, só em órgãos de fiscalização poderá ser considerada essa mensagem;

Sua unidade foi reaberta como Bloco Prêmio, tendo um desconto de R\$18,60.
As demonstrações contábeis, solicitações e regulatórias, estão disponíveis no Internet.

CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

14 AGO. 2013

DFV/45

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

ମେଲାଟିକ୍

Eu, Manoel Antônio Almeida da Silva, portador da carteira de identidade nº 2.887.952, e inscrito no CPF/MF sob o nº 056.425.384-70, residente e domiciliado na R Padre Ilanima - 5/N - Centro, Cicade Ribeirão, Estado Pará, 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
CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
superior a 30 (trinta) 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 está declaração permita o prosseguimento da 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 5.194/74.

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.

CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IMPLANTES
TODAUS

~~x Manoel Gomes Almeida da Silva~~

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ESTADO DE SÃO PAULO
SÉ AGRICOLA
VIDA E PROTEÇÃO S/A

Local e dista

2013 - 496607

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

3^a SRPC – DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PILÕES

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DO M. DE PILÕES

RUA 20 DE AGOSTO, Nº 26, CENTRO – PILÕES-PB – CEP: 58.393-000

FONE: (83) 3276-1121

CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A.

06 SET. 2013

DPVAT CPT
DPVAT-CTBA

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL – Nº. 208/2013

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



CERTIFICO, em razão de meu Ofício e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registro de Ocorrências nº.001/2013, nele encontrei às folhas nº 207 V , o Registro nº. 208/2013, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos VINTE E SEIS(26) dias do mês de JULHO do ano de DOIS MIL E TREZE (2013), nesta cidade de Pilões/PB, e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o Dr. GEORGE WELLINGTON JUNIOR, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão de Polícia Civil, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 08:00h, COMPARECEU: MANOEL MESSIAS ALMEIDA DA SILVA, do sexo masculino, brasileiro, casado, funcionário Público, solteiro, natural de Areia/PB, RG Nº 2887252 SSP/PB e CPF Nº 056.425.384-70, nascido em 20/05/1985, filho de Francisco Pereira da Silva e de Maria Batista Almeida da Silva, residente e domiciliado na rua projetada, s/n, Conjunto Petrônio Cunha, nesta cidade de Pilões/PB. QUE: QUE afirma o declarante que no dia 31/05/2013, por volta das 18:15h, o ora declarante estava na garupa da motocicleta marca/modelo HONDA/CG, FAN, ANO/MODELO 2012/2012, COR ROXA, PLACA: OEX4585/PB, CHASSI Nº 9C2JC4110CR560402 e RENAVAN Nº 46830939-0, de propriedade de um amigo do declarante de pré-nome ROGÉRIO; QUE afirma o declarante que na BR-075 que liga a cidade de Cuitégi/PB a Pilões/PB, o seu referido amigo perdeu o controle de sua motocicleta; QUE afirma o declarante que logo após perdeu o controle da citada moto, o declarante juntamente com o proprietário da citada motocicleta sofreram um acidente de moto, causando no declarante uma forte pancada na região da clavícula e um corte na região do nariz; QUE afirma o declarante que tanto o mesmo e seu amigo ROGÉRIO, foram socorridos por um amigo da cidade de Pilões/PB quando

RUA 20 DE AGOSTO, Nº. 26, CENTRO, PILÕES/PB, CEP. 58.393-000

X Manoel Messias Almeida da Silva

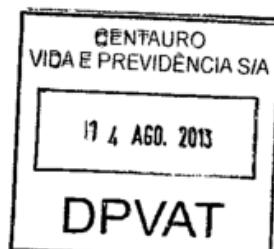
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
mesmo e seu
amigo ROGÉRIO, foram socorridos por um amigo da cidade de Pilões/PB quando

DPVAT

colocou tanto o declarante e seu colega também acidentado, no interior do seu veículo e os levou para o hospital Regional de Guarabira/PB, onde foram atendidos e liberados no mesmo dia pelos médicos, como consta em finha de atendimento ambulatorial deste mencionado hospital. Diante do exposto, vem prestar ocorrência e requer Certidão. Apresente Certidão é verdade; Dou fé.

