

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180309205 **Cidade:** Patu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE BEZERRA **Data do acidente:** 28/05/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ivone S. Valice

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180309205 **Cidade:** Patu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JOSE BEZERRA **Data do acidente:** 28/05/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

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:

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE BEZERRA**

Nº Sinistro: **3180309205**

Vitima: **ANTONIO JOSE BEZERRA**

Data do Acidente: **28/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180309205**.

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 13085507



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE BEZERRA**
Nº Sinistro: **3180309205**
Vitima: **ANTONIO JOSE BEZERRA**
Data do Acidente: **28/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180309205**, 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, 28 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE BEZERRA**

Nº Sinistro: **3180309205**

Vítima: **ANTONIO JOSE BEZERRA**

Data do Acidente: **28/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180309205**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **28/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Autorização de pagamento

Seguros para LUC/ U. VAT

**www.dpvatsegurodotransito.com.br ou
ligue SAC DPVAT 0800 022 12 04**

EU, Antonio José Bezerra
PORTADOR/A DO RG No.: 1857389 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 04/02/97 E
CPF 038124764-36 / CNPJ - , PROFISSÃO _____
Agricultor E RENDA MENSAL DE R\$ _____ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR
REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio José Bezerra
_____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

☐ **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
No. BANCO _____ No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR).
No. DE 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 3518 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA 12852-6

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

- Não será possível efetuar o pagamento em Conta Salário (INSS), Conta Fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou Conta Conjunta quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos da agência, caso o dígito exista, principalmente do Banco BRADESCO;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ATIVA;
- Indique corretamente se a conta informada é POUPANÇA ou CONTA CORRENTE;
- Tenha SEMPRE um documento bancário para conferência de sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

DATA 221 061 2018

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A

Antônio José Bezerra



CAIXA
POUPANÇA

4392 6719 3351 4784

ANTONIO JOSE BEZERRA

VISA

3518 013 00012852-6

10/24

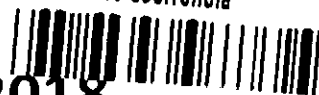
Electron

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPO
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - DPCIN
DIVISÃO DE POLÍCIA CIVIL DO OESTE -
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PAT

Boletim de ocorrência



Boletim de Ocorrência nº 217/2018

Natureza da Ocorrência: Comunicação de Fato- Acidente de Trânsito

Local: Rodovia Federal (BR-226, próximo a cidade de Patu/RN).

Data e hora do fato: 28/05/2018 às 05h23 min

Comunicante: Gabriel Bezerra Cavalcante, Brasileiro, Solteiro, agricultor, RG: 2743370 SSP/RN, CPF: 059.547.574-45, natural de Catolé do Rocha/PB, data de nascimento: 13/09/1983, filho de Francisco Bezerra Cavalcante e de Maria Jose Victo, residente na Rua Sit. Distrito Coronel Maia, Catolé do Rocha/PB

Telefone: (83) 9-9872-3368

Vítima(s): Antonio Jose Bezerra, Filho de Francisco Bezerra Cavalcante e de Maria Jose Victor, Nascido em 04/12/1979, RG1857389, Residente: na Rua Sit. Distrito Coronel Maia, Catolé do Rocha/PB.

Testemunha(s):

Investigado(s): Prejudicado.

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: O Declarante comunica que na data e hora supracitados, vinha conduzindo a motocicleta da marca e modelo; Honda/pop 100, Ano 2011/2011, Cor Preta, Placa QEV 097/PB, Chassi 9C2HB0210BR256399, Licenciado em Nome de Jose João da Silva CPF: 044.773.484-95. Que ao tentar desviar um buraco na via de rolagem o passageiro "vitima" se desequilibrou vindo a cair na via, que desta queda a vitima sofreu um trauma na clavícula esquerda conforme atesta a fixa de primeiro atendimento do hospital municipal da cidade de Patu/RN. Que nada mais declarou.

O DECLARANTE SE RESPONSABILIZA CIVIL E CRIMINALMENTE PELO TEOR DE SUAS DECLARAÇÕES.

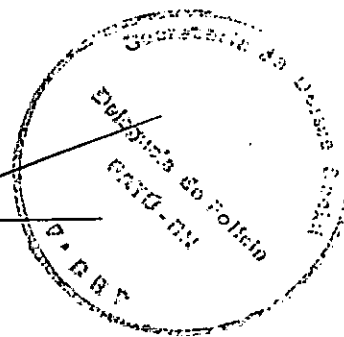
Providências Adotadas:

(01) Registro da Ocorrência, e expedição de B.O.

