

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190099409

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FABIO FERNANDES ALVES

Data do acidente: 13/10/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS EM PÉ DIREITO , METATARSOS 3,4,5 E CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA NO PÉ DIREITO, DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS , MARCHA CLAUDICANTE E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR NO REFERIDO PÉ. NA CLAVÍCULA ESQUERDA APRESENTA TUMEFACÇÃO DO CALO ÓSSEO, EDEMA E DOR RESIDUAL.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO OMBRO ESQUERDO E PÉ DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/02/2019

Conduta mantida:

Observações: na documentação em apenso não existe informação quanto ao trauma do membro superior relacionado a esse sinistro.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190099409 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO FERNANDES ALVES **Data do acidente:** 13/10/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS EM PÉ DIREITO , METATARSOS 3,4,5 E CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA NO PÉ DIREITO, DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS , MARCHA CLAUDICANTE E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR NO REFERIDO PÉ. NA CLAVÍCULA ESQUERDA APRESENTA TUMEFACÃO DO CALO ÓSSEO, EDEMA E DOR RESIDUAL.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO OMBRO ESQUERDO E PÉ DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/02/2019

Conduta mantida:

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			15 %	R\$ 2.025,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190099409

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FABIO FERNANDES ALVES

Data do acidente: 13/10/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS EM PÉ DIREITO , METATARSOS 3,4,5 E CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA NO PÉ DIREITO, DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS , MARCHA CLAUDICANTE E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR NO REFERIDO PÉ. NA CLAVÍCULA ESQUERDA APRESENTA TUMEFACÇÃO DO CALO ÓSSEO, EDEMA E DOR RESIDUAL.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO OMBRO ESQUERDO E PÉ DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/02/2019

Conduta mantida:

Observações: na documentação em apenso não existe informação quanto ao trauma do membro superior relacionado a esse sinistro.

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190099409

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FABIO FERNANDES ALVES

Data do acidente: 13/10/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.
FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190099409

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FABIO FERNANDES ALVES

Data do acidente: 13/10/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE OMBRO ESQUERDO.
FRATURA DO 5º METACARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 3 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO FERNANDES ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 000000157337-0

Nr. da Autenticação A66511018A878AD9

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 009.249.954-64 Nome completo da vítima: Fabio Fernandes Alves
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Fabio Fernandes Alves CPF: 009.249.954-64
Profissão: Auxiliar de Remessa Endereço: Melo Franco Número: 1342 Complemento: 2052
Bairro: Santo Antonio Cidade: Matozinhos Estado: RN CEP: 59611-090
E-mail: Não Possui Tel. (DDD): (84) 99827-0066

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0560 CONTA: 157-337
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG TERRA DO SAL
DATA: 27/11/2018
TERMINAL: 30641015
HORA: 16:27:08
CONTROLE: 306410150589

DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0560.013.00157337-0
NOME: FABIO FERNANDES ALVES

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE:
NÚMERO DE CONTROLE:

3094245589
331140863

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

RECEBIDO
12 JUL 2018
TERMINAL 30641015
E CONTROLE 306410150589

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190099409
Nome do(a) Examinado(a): Fabio Fernandes Alves
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Melo Franco, 1372
Santo Antonio Mossoro RN CEP: 59611-090
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 2011609
Data local do acidente: [13/10/2018]
Data local do exame: [18/02/2019] Jucurutu [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURAS EM PÉ DIREITO , METATARSOS 3,4,5 E CLAVÍCULA ESQUERDA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR, COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO PÉ DIREITO DURANTE 45 DIAS E TIPOIA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO POR 30 DIAS. EVOLUIU COM DÉFICIT FUNCIONAL PE DIREITO E OMBRO ESQUERDO.
Data da Alta: 28/10/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA NO PÉ DIREITO, DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS , MARCHA CLAUDICANTE E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR NO REFERIDO PÉ. NA CLAVÍCULA ESQUERDA APRESENTA TUMEFACÃO DO CALO ÓSSEO, EDEMA E DOR RESIDUAL.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DOR RESIDUAL NO OMBRO ESQUERDO
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE NO PÉ DIREITO**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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 (*).

() "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)

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

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Esquerdo

% do dano: (X) 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Direito

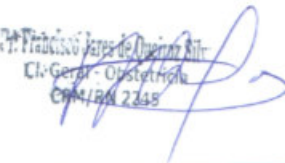
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Francisco J. de Oliveira Júnior
Cl. Geral - Obstetrícia
CRM/RN 22445

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190099409
Nome do(a) Examinado(a): Fabio Fernandes Alves
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Melo Franco, 1372
Santo Antonio Mossoro RN CEP: 59611-090
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 2011609
Data local do acidente: [13/10/2018]
Data local do exame: [18/02/2019] Jucurutu [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURAS EM PÉ DIREITO , METATARSOS 3,4,5 E CLAVÍCULA ESQUERDA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR, COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NO PÉ DIREITO DURANTE 45 DIAS E TIPOIA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO POR 30 DIAS. EVOLUIU COM DÉFICIT FUNCIONAL PE DIREITO E OMBRO ESQUERDO.
Data da Alta: 28/10/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA NO PÉ DIREITO, DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS , MARCHA CLAUDICANTE E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR NO REFERIDO PÉ. NA CLAVÍCULA ESQUERDA APRESENTA TUMEFACÃO DO CALO ÓSSEO, EDEMA E DOR RESIDUAL.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DOR RESIDUAL NO OMBRO ESQUERDO
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE NO PÉ DIREITO**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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 (*).

() "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)

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

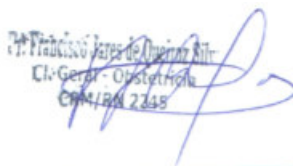
PÉ - Lado Direito

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Francisco J. de Oliveira Júnior
Cl. Geral - Obstetrícia
CRM/RN 22445