

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma lácero contuso no calcâneo, face plantar e lateral do pé direito

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz cirúrgica irregular. Limitação moderada dos movimentos de flexão do 5º pododáctilo e leve de flexão plantar

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com reparação de partes moles. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em janeiro de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Perda parcial da mobilidade do pé direito causada pela lesão tendinosa

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/02/2018

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 do pé direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador

Médico examinador: Greive Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

06/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01781-7

CONTA: 000000013477-5

Nr. Autenticação

BRDESCO0602201805000000000023701781000000013477168750 PAGO



Nº DO CLIENTE
4595249-3
Para adquirir seu atendimento, ligue 800 00 0000
sempre que estiver em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética de Ceará
Rua Pedro Vitorino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza, CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CEF 08.106.898-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B (SÉRIE 9-4) IV 493475317
Rota 11 25060 02 013500 - 0 Data de Emissão 18/09/2017
Nome MARIA NEUMA ALVES DA SILVA
End. Postal: RU PDE JOAQUIM DE MENEZES 02429
CENTRO - LIM: DO NORTE - 62930000
Medidor 1051817 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA
RG/CPF/CNPJ 581564293-20 Etor da Potência 0,00
CGF
Nome do Responsável

DATAS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO CONSUMO	
Mês da Referência	Data da Apresentação	Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.	
Set/2017	18/09/2017	19/10/2017	Conjunto LIMELRO DO NORTE	

ÍNDICE			Fator de Correção			Apuração Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Adesão	Valor de Importo	Mensal	Trin.	Anual	Mensal	Trin.	Anual
201,95	27,004	54,52	5,19	16,08	20,77	0,00	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC			DMIC		
CSG: 8160,5409,8478,8700,0375,5090,8478			3,30	6,50	13,20	0,00	0,00	0,00
			2,30			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Let. Atual	Let. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)
1918	1548	1,00	270	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
18/09/17	18/08/17	91,0168	270						

DESCRIÇÃO		VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES		158,74
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV. CONFAZ 079		11,67
QUOTA PARCELAMENTO 2/6		80,89
MULTA MORATORIA REF 08/2017		2,97
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL		29,50
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA		2,59
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 7,89)		

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
17 NOV. 2017
ENTRADA

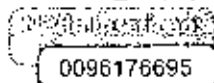
VENCIMENTO 25/09/2017 **TOTAL A PAGAR** 286,16

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO	
Energia	54,92		
Transmissão	5,08		
Distribuição	95,07		
Energia Solar (Luz)	12,42		
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	55,61		
TOTAL	173,10		

CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissão kg (CO₂) Compensação kg (CO₂)

120,15	0,00
--------	------

Consumo de Energia Elétrica (kWh) 286,16

**Cagece****GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Infraestrutura**2º Via****DADOS DO CLIENTE**Nome: **FABIO DE SOUSA ARÁUJO**End. Leitura: **AV GOV RAUL BARDOSA, 1114, PLANALTO DA BELA VISTA**Cidade: **RUSSAS**CEP: **62.600-000**

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: **752**Setor: **003**
Subsetor:Quadra: **0208**
Subquadra:Lote: **0435**Comp: **0003****ECONOMIAS**Residencial: **001**Comercial: **000**Industrial: **000**Pública: **000****INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO**

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen	Média Semestral (m³)
AGUA	A11N329011	288	297	4	3

DATASLeitura Atual: **04/11/2017**Emissão: **09/11/2017**Lacre Água: **999741**Leitura Anterior: **04/10/2017**Próxima Leitura: **04/12/2017**

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE À: 08/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Cópias/l	048	048	010	048	048
Analisadas	040	048	048	048	048
Em conformidade	048	043	023	047	048

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	25,10	Mes/Ano		
ESGOTO	18,48	NOV/2016	5	4
MULTA DE 2%	0,73	DEZ/2016	6	4
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,20	JAN/2017	5	4
		FEV/2017	7	5
		MAR/2017	6	4
		ABR/2017	5	4
		MAY/2017	5	4
		JUN/2017	3	2
		JUL/2017	5	4
		AGO/2017	2	1
		SE-1/2017	4	3
		OUT/2017	3	2