Patu/RN, 15 Junho de 2018.

Antonio José Bezerra
Declarante

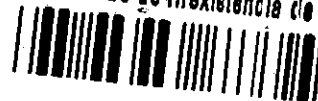
Valter Rodrigues
APC
Mat. 195595-0



03-JUL-2018 08:05 611005 1/1
SEDE/000000 36 LIDER IMPART OF

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Antonio José Bezerra, portador da carteira de identidade nº 1857389 e inscrito no CPF/MF sob o nº 038.124.764-36 residente e domiciliado na Sítio Cel. Maia - S/A Cidade Catolé de Rocha 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.

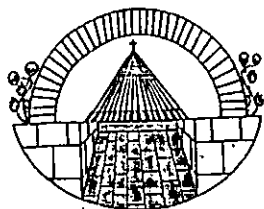
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antonio José Bezerra

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

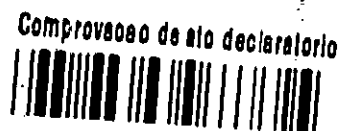
Catolé de Rocha, PB, 22 de junho de 2018

Local e data



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. HENDERSON JOSINO
BANDEIRA DE MOURA

DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins que se fizerem necessários e de direito, que o Senhor **ANTÔNIO JOSÉ BEZERRA: 38** anos de idade:04/12/1979 **CARTÃO DO SUS: 700205917213324**, deu entrada no serviço de urgência desta instituição no dia 28 de maio de 2018 às 05:23h conforme registro de Livro de Ocorrências do "Setor de urgência", onde consta: acidente motocicleta **"VITÍMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM DORES NO OMBRO ESQUERDO.** atendido, medicado e encaminhado ao Hospital Regional de Pau dos Ferros.

É verdade e dou fé.

Patu/RN, 19 de junho de 2018.


Hérica Kayenn de Moura Marcelino
Diretora
CPF: 942.611.994-91

Av. Antônio Suassuna, nº 490, Bairro Nova Brasília - Patu-RN
Telefone: 84 3361-2789 - E-mail: hospitalmunicipaldepatu@hotmail.com
CNPJ 08.349.078/0001-28



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio José Bezerra,RG nº 1857389, data de expedição 04/02/97, Órgão SSP/PB,CPF nº 038.124.764-36, 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>Sítio Cel. Maia</u>
Número	<u>514</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Zona rural</u>
Cidade	<u>Catalé do Rocha</u>
Estado	<u>P/B</u>
CEP	<u>58.884-000</u>
Telefone de Contato	<u>83-9872-3368</u>
E-mail	<u>bezerra@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: C. do Rocha - PB, 22 de junho 2018Assinatura do Declarante: Antonio José Bezerra



ENERGIA PARA O ESTADO DO RIO DE JANEIRO
 Rm 25 - Centro Residencial - João Pessoa - P. CEP 550-1-
 (081) 3-205-113/0091-43 - Fax: (081) 3-2-2

http://www.fishbase.org/eng/Species.cfm?genus=Channa
2004, para Cfb. Automático: 06/04/14

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2018	26/02/2018	27/03/2018	6300390462

UC (Unidade Consumidora): 5/1246913-6

Canal de contato

Chama os vizinhos e amigos e entra no combate ao mosquito transmissor da dengue. Já é chamado: **Mãe Amada Brasil - Governo Federal.**

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
25/01/18	25320	25/02/18	25327	1	2%	2

		Demonstrativo									
CD	Descrição	Contas a Pagar	Contas a Receber	Reserva	Provisão	Provisão	Provisão	Provisão	Provisão	Provisão	Provisão
		Trabalho	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Trabalho	Trabalho
0001	Consumo em kWh	258.000	0,74	1920	192,13	192,13	27	51,97	100,10	1,15	2,95
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0007	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA		14,89		0,02	0	0,07	0,03	1,00	0,00	
0004	JUROS DE MORA 12/2017		1,24		0,00	0	0,02	0,03	0,00	0,00	
0005	MULTA 12/2017		2,25		0,00	0	0,00	0,01	0,00	0,00	