Pilões/PB, 26 de julho de 2013

NOTICIANTE: *V. manuel mestre Ademir da Silva*



RUA 20 DE AGOSTO, Nº. 26, CENTRO, PILÕES/PB, CEP. 58.393-000



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO
- SEGURADO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT
www.seguradoralider.com.br

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, Manoel Messias Almeida da Silva,
PORTADOR / A DO RG N° 2.887.252 EXPEDIDO POR _____ EM ___/___/___ E
CPF 056.425.384-410 / CNPJ 000000000000-00, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR _____
REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Manoel Messias
Almeida da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente
seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.
Data: 05 SET 2013

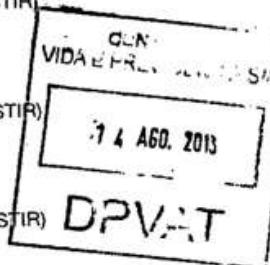
CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
Nº BANCO DPVAT Nº AGÊNCIA CTBA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-CORRENTE _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA 1100 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA-POUPANÇA 33554-0



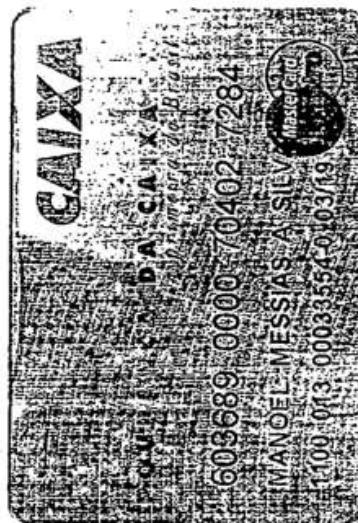
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.
UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES
ACIMA DESCritas, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

DATA _____
LOCAL _____
ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Manoel Messias Almeida da Silva

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 6194 / 74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – Susep).
- Para acompanhar o andamento do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.
- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras

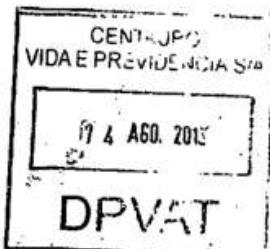
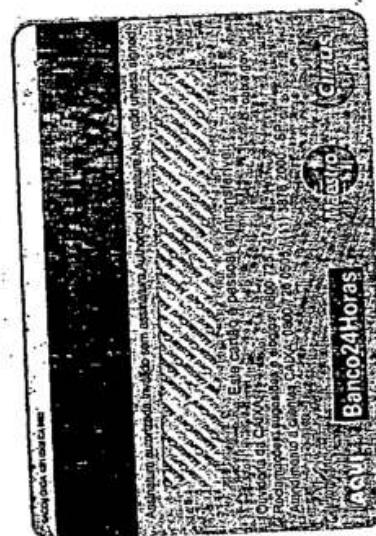




CENTAUR
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

17 4 AGO. 2013

DPVAT





Registro de Sinistro

OUTROS



1004054*

DP.: 110

Processo:

521732

Código:

Unidade: CENTAURO VIDA E
CENTAURO PREVIDÊNCIA S/A.

Parceiro:
MM REGULADORA DPVAT

Sub-Parceiro:
BALBINOSCG1

BO N°: 208/2013 **Data BO:** 26/07/2013

DELEGACIA:
PILOES

Placa: OEX-4585/PB

Tipo de Veículo:
09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo

IML

Nome da Vítima: DPVAT - CTBA

MANOEL MESSIAS ALMEIDA DA SILVA

Tipos Sinistrado:
1 - Transportado

Natureza:
2 - INVALIDEZ

Sexo Sinistrado: MASCULINO	Data Nascimento: 20/05/1985	Tipo de CPF: 0 - Possui CPF	CPF da Vítima: 056.425.384-70	Data Ocorrência / Hora: 31/05/2013 / 18:15
-----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---

Cidade: PILÕES	UF: PB	CEP: 58393-000	Telefones:
-----------------------	---------------	-----------------------	-------------------

Email:
mm@reguladora.com.br

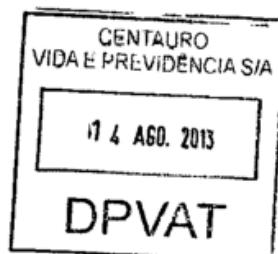
Qtde.Benef. 1	Data Óbito:	Médico:	Valor(INVALIDEZ): 0,00
----------------------	--------------------	----------------	-------------------------------

Beneficiários

Nome	CEP	Endereço	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CPF/CNPJ	UF
Profissão				Complemento	Bairro	Cidade	
MANOEL MESSIAS ALMEIDA DA SILVA		58393-000 PADRE IBIPIANA	Vítima	VITIMA	20/05/1985	056.425.384-70	PB
RECUSOU INFORMAR				CENTRO			
Banco: 104 Caixa Econômica Fede		Ag.: 1100 C/P 33554-0		RECUSOU INFORMAR			