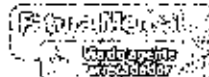
TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Valor (R\$)
PIS	0,40	Descrição	
CÓFINS	2,03	VALOR DO SERVIÇO	69,29
		VALOR DO SUBSÍDIO	26,77
		VALOR TOTAL A PAGAR	42,57

MES/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
11/2017	01/12/2017	42,57



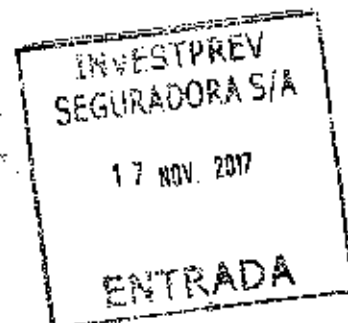
É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: **0800 275 30195**, nos dias de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece **3101.1918**, de 8h às 17h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 135 Site da ARCE www.arce.ce.gov.brEntidades Reguladoras: Fortaleza, **ARCE** - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará **0800 275 30195**.**Cagece****GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Infraestrutura**DADOS DO CLIENTE**Inscrição: **0096176695** Código de Responsável:Mes/Ano: **11/2017**Local: **752**Setor: **3**
Subsetor:Quadra: **0208**
Subquadra:Lote: **0435**Comp: **0003**Cidade: **RUSSAS**Vencimento: **01/12/2017**Total (R\$): **42,57**

82610000000-7 42570009000-3 09617669501-1 02001831025-8



EMISSION: ATENDIMENTO VIRTUAL 09/11/2017 01:56:06



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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal. A respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

17 NOV. 2017

ENTRADA

Pelo exposto, eu Fabio de Sousa Araújo inscrito (a) no CPF 660.314.203 / 27 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Raimundo Nonato da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.260.792/20 do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Raimundo Nonato da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.260.792/20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Gen. Raul Barbosa</u>	Número <u>1114</u>	Complemento <u>sema</u>
Bairro <u>Planaltina Bela Vista</u>	Cidade <u>Renas</u>	CEP <u>62900-000</u>
Email <u>pfersonalmy@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD) <u>(88) 999276677</u>	Telefone celular (DDD) <u>(88) 9.8886.4675</u>

Renas 16 de Outubro de 17
Local e Data

Fabio de Sousa Araújo
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria de Fátima de Oliveira Moura,
RG nº 2005098043104, data de expedição 08/06/2005
Órgão SSPDS-PE, portador do CPF nº 600.847.463-40, com
domicílio na cidade de Jamunaro do Norte, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Maria Dias, nº 230,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Raimundo Nonato da Silva cujo o condutor era
Raimundo Nonato da Silva.

Veículo: CICLOMOTOR

Modelo: XY 50-Q PHOENIX

Ano: 2011/2012

Placa: —

Chassi: LXYXCBL04C0516328

Data do Acidente: 12/07/2017

Local e Data: Jamunaro do Norte/PE, 02/10/2017

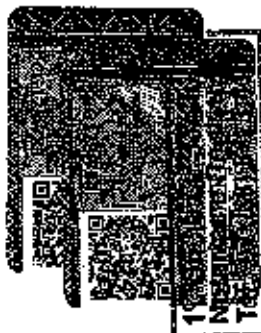


Maria de Fátima de Oliveira Moura
Assinatura do Declarante



Raimundo Nonato da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Reconheço por autenticidade a(s) firma(s)

Maria de Fátima de Oliveira Moura
Raimundo Nonato da Silva

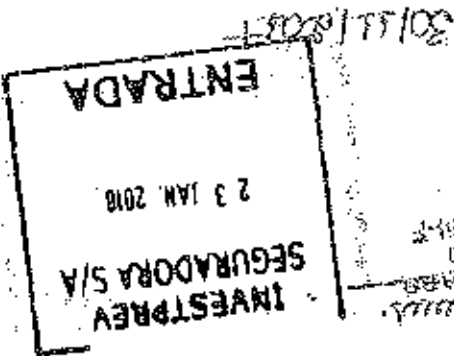
Raimundo Nonato da Silva Dou Fé.
Em 02 de Outubro de 2017 em Jamunaro do Norte/PE