CC BY-NC-SA 4.0	TOTAL	211.79	187.40	51.27	187.40	0.00	46
-----------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	----

Media últimos meses (own)	VENCIMENTO 05/03/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 211,79
---------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Histórico de Consumo (kWh)												
128	215	222	216	250	218	268	261	212	220	215	220	
Fev17	Mar17	Abr17	Mai17	Jun17	Jul17	Ago17	Set17	Out17	Nov17	Dez17		

RESERVADO AD EL CO 6921-6978 973d.1651.c643.78ac.fbda ba40

Indicadores de Qualidade				Comparação do Consumo		
	Útil da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor real	%
TRIMESTRAL	22,46	4,17	NOMINAL	100	211,75	100
SEMESTRAL	42,68			100		
ANUAL	7,74	1,00	CONSTRATA	100		
TRIMESTRAL	15,49		UNITE APURADA	100		
SEMESTRAL	30,98		UNITE SUPERADA	100		
ANUAL	3,49	4,17				
TRIMESTRAL	18,80					
SEMESTRAL						
ANUAL						
Total					211,75	100,00

Value of EL52R1 : 0.993.

ATENÇÃO - O prazo de vencimento do boleto (título) emitido pelo banco para pagamento em 15 dias, em caso de atraso, o fonelement poderá ser suspenso a partir de 13/05/2013. Conforme Resolução 414 do ANEEL, o pagamento após essa data não é considerado como o devido suspensão do fornecimento de energia, caso o mesmo não seja comunicado às concessionárias não estejam em um defeito consumidor para compensação. Caso o sistema de pagamento (disfritador) esteja desconectado a essa medida não será efetuada o pagamento em todos os pontos de consumo caso de suspensão de energia.



Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

BR 405 - KM 03 - PAU DOS FERROS/RN - (84) 3351-9840

Documentacao medica - hospite



Nome:

Receituário

Tepório Américo

Data:



Hospital Dr. Cleodon Carlos de Andrade

BR 405 - KM 03 - PAU DOS FERROS/RN - (84) 3351-9840

Nome: *Antônio Joé Bezerra*

Receituário

Laudos Médicos

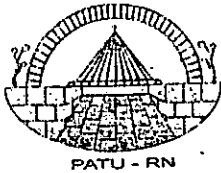
Alerta para os devidos fins
que o paciente apresentado
anteriormente apresenta a seguinte
nos estudos laborais por
60 (sessenta) dias a partir
desta data devido a fratura
de osso de Knappe

542.0

01/06/2017

Dr. Fábio Roberto A. Lima
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PA 21035
CRM-PE 21035

Data:



Estado do Rio Grande do Norte
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATU
Secretaria Municipal de Saúde



RECEITUÁRIO

Antonio Jose Bezerra

À PDE

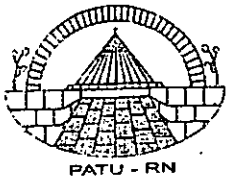
Paciente com evidência de
fratura de clavícula à
E;
cd= sol. av. local ortopedista.

2

Data: ____/____/____

Dr. Arthur R. C. Frei.
CRM - 9268
MÉDICO

Médico(a)



Prefeitura Municipal de Patu
Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MUNICIPAL

PATU
CIDADE DE PAZ E JUSTIÇA

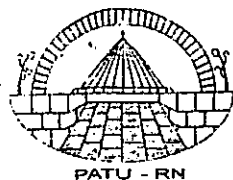
BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO:		Data: 28/05/18	Hora: 05:23	Atendimento nº: 26
Nome: Antonia Jose Bezerra		Idade: 38 anos	Sexo: M	
Data de Nascimento: 04/12/49		Cartão SUS: 41010120151913171213131241	Nº Identidade: -	
Profissão: -		Endereço (Rua/AV./Sítio): -		Nº: -
Bairro: -		Cidade: Catolé do Rocha	Estado: PB	Telefone: 98423368
Nome da Mãe: Maria Jose Victor		Motivo da Procura: Queda de moto		
Assinatura do Servidor: -				

ACOLHIMENTO:	☐ Emergência	☐ Urgência	☐ Não Urgência	☐ Acidente de Trabalho	☐ Acidente de Trânsito
Acolhimento com Classificação de Risco: -					
Queixas: -					
Antecedentes Alérgicos: -					
HAS ()		DM ()	Assinatura: -		Classificação: -

