



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
33526371	24/08/2020 11:51	Contestação	Contestação
33526378	24/08/2020 11:51	2746600_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
33526383	24/08/2020 11:51	2746600_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013496607**Cidade:** Pilões**Natureza:** Invalidez**Vítima:** MANOEL MESSIAS
ALMEIDA DA SILVA**Data do acidente:** 31/05/2013**Emissor do parecer:** Arnaldo Kacelnik**Seguradora:** CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA
ESPEC.EM SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 312915

PARECER

Data da análise: 13/09/2013**Valoração do IML:****Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** BAM RELATA POLITRAUMATISMO SEM SEQUELAS**Resultados terapêuticos:** TTO CLÍNICO**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:** RJ

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**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:

DN.: 20/5/1985

SEXO: MASCULINO
28 ANOS

ENDEREÇO: CONJUNTO PRETONIO CUNHA, 78

BAIRRO: CENTRO

CIDADE/UF: PILOES - PB

CEP: 58393000

MAE: MARIA BATISTA ALMEIDA DA SILVA

PAI:

3. ATENDIMENTO PREVIDENCIA S/A

TIPO DE ATENDIMENTO

[] 01 - ATENDIMENTO URG/EMERGENCIA

[] 02 - PRIMEIRA CONSULTA

[] 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE

[] 04 - ATEND. URG/EMERG. P/ OUTRA UNID.

[] 05 - 1ª CONSULTA ANUAL P/ OUTRA UNID.

[] 06 - CONSULTA SUBSEQUENTE P/ OUTRA UNID.

MEDICAÇÃO:

[] PRESCRITA

[x] APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

[x] 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 rotina de exames
de rotina
vinte, orientado, em processo, não
corado. garganta
A.H. NW
A.W. NW
A.G. NW

6. MATERIAIS - MEDICAMENTOS & OUTROS RECURSOS:

ORL 1000 e 50
Volturn
Upphotina 0,5 1ml

7. DIAGNOSTICO:

Polistomato

8. CID

9. ASS. PACIENTE/ACOMPAN./RESPONSAVEL:

10. DIGITAL

ASS/CARIMBO MEDICO

ASS/CARIMBO REV. TECNICO

ASS/CARIMBO REV. ADM.

Dr. Manoel de S. Medeiros
Médico
CRM-PB 6217

GENIAC
VIBA E PREVIDENCIA S/A

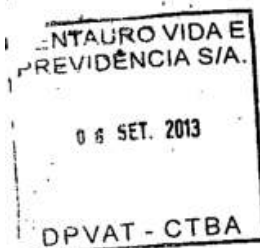
14 ABO. 2013

DPVAT



1004
2008
10461
so
1004





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

COMPROVANTE DE RESIDENCIA

1004040

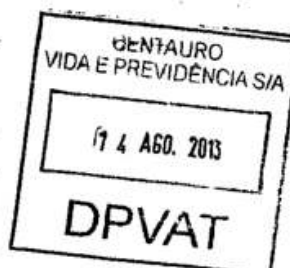


Eu, Manoel Messias Almeida da Silva
RG nº 2.887.252, data de expedição / /, Órgão

CPF nº 056.425.384-70, venho perante a este instrumento declara que
não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no
endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rodre Ibiapima</u>
Número	<u>51N</u>
Apto/ Complemento	<u></u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Piões</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>88.393.000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3063-2206</u>
e-mail	<u></u>

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 IBIAPINA, S/N - CENTRO
PILOES / PB CEP: 58090000 (AG: 72)

Class/Subcl: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 18 - 38 - 905 - 2680 Referência: Mai / 2013
Nº medidor: 00000498400 Emissão: 28/05/2013

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08 006 183/0001-40 - Ins. Est. 18.015.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 1068389
Código para Débito Automático: 0000992984

5180 x231 8b4 588d 8751 8d03 e197 a119

CDC (Código do Consumidor): 5/699256-4

Mai / 2013

28/05/2013

27/06/2013

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de julho de
2008, informamos a quitação dos débitos referentes
aos faturamentos regulares de energia elétrica
desta unidade consumidora vencidos no ano de 2012
e nos anos anteriores.
Esta declaração substitui, para a comprovação do
cumprimento das obrigações do consumidor, as
declarações de faturamentos e faturas dos débitos do
ano a que se refere e dos anos anteriores.
Tanta Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.436, de 26 de abril de 2007.