Histórico

Data: 13/08/2013 18:22:04	Usuário: MM PATRICIA	Situação: Pré-Cadastro não analisado
----------------------------------	-----------------------------	---



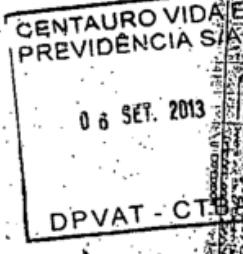
Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R: NILO CAIRO, 171 CENTRO – Cep: 80060-050
Tel.: (41) 3021-4485 Fax: (41) 3232-2773
e-mail: dpvat-pr@centauroseg.com.br
CURITIBA - PR

Entre em nosso site <http://www.centauroseg.com.br> e acesse em DPVAT ON LINE, faça sua consulta individual, citando o código 521732 e a data de nascimento 20/05/1985 da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!!





06 SET. 2013

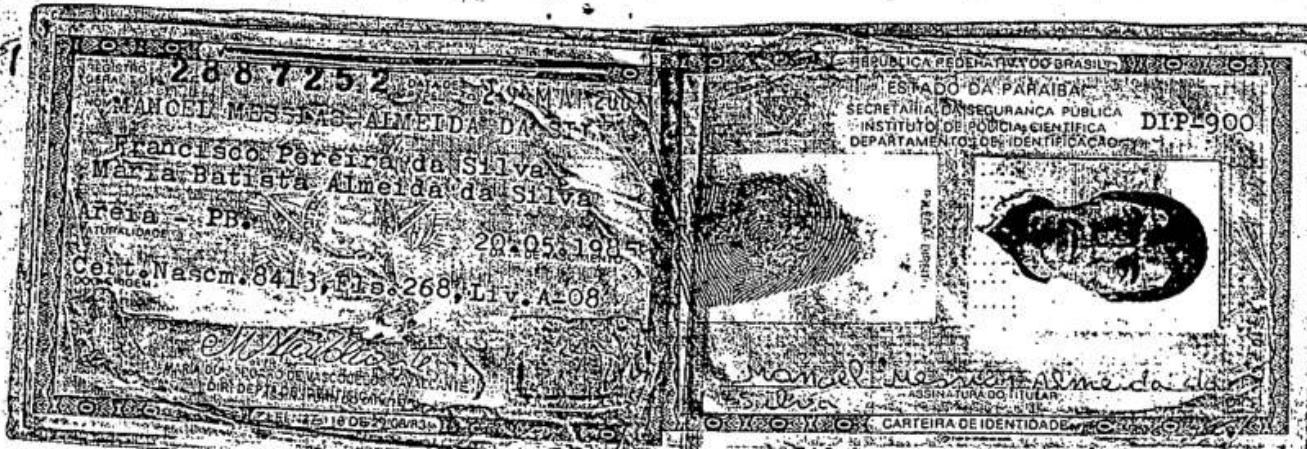
DPVAT - CT

VIDA E PREVILENCIA S/A 1

174 AGO. 2013

DPVAT





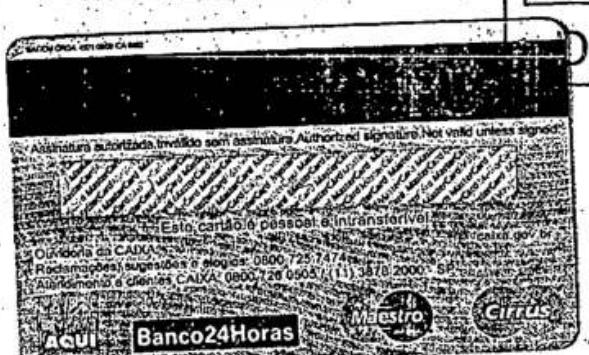
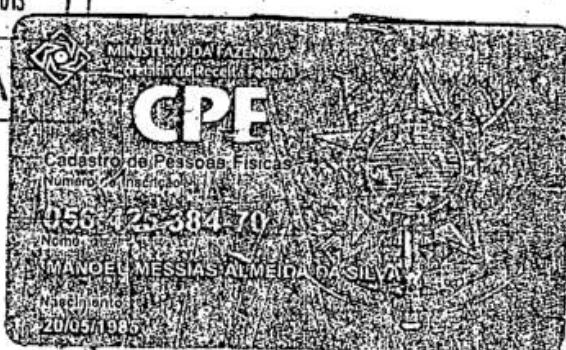
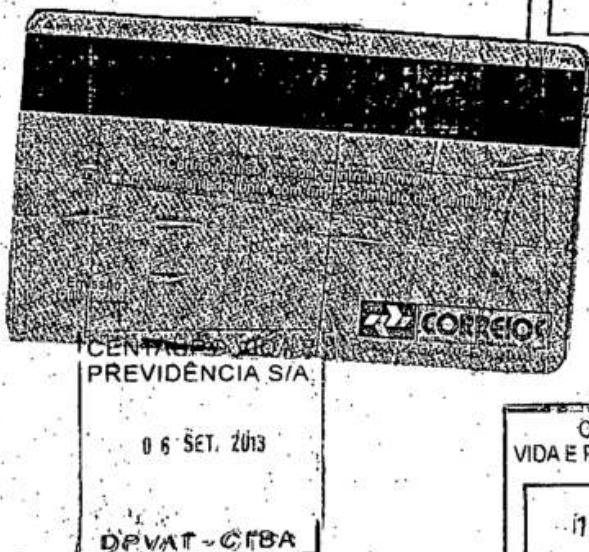
DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