ANAMNESE:	Paciente vítima de acidente de moto ejetor com duas no ombro <u>E</u>				
EXAME FÍSICO:	Peso: -	Temperatura: -	Cº: -	F.C.: -	PA: -
MMHG: - F.R.: - NGT: -					
→ Solicito raios X de ombros e clavícula <u>E</u>					
CONDUTA:	☐ Medicação	☐ Observação	☐ Laudo para Ail:		
→ Voltar 20mg 1 amp <u>E</u>					

HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO:	CID: -
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: ☐ Laboratório ☐ Radiológico ☐ ECG ☐ Outros: -	Médico: (Carimbo/Assinatura): -
Saída: Data/Hora: - / - às - h. ☐ Alta Referido para UBS ☐ Óbito	
☐ Outra Unidade de Urgência ☐ Especialidade ☐ Internação no Hospital	



Prefeitura Municipal de Patu
Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MUNICIPAL



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

DADOS DO ATENDIMENTO:		Data: 30/05/18	Hora:	Atendimento nº: 28
Nome: Antonio Jose Bezerra	Idade: 38 anos	Sexo: M		
Data de Nascimento: 09/02/19	Cartão SUS: 41010121015191114121131312141			
Profissão:	Nº Identidade:			
Endereço (Rua/AV./Sítio): Sítio Coromieu Maia	Nº:	Complemento: Casa		
Bairro: Zona rural	Cidade: Catolé Do Rocha	Estado:	Telefone:	
Nome da Mãe: Maria Jose Victor	Motivo da Procura:			
Assinatura do Servidor: Gilmaria				

ACOLHIMENTO:	☐ Emergência	☐ Urgência	☐ Não Urgência	☐ Acidente de Trabalho	☐ Acidente de Trânsito
Acolhimento com Classificação de Risco:					
Queixas:					
Antecedentes Alérgicos: Não					
HAS ☐	DM ☐	Assinatura:		Classificação:	

ANAMNESE:					
Paciente apresenta do problema de dor no					
EXAME FÍSICO:	Peso:	Temperatura:	Cº F. C.:	PA:	MMHG F.R.: HGT:
Sinais de frotas					
CONDUTA: ☐ Medicação ☐ Observação ☐ Laudo para AEM					
Ao ortopedista					
= 801 raio x de dorso de B					
Dr. Arthur C. Freire					

HIPÓTESE DO DIAGNÓSTICO:		CID:
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS: ☐ Laboratório ☐ Radiológico ☐ ECG		Médico: (Carimbo/ Assinatura)
☐ Outros:		
Saída: Data/Hora: --/--/-- às --:-- h. ☐ Alta Referido para UBS: ☐ Óbito		
☐ Outra Unidade de Urgência ☐ Especialidade ☐ Internação no Hospital		



ORTOMED

CLÍNICA ORTOPÉDICA

Documentação médica - hospitalar

Convênios com:
CAMED - UNIMED - CASSI - FUNASA

Paciente: Antonio José Bezerra
Data de Nascimento: 04/Dez/1979
Médico(a) Solicitante:

Número de Registro: PAT002162
Exame: ACCNO002543
Data do Exame: 01/Ago/2018 14:22

RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Textura óssea preservada.
Fratura do terço médio da clavícula esquerda, com angulação cranial dos segmentos ósseos.
Relações articulares preservadas.

Conclusão:

Fratura do terço médio da clavícula esquerda, com angulação cranial dos segmentos ósseos.

Dr. Wagner Haese Barros
CRM/SP 171.738

Laudado por: Dr. Wagner Haese Barros (CRMSP 171.738)
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
Laudo emitido em: 01/Ago/2018 14:33

Dr. Wagner Haese Barros
CRM/SP 171.738

Aprovado por: Dr. Wagner Haese Barros (CRMSP 171.738)
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia
Laudo aprovado em: 01/Ago/2018 14:39

Responsável Técnico: Dra. Mima Medeiros Noia Jacome Wanderley (CRM/PB 8140)

RO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TECNICO DE TIPO DE POLICIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICACAO

IDENTIFICACAO

Antonio Jose Bezerra

MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FISICAS

Nome
ANTONIO JOSE BEZERRA

Nº de inscrição
038124764-36

Data do Nascimento
04/12/79



Documentos de Identificacao



1857389-1 VIA 04/02/1997

ANTONIO JOSE BEZERRA

FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE

MARIA JOSE VICTOR

NATURALIDADE
CATOLE DO ROCHA PB

DATA DE NASCIMENTO
04/12/1979

RGERT INASC N° 4641-1-25

CATOLE DO ROCHA PB CARTORIO

Assinatura do Detentor

LEI N° 7.116 DE 29/08/85

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE
PESSOAS FISICAS - CPF, emitido a exigência por terceiros, salvo
nos casos previstos na Legislação vigente.

