

**Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário de Roraima**
[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)
**Operação realizada com sucesso. Protocolo: 2380917120190620111605**
**Processo 0815030-35.2019.8.23.0010  - (34 dia(s) em tramitação)****Classe Processual:** 7 - Procedimento Ordinário**Assunto Principal:** 9597 - Seguro**Nível de Sigilo:** Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Reais</b>					
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b>					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Defensor de Justiça <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
16 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 16					
500 por pág. <b>1</b>					
Seq.	Data	Evento		Movimentado Por	
<input type="checkbox"/> 16	20/06/2019 11:16:05	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE</b>		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>	
		16.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2604065ELABORAR JUNTADA DE DOCS01.PDF	Público
		16.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHOJOAO ALVES BARBOSA FILHO,	2604065ELABORAR JUNTADA DE DOCSAnexo01.PDF	Público
		<b>DECORRIDO PRAZO DE DOUGLAS JOSE NASCIMENTO</b> (P/ advgs. de DOUGLAS JOSE NASCIMENTO *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (17/05/2019) e ao evento de expedição seq. 7.		SISTEMA CNJ	
		<b>LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA</b> (Pelo advogado/curador/defensor de DOUGLAS JOSE NASCIMENTO) em 07/06/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 12) JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (05/06/2019) e ao evento de expedição seq. 13.		PAULO SERGIO DE SOUZA <b>Advogado</b>	
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de DOUGLAS JOSE NASCIMENTO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO (05/06/2019)		REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO <b>Analista Judiciário</b>	
<input type="checkbox"/> 12	05/06/2019 07:47:55	<b>JUNTADA DE ATO ORDINATÓRIO</b>		REGINA MARIA AGUIAR CARVALHO <b>Analista Judiciário</b>	
<input type="checkbox"/> 11	04/06/2019 10:10:55	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b> Em cumprimento à citação de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>	
		(Pelo advogado/curador/defensor de DOUGLAS JOSE NASCIMENTO) em 21/05/2019 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 6) CONCEDIDO O PEDIDO (17/05/2019) e ao evento de expedição seq. 7.		PAULO SERGIO DE SOUZA <b>Advogado</b>	
		<b>LEITURA DE CITAÇÃO REALIZADA</b> Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A em 21/05/2019 referente ao evento de expedição seq. 8.		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>	
<input type="checkbox"/> 8	20/05/2019 09:35:19	<b>EXPEDIÇÃO DE CITAÇÃO ONLINE</b> Para Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis		MOISES TELES JESUS NETO <b>Analista Judiciário</b>	
		<b>EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO</b> Para advogados/curador/defensor de DOUGLAS JOSE NASCIMENTO com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento CONCEDIDO O PEDIDO (17/05/2019)		MOISES TELES JESUS NETO <b>Analista Judiciário</b>	
<input type="checkbox"/> 6	17/05/2019 14:24:11	<b>CONCEDIDO O PEDIDO</b>		BRUNO FERNANDO ALVES COSTA <b>Magistrado</b>	
		<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>		SISTEMA CNJ	
		<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>		SISTEMA CNJ	
		<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição		SISTEMA CNJ	
		<b>DISTRIBUÍDO POR SORTEIO</b> 1ª Vara Cível		SISTEMA CNJ	
<input type="checkbox"/> 1	16/05/2019 17:31:19	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>		PAULO SERGIO DE SOUZA <b>Advogado</b>	



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**Processo:** 08150303520198230010

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DOUGLAS JOSE NASCIMENTO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 17 de junho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RR 451-A**

**SIVIRINO PAULI**  
**101-B - OAB/RR**



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Carta nº 12407216

A/C: DOUGLAS JOSE NASCIMENTO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180011368 ASL-0492025/17  
**Victima:** DOUGLAS JOSE NASCIMENTO  
**Data Acidente:** 02/10/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** RAIMUNDO NONATO SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2018

Carta n°: 12510881

A/C: DOUGLAS JOSE NASCIMENTO

**Nº Sinistro:** 3180011368  
**Vitima:** DOUGLAS JOSE NASCIMENTO  
**Data do Acidente:** 02/10/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** RAIMUNDO NONATO SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DOUGLAS JOSE NASCIMENTO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000005076-8

Conta: 000006910-8

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	4.725,00

**Dano Pessoal:** Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

**Graduação:** Em grau médio 50%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (50% de 70%) 35,00%

**Valor a indenizar:** 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

**Aos Cuidados de:** DOUGLAS JOSE NASCIMENTO

**Nº Sinistro:** 3180011368

**Vitima:** DOUGLAS JOSE NASCIMENTO

**Data do Acidente:** 02/10/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** RAIMUNDO NONATO SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180011368**.