[Assinatura]

Escrevente Autorizada
Cleyza Lopes Nogueira - Escrevente
Cleyza Lopes Nogueira - Escrevente

VÁLIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE

- ⑦ Anti tetanus b.v.
- ⑧ Puskesmas dip. 7 & 1
- ⑨ OKRILAS 20 62



30/11/2017
Fotografia
CARTÃO 141617

Foram realizadas visitas de campo, visando a coleta de amostras de água e sedimento, bem como a observação das condições ambientais e a identificação das fontes de contaminação. Durante as visitas, foram coletadas amostras de água e sedimento em pontos estratégicos da área de estudo, bem como foram observadas as condições ambientais e a identificação das fontes de contaminação. Os resultados das análises das amostras coletadas serão apresentados em relatório separado.

Medição





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ALTON RIBEIRO DE SOUZA

Carteira de Identidade

RAIMUNDO NONATO DA SILVA

CARTeira DE IDENTIDADE 5

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
060.260.792-20

Nome
RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Nascimento
25/01/1951

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2087269869 - 6

DATA DE EXPEDIÇÃO: 10/03/2009

NOME: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

FILIAÇÃO: ALBERTO SOARES DA SILVA

ROSA SOARES DA SILVA

NATURALIDADE: LINHEDO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO: 25/01/1951

DOC ORIGEM: CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 3.591. FOLHA: 0261 - V

LIVRO: 8 16 - LINHEDO DO NORTE - CE

P. 1 136

4.614.973.16 DE 29/06/03

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

17 NOV. 2017

ENTRADA

Documentos de identificação
0012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITADO	
VALÇA EM TODOS O TERRITÓRIOS NACIONAIS 959223147	NOME: FABIO DE SOUSA ARAUJO
	DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFICADOR: 98097155217 SSP CE
	CPF: 650.814.203-87 DATA RECEBIMENTO: 29/08/1981
	FILIAÇÃO: JESUS CARVALHO DE ARAUJO MARIA DE FATIMA DE SOUSA ARAUJO
	PERMISSÃO: ACC CAHAB AD
	Nº REGISTRO: 02093305632
	VALIDADE: 26/06/2019
	1ª EMISSÃO: 25/11/2001
OBSERVAÇÕES: SEM OBSERVAÇÃO	
Assinatura de Fabio de Sousa Araujo	
LOCAL: MORADA NOVA, CE	
DATA EMISSÃO: 03/07/2014	
38602852656 08142522716	
PROIBIDO PLACAR 959223147	

INVESTPREV
 SEGURADORA S/A
 17 NOV 2017
 ENTRADA

DECLARAÇÃO DE AUTENTICAÇÃO DE DADOS EXTRA (EXCERTE) DE PRODUTOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INSCRITA AO LADO		NF-e Nº 000.000.434 Série 1
DATA DE EMISSÃO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO EMISSOR	