Antonio Jose Bezerra
ANTONIO JOSE BEZERRA

VALIDO EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

Emitido em 31/03/99



MINISTÉRIO DO EXÉRCITO
DIRETORIA DE SERVIÇO MILITAR
CERTIFICADO DE DISPENSA
DE INCORPORAÇÃO

231 CSM

RAV "NÃO POSSUI"

987210-T

NOME

ANTONIO JOSE BEZERRA

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE

FILIAÇÃO

P.A. FRANCISCO BEZERRA CAVALCANTE

MAE MARIA JOSE VICTOR

DATA NASC

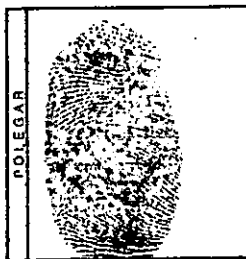
NATURALIDADE

04Dez79 CATOLE DO ROCHA-PB

DISPENSADO DO SERVIÇO MILITAR INICIAL EM 1999
POR ter sido incluído no excedente do
contingente

Agostinho Vieira Neto

DISPENSADO DO SERVIÇO MILITAR INICIAL EM 1999
POR ter sido incluído no excedente do
contingente



Antonio Jose Bezerra

DISPENSADO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013221836499
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 2017 000005270 EXERCÍCIO
0034234173 00/00000000 2017

JOSE JOAO DA SILVA

04477348495

PLACA OEVO978/PB

PRACA ANTA

NOVO

SC2HB0210BR256399

CHASSI

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

PAS/MOTOCICLETA/NAO APTECH

MARCA/MODELO

HONDA/POP100

ANO FAB.

2011

ANO MOD.

2012

CAP/POT/CIL

2 P/97 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PRÉDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENO. COTA ÚNICA

VENO. COTAS

I
P
V
A

00/00/0000

1º

FAIXA I.R.V.A.

PARCELAMENTO/COTAS

2º

0

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

08/08/2017

OBSERVAÇÕES

A.F. ADM. DE CONC. NACION HONDA LTDA

DOUGLAS DE SOUZA PEREIRA

REST. BEN. TRIBUTARIO

CATOLE DO ROCHA - PB

DATA

08/08/2017

172215



[Handwritten Signature]

1976

PB Nº 013221836499 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2017

DATA EMISSÃO

08/08/2017

VIA

CPF/CNPJ

04477348495

PLACA

OEVO978/PB

RENAVAM

0034234173

MARCA/MODELO

HONDA/POP100

ANO FAB.

2011

CAT. TARIF.

9

Nº CHASSI

9C2HB0210BR256399

PRÊMIO TARIFÁRIO

IA 08/08

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

P A G O

S

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

08/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

19763-1008162-20170808

DUT



PROIBIDO PLASTIFICAR

1404126837

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1404126837

LOCAL
TOMO PESSOA, PB
DATA ÚNICA
10/11/2016
59892660408
PB033548129

[Handwritten Signature]

Nº REGISTRO
06496680439



VALIDADEZ
12/02/2020
1º MARCADO
03/11/2015

RENALDO
AC
AB

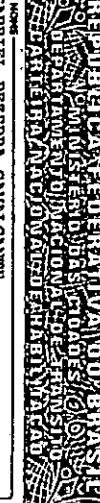
FRANCISCO BEZERRA
CAVALCANTE
MARIA JOSE VICTO

DOC. IDENTIFIC. / CPF / INSC. EST. / SSP
2743370
PB

DATA MARCADO
059.547.574-45
13/09/1983

CPF
059.547.574-45
13/09/1983

NOME
GABRIEL BEZERRA CAVALCANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242568/18
Vítima: ANTONIO JOSE BEZERRA
CPF: 038.124.764-36