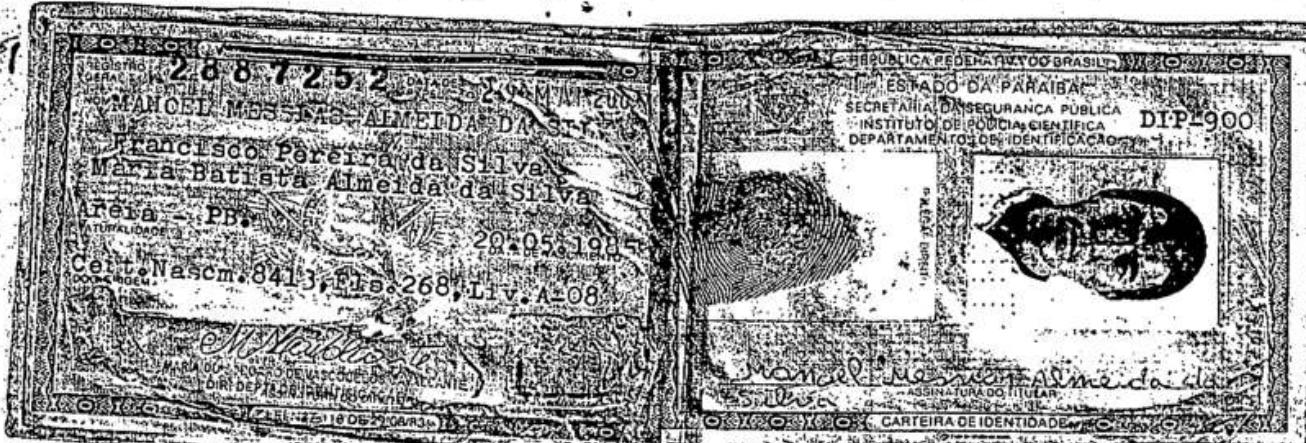
*1004037

VIDA



17 AGO. 2013



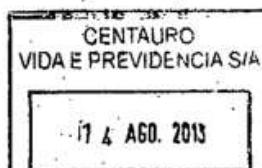
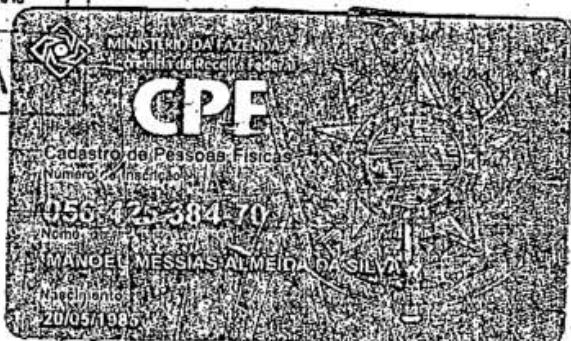


DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

* 1004037



17 АГОСТЯ 2013



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL**DADOS DO SINISTRO****Número:** 2013496607**Vítima:** MANOEL MESSIAS ALMEIDA DA SILVA**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**Cidade:** Pilões**Data do acidente:** 31/05/2013**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA**Natureza:** Invalidez**Emissor do parecer:** Arnaldo Kacelnik**CRM do médico:** 312915**PARECER****Data da análise:** 13/09/2013**Valorização do IML:****Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** BAM RELATA POLITRAUMATISMO SEM SEQUELAS**Resultados TTO CLÍNICO terapêuticos:****Sequelas permanentes:****Sequelas:** Sem sequela**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:** De acordo com a análise dos documentos médicos não há danos funcionais permanentes em relação às lesões que decorrem do acidente.**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** ARNALDO KACELNIK**UF do CRM do médico:****DANOS**

Dano	% Dimensão	Graduação
Danos não definidos.		

Valor avaliado: 0,00