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**

Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2018

**Aos Cuidados de:** DOUGLAS JOSE NASCIMENTO

**Sinistro:** 3180011368

**Vítima:** DOUGLAS JOSE NASCIMENTO

**Data do Acidente:** 02/10/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** RAIMUNDO NONATO SILVA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180011368** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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**

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

**Aos Cuidados de:** DOUGLAS JOSE NASCIMENTO

**Sinistro:** 3180011368

**Vítima:** DOUGLAS JOSE NASCIMENTO

**Data do Acidente:** 02/10/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** RAIMUNDO NONATO SILVA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180011368** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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**





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 do 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

Nome completo da vítima

044.160.762.40

*Douglas José Nascimento*

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

Nome completo <i>Douglas José Nascimento</i>	CPF titular da conta <i>044.160.762.40</i>	Profissão <i>Recurso</i>
Enderéco <i>Rua Aldebaran</i>	Número <i>399</i>	Complemento <i>casa</i>
Barro <i>Jardim Primavera</i>	Cidade <i>Boca Vista</i>	Estado <i>RR</i>
Email	CEP <i>69.314-192</i>	Telefone (DDD) <i>(65) 991144021</i>

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 checked="" 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
NRO. *5076* D/V *8* CONTA  
NRO. *6910* D/V *8*

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
Nome *Itaú* NRO. *110011*

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Informar dígito se existir) (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.

*Boca Vista* de *Dezembro* de *2017*  
Local e Data

*Douglas José Nascimento*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Nome do(a) Examinado(a): DOUGLAS JOSE NASCIMENTO**

**Endereço do(a) Examinado(a): RUA ALDEBARÃ, 399 - BOA VISTA/RR -  
CEP 69314-192**

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 472654-5 - SSP-RR -  
25/02/2014**

**Data e Local do Exame : 09/02/2018 AVENIDA SYLVIO LOFEGO BOTELHO,  
565 - BOA VISTA/RR**

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame  
físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)**

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO

Exame Físico: PSEUDOATROSE DO TORNOZELO E + LIMITAÇÃO DOS  
MOVIMENTOS ARTICULARES DIMINUIÇÃO DA FORÇA MOTORA DE  
SUSTENTAÇÃO + EDEMA CRONICO NO TORNOZELO E PÉ E

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que  
tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de  
sinistro que indicou esta avaliação?  Sim  Não

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as  
lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim  
de Atendimento Médico?  Sim  Não

**II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados,  
a data da alta e os resultados, incluindo complicações**

VITIMA FEZ TRATAMENTO CIRURGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACAS E  
PARAFUSOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIA E RECEBEU ALTA EM DEZEMBRO  
DE 2017

**III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à  
qualquer medida terapêutica)?  Sim  Não**

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial  
informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que  
sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MIE DECORRENTE DE PSEUDOATROSE DO TORNOZELO E + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DIMINUIÇÃO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + EDEMA CRONICO NO TORNOZELO E PÉ E

**IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

( ) “Exame não permite conclusão”

**b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

Membro Inferior Esquerdo

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico – assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).**

( ) Total = “100% da IS”

**V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.**



---

REGINA CLAUDIA REBOUÇAS MENDES ALHO CRM : 1032 / UF :RR

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180011368      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DOUGLAS JOSE NASCIMENTO      **Data do acidente:** 02/10/2017      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de tornozelo esquerdo

**Descrição do exame** Bloqueio articular de tornozelo e pé esquerdo, acarretando perda parcial da amplitude do movimento de membro  
**médico pericial:** inferior esquerdo

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico da fratura, não realizou tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em dezembro de 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

**Sequelas permanentes:** Incapacidade funcional moderada de membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 09/02/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais de membro inferior esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

**Médico examinador:** Regina Alho

**CRM do médico:** 1032

**UF do CRM do médico:** RR

## 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** MARIO PEREZ GIMENEZ

**CRM do médico:** 45442

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