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 28/05/2018
Titular do CPF: ANTONIO JOSE BEZERRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIO JOSE BEZERRA : 038.124.764-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/07/2018
Nome: ANTONIO JOSE BEZERRA
CPF/CNPJ: 038.124.764-36

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/07/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANTONIO JOSE BEZERRA

ANDREZA ALVES DA CUNHA

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

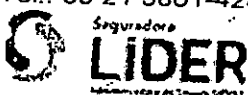
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Froes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

INVALIDEZ PERMANENTE e/ou
DAMS - Despesas Médicas

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos

Seguradora Líder - DPVAT

1. QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE

Nome da Vítima Antônio José Bezerra
Data do Acidente 28/05/2018 CPF: 038.824.764-36

2. QUALIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome _____
☐ A própria Vítima ☐ Representante Legal: Grau de Parentesco: _____
Endereço Sítio Cf. Maria
No. _____ Complemento _____ Bairro _____
Cidade C. de R. Maria UF PR CEP 58884-220
Telefone 83-9872-3368 Email bezerra@gmail.com

Informações Importantes!

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue 0800 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.
- O Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares (DAMS) é de até R\$ 2.700,00. Este valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.
- Poderão ser solicitados documentos complementares específicos, conforme legislação em vigor.
- Representante Legal - Pessoa que representa a vítima menor (0 a 15 anos). Pode ser PAI ou MÃE.

3. COBERTURA SOLICITADA: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DESPESAS MÉDICAS

Atenção! ☒ Preencha com ☒ Para documentação entregue.

DOCUMENTOS BÁSICOS PARA AS GARANTIAS DE INVALIDEZ PERMANENTE E DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível).
- ☐ Carteira de Identidade da vítima (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível)).
- ☒ CPF da vítima (Cópia simples e legível).
- ☒ Comprovante de Residência em nome da Vítima (Cópia simples e legível). Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).
- ☒ Autorização de Pagamento / crédito de indenização original, anexado com cópia simples de qualquer documento comprobatório dos dados bancários, (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia autenticada e legível).
- ☐ Na falta do Laudo do IML, declaração (original) firmada pela vítima e documento firmado pelo médico assistente (original), que comprove a existência da invalidez permanente, com a data da alta definitiva (modelo no balcão de atendimento).
- ☒ Boletim de Atendimento Hospitalar ou Ambulatorial (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível)).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SOMENTE PARA DESPESAS MÉDICAS (DAMS)

- ☒ Comprovações (originais e legíveis) das Despesas Médico-Hospitalares (quitados).
- ☐ Notas Fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (Cópia simples e legível).
- ☒ Relatório do Médico Assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (Cópia simples e legível).
- ☐ Carteira de Identidade do representante legal se houver (na falta deste documento, apresentar: Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação - (Cópia simples e legível)).
- ☐ CPF do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Comprovante de Residência em nome do Representante Legal - se houver (Cópia simples e legível).
- ☐ Na ausência deste documento, Declaração de Residência - original (modelo no balcão de atendimento).

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data 25/06/18
Nome Antônio José Bezerra
Identidade 1857389
Antônio José Bezerra
Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

Data 25/06/18 ☐ Recebi os documentos assinalados
Nome MARIA D A RIBEIRO
Matrícula Correios 8428969-7
MARIA D A RIBEIRO
Assinatura do Atendente

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242568/18
Vítima: ANTONIO JOSE BEZERRA
CPF: 038.124.764-36

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 28/05/2018
Titular do CPF: ANTONIO JOSE BEZERRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Outros

Outros



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/08/2018
Nome: ANTONIO JOSE BEZERRA
CPF: 038.124.764-36

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2018
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

ANTONIO JOSE BEZERRA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO JOSE BEZERRA**
Nº Sinistro: **3180309205**
Vítima: **ANTONIO JOSE BEZERRA**
Data do Acidente: **28/05/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180309205**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva

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

Pag. 0180301904 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13097388

SEGURADORA LÍDER DPVAT 002 10-160-2018 15:01 502067 1/1

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocola em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso com a Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar o remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

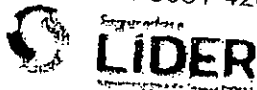
Assunto: RES: Produção: 12/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180309205

Cidade: Patu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO JOSE BEZERRA

Data do acidente: 28/05/2018

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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