IAGUARIBE COMERCIO DE MOTOS LT

RUA JAIME LEONEL CHAVES Nº 78 -
CENTRO - LIMOEIRO DO NORTE-CE
CEP 62930-000
FONE (85) 34231400

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica

0-ENTRADA 1
1-SAÍDA

Nº 000.000.434

SÉRIE 1

FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

1311 8712 8404 4100 6127 5900 0004 3417 3336 8857

Consulte de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz estadual

PRODUÇÃO DE AUTENTICAÇÃO DE NF-e

123110030610361 13/07/2011 10:40:18

ATIVIDADE OPERAÇÃO

VEÍCULO NOVO DE

REGISTRO ESTADUAL

64161903

REC. EXATIDÃO, NÚMERO, IDENTIFICAÇÃO

CEP

12.548.441/0001-27



0020

ESTIMATÓRIO DE PREÇOS

DESCRIÇÃO SOCIAL

MARIA DO FATIMA DE OLIVEIRA MOURA

CNPJ

600.847.763-40

DATA DE EMISSÃO

19/07/2011

NOME

TIO MARIA DIAS 230

ENDEREÇO

ZONA RURAL

CEP

62930-000

DATA DA SAÍDA / ENTRADA

CIDADE

IMOEIRO DO NORTE

UF

CE

REGIÃO ESTADUAL

SENTO

VALOR DA SAÍDA / ENTRADA

LITURAS DUPLICATAS

AGAMENTO À VISTA

CULO DO IMPOSTO

VALOR DE CÁLCULO DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

VALOR DO CÁLCULO DO ICMS DESEMPENHO

0,00

VALOR DO ICMS DESEMPENHO

0,00

VALOR TOTAL DOS IMPOSTOS

3.200,00

VALOR DO ICMS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

IMPOSTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO ICMS

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

3.200,00

TRANSPORTADOR/VOLÚMES TRANSPORTADOS

DESCRIÇÃO SOCIAL

CNPJ

CNPJ

FINES POR CONTA

0-IMPOSTO

CÓDIGO ANT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ

CNPJ

CNPJ

REGIÃO

SENTO

REGIÃO ESTADUAL

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

LAJOS

DOS ADICIONAIS

CONDIÇÕES COMERCIAIS

ESTO RETIRO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA DE ACORDO DECISO Nº 2001.

ED: VI-151 PRE-VENDA: 204 VENDEDOR: MARY FORMA PUTO: A VITA VEÍCULOS

LAJOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO EMU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE,
O VEÍCULO ACIMA FOI VENDIDO, SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALTERAÇÃO FISCAL.

RESERVA ADICIONAL

INVESTIMENTOS
SEGUROGRASIA
17 NOV. 2017
ENTRADA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PE DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: APRESENTAR PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO.

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:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE PE DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PE DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: APRESENTAR PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO.

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:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma lácero contuso no calcâneo, face plantar e lateral do pé direito

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz cirúrgica irregular. Limitação moderada dos movimentos de flexão do 5º pododáctilo e leve de flexão plantar

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com reparação de partes moles. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em janeiro de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Perda parcial da mobilidade do pé direito causada pela lesão tendinosa

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/02/2018

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 do pé direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador

Médico examinador: Greive Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma lácero contuso no calcâneo, face plantar e lateral do pé direito

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz cirúrgica irregular. Limitação moderada dos movimentos de flexão do 5º pododáctilo e leve de flexão plantar

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com reparação de partes moles. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em janeiro de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Perda parcial da mobilidade do pé direito causada pela lesão tendinosa

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/02/2018

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 do pé direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador

Médico examinador: Greive Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

**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): RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): R PE JOAQUIM DE MENEZES, 2429 - 2429 -
LIMOEIRO DO NORTE/CE - CEP 62930-000
Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 20072698696 - SSP -
10/03/2009
Data e Local do Exame : 01/02/2018 RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA,
1280 - FORTALEZA/CE

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:

TRAUMA LÁCERO-CONTUSO EXTENSO NO CALCÂNEO, NA FACE PLANTAR E LATERAL DO PÉ DIREITO

Exame Físico:

CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR, LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DE FLEXÃO DO 5º PODODÁCTILO, LIMITAÇÃO LEVE DE LIMITAÇÃO DE FLEXÃO PLANTAR

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? [X] 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? [X] Sim [] Não

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

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO LESÃO NO PÉ. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E REPARAÇÃO CIRÚRGICA DE PARTES MOLES. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA (20SS). ALTA DEFINITIVA EM JAN/2018.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [X] 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.
PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO PÉ PELA LESÃO TENDINOSA

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

PÉ DIREITO

% do Dano () 10% residual (X) 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

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.



Dr. Greive Freitas Cavalcante
- Médico - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170617627

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Data do Acidente: 12/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIO DE SOUSA ARAUJO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170617627**.

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 12011013



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Nº Sinistro: 3170617627
Vitima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Data do Acidente: 12/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FABIO DE SOUSA ARAUJO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170617627**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, 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, 08 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12358964

A/C: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170617627
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Data do Acidente: 12/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FABIO DE SOUSA ARAUJO

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: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000001781-7**

Conta: **0000013477-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

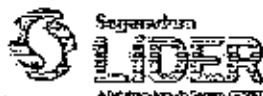
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM C
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (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 cadastrada e ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/ressolvo.

É obrigatória 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").

**INVESTPREV
SEGURODPVAT S/A**

17 NOV. 2017

ENTRADA

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

060.260.792-20

Raimundo Manoel da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Raimundo Manoel da Silva</u>	CPF titular da conta <u>060.260.792-20</u>	Profissão <u>Agricultor</u>
Endereço <u>Rua Pds. Joaquim de Menezes</u>	Número <u>2429</u>	Complemento <u>casa</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Aracaju do Norte</u>	CEP <u>62930-000</u>
Email <u>raimundomanoel@hotmail.com</u>	Estado <u>CE</u>	Telefone (DDD) <u>889.99276677</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ CONTA FORNECEDOR (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (101) ☐ ITAÚ (341)
☐ CADA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NÚMERO DV
 (Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

BANCO
NOME BraDESCO NÚMERO 237
 AGÊNCIA
NÚMERO 1381 DV 7 COBEX
NÚMERO 13477 DV 5
 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

Raimundo Manoel da Silva, 26 de Outubro de 2017

Local e Data

Raimundo Manoel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE



046405

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 2851 / 2017

Dados da Ocorrência



Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/09/2017 09:29:14**
Data / Hora da Ocorrência: **12/07/2017 10:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA INACIO MENDES**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**
Nascimento: **25/01/1951** CPF: **060.260.792-20**
RG: **2007269869-6** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ROSA SOARES DA SILVA**
ALBERTO SOARES DA SILVA
Endereço: **RUA PADRE JOAQUIM DE MENEZES, 2429**
Bairro: **CENTRO**
Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 8917-4604**

Histórico

O DECLARANTE INFORMA QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE E QUE NÃO É HABILITADO; QUE ESTAVA CONDUZINDO O CICLOMOTOR (XY 50-Q PHOENIX SHINERAY, COR VERMELHA, SEM PLACA, ANO FAB 2011 ANO MOD 2012, CHASSI LXXXCBL04C0516328, RENAVAN 030717, MOTOR 1P39FMBCA056531, REGISTRADO EM NOME DE RAIMUNDO NONATO DA SILVA) PELA RUA INACIO MENDES, CENTRO DE LIMOEIRO DO NORTE, NO DIA 12/07/2017, QUANDO UMA MOTO DIRIGIDA POR UMA PESSOA DESCONHECIDA ATINGIU A LATERAL DO CICLOMOTOR DO DECLARANTE, OCASIÃO EM QUE ESTE CAIU E APAGOU EM DECORRÊNCIA DA BATIDA; QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE, O OUTRO MOTORISTA EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; QUE O SAMU FOI ACIONADO, TENDO ATENDIDO O DECLARANTE NO LOCAL E LEVADO O MESMO PARA O HOSPITAL DEOCLECIO LIMA VERDE DE LIMOEIRO DO NORTE, DANDO ENTRADA ÀS 11h:48min DO DIA 12/07/2017; QUE O DECLARANTE SOFREU LESÕES NO PÉ.

INVESTPREV
SEGURADORA S/A
17 NOV. 2017
ENTRADA

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:
JOSÉ MARCOS MOURA DE OLIVEIRA - MAT.: 30100719

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):
BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



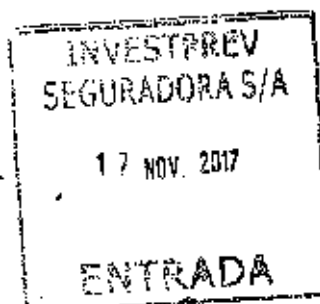
Eu, Raimundo Nonato da Silva, portador da carteira de identidade nº 2003269869-6 é inscrito no CPF/MF sob o nº 060.260.792-20 residente e domiciliado na Rua Rde. Gasparino de Menezes, 2429 - Centro Cidade Limoeiro do Norte, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar 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.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Rimias/Ce, 02 de Outubro de 2017.

Local e data



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



SAMU
192
CEARÁ

CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**, portador do RG 2007269869-6 e inscrito no CPF 060