Data	Leitura	Data	Leitura			
28/04/13	9583	28/05/13	8786	1	123	32
Descrição						
				Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh				30	0,10780	3,22
Consumo em kWh				70	0,18445	12,91
Consumo em kWh				23	0,27667	6,38

IMPOSTOS E ENCARGOS
PIS 0,58
COFINS 2,86
JURIS DE MORA 0,01
MULTA 03/2013 0,82
ICMS (Base de Cálculo: R\$ 58,01 | Alíquota 27,00%) 15,86

OUTROS SERVIÇOS PRESTADOS
BÔNUS FAPU - ART. 21 DA LEI 10438/2002 (05/2012)
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2013 0,04

Abr/13	118
Mar/13	102
Fev/13	118
Jan/13	104
Dez/12	99
Nov/12	93
Out/12	87
Set/12	98
Ago/12	98
Jul/12	102
Jun/12	101
Mai/12	103

Média dos últimos meses:
103 kWh

VENCIMENTO

05/06/2013

TOTAL A PAGAR

R\$ 36,01

3/2013 - Protes

DIC MENSAL	9,20	0,81	
DIC TRIMESTRAL	18,40		
DIC ANUAL	38,98		
FIC MENSAL	3,80	3,00	
FIC TRIMESTRAL	7,60		
FIC ANUAL	15,20		
DMC	4,58	0,20	
DICRI	12,22		

220
201
231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	12,30	29,05
Compra de Energia	6,94	20,41
Serviço de Transmissão	0,52	1,23
Encargos Setoriais	1,03	2,43
Impostos Diretos e Encargos	19,81	46,78
Outros Serviços	0,04	0,08
Total	42,34	100,00

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

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecedor poderá ter suspenso a prestação de serviço a partir de 05/06/2013. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento após esta data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento caso o mesmo não seja quitado até a data de vencimento. Caso a(s) fatura(s) acima relacionadas não sejam pagas, a unidade consumidora deverá providenciar o pagamento da(s) fatura(s) acima relacionadas e considerar essa mensagem. A fatura sujeita a inclusão em dívidas de inadimplência e crédito no caso de inadimplência. Sua unidade foi faturada com base em leitura automática de REEIS. As demonstrações contábeis, societárias e regulatórias estão disponíveis nos sites:

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

RECIBO

Eu, Manoel Messias 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 Ildefonso - S/N - Bento Cidade Pucallpa 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 indenização do Seguro DPVAT ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 30 dias do respectivo pedido;

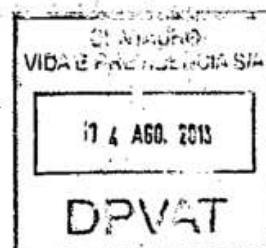
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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 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.

Manoel Messias Almeida da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data



2013 - 496604

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL

3ª 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

DEPARTAMENTO
DPVAT - CTBA

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - Nº. 208/2013

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

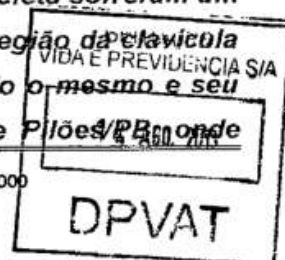
1004026



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 estava na garupa da motocicleta marca/modelo HONDA/CG, FAN, ANO/MODELO 2012/2012, COR ROXA, PLACA: OEX4585/PB, CHASSI Nº 9C2JC4110CR560402 e RENAVAL 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 Cuitegi/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 tando o mesmo e seu amigo ROGÉRIO, foram socorrido por um amigo da cidade de Pilões/PB onde

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

x Manoel Messias Almeida da Silva

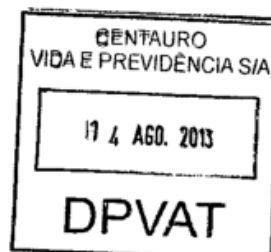




colocou tanto o declarante e seu colega também acidentado, no interior de seu veículo e os levou para o hospital Regional de Guarabira/PB, onde foram atendidos e liberados no mesmo dia pelos médicos, como consta em ficha de atendimento ambulatorial deste mencionado hospital. Diante do exposto, vem prestar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

Pilões/PB, 26 de julho de 2013

NOTICIANTE: *Manoel Messias Almeida da Silva*



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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO - SEGURADORA

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 Nº 9.887.252 EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E
CPF 05.614.251314-3 / CNPJ _____, 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
A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

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

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
Nº BANCO DPVAT - CIBA (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.

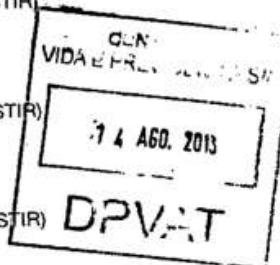
LOCAL _____

DATA ____/____/____

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Manoel Messias Almeida da Silva

ATENÇÃO

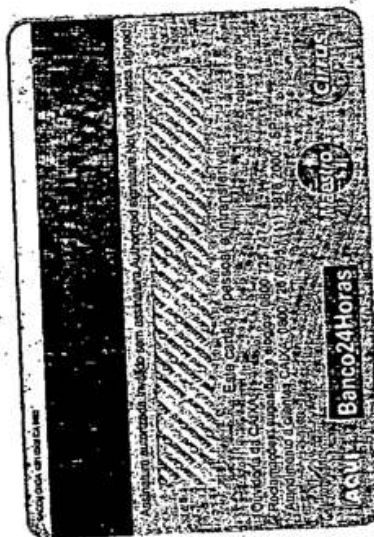
- O Seguro DPVAT garante: indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo 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



CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A.
06 SET. 2013
DPVAT - CTEA



CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
17 4 AGO. 2013
DPVAT



CENTAURO
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
17 4 AGO. 2013
DPVAT





Registro de Sinistro

DP.: 110

OUTROS

1004054

Processo:

Código: 521732

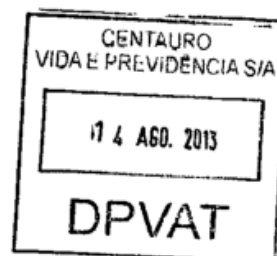
Unidade CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.	Parceiro MM REGULADORA DPVAT	Sub-Parceiro BALBINOSCG1		
BO Nº 208/2013 06 SET. 2013	Data BO 26/07/2013	DELEGACIA PILOES		
Placa OEX-4585/PB	Tipo de Veículo 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo	IML		
Nome da Vítima MANOEL MESSIAS ALMEIDA DA SILVA	Tipo Sinistrado 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 PILOES	UF PB	CEP 58393-000	Telefones	
Email mm@reguladora.com.br				
Qtde.Benef. 1	Data Óbito	Médico	Valor(INVALIDEZ) 0,00	

Beneficiários

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

Histórico

Data	Usuário	Situação
13/08/2013 18:22:04	MM PATRICIA	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!!!!



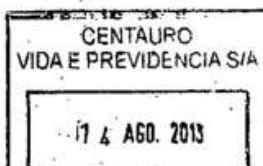
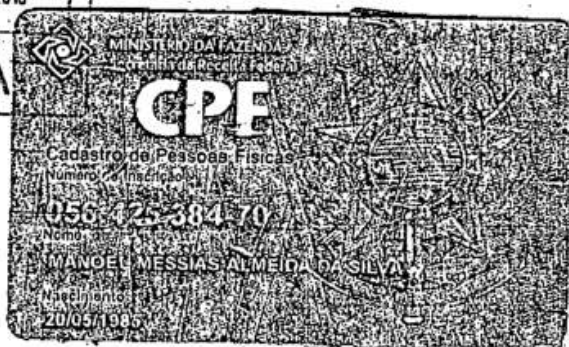
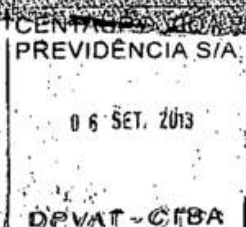
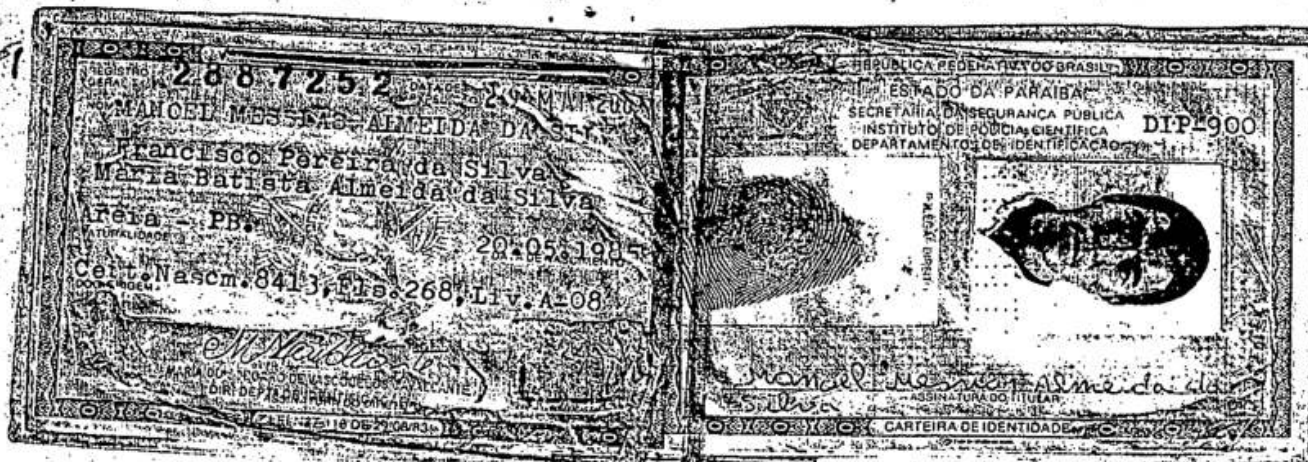
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/08/2020 11:51:29

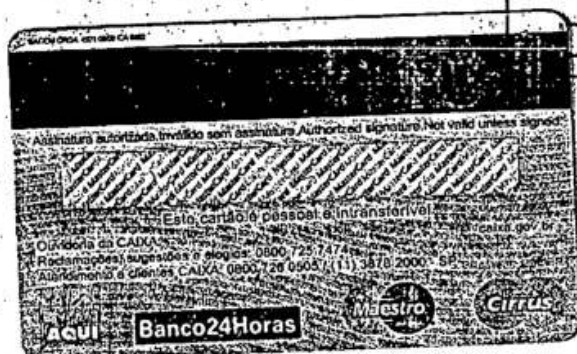
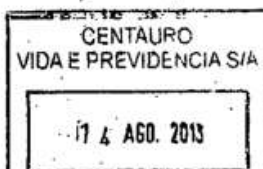
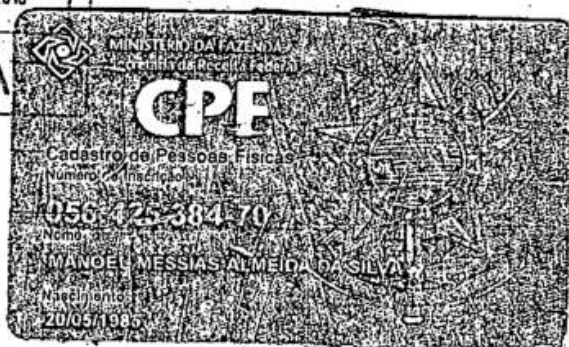
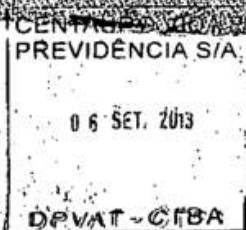
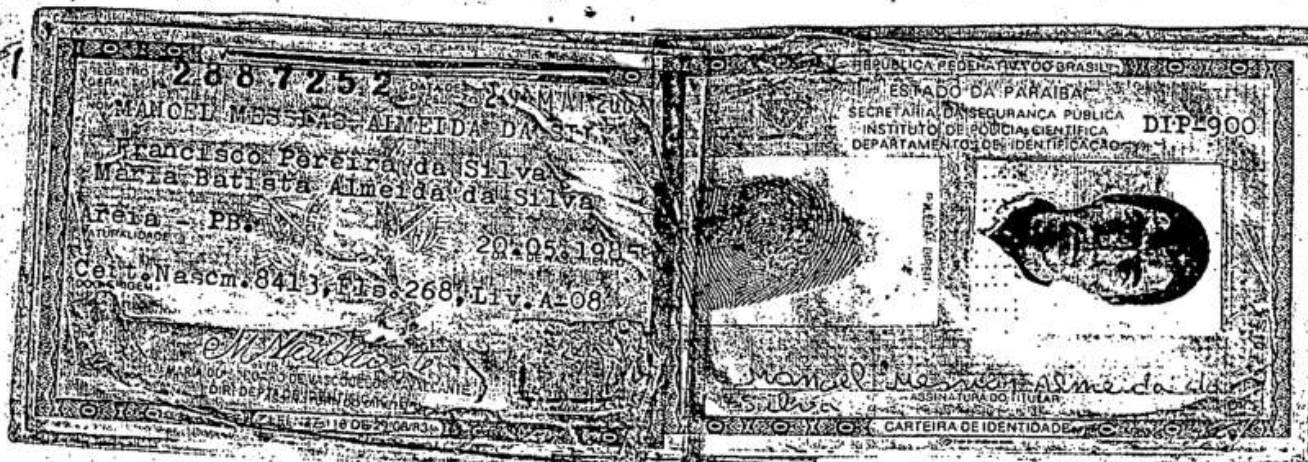
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082411512950300000032084087>

Número do documento: 20082411512950300000032084087

Num. 33526378 - Pág. 11

*1004032





PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013496607**Cidade:** Pilões**Natureza:** Invalidez**Vítima:** MANOEL MESSIAS
ALMEIDA DA SILVA**Data do acidente:** 31/05/2013**Emissor do parecer:** Arnaldo
Kacelnik**Seguradora:** CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA
ESPEC.EM SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 312915

PARECER

Data da análise: 13/09/2013**Valoração do IML:****Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** BAM RELATA POLITRAUMATISMO SEM SEQUELAS**Resultados terapêuticos:** TTO CLÍNICO**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:** RJ

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**Valor avaliado:** 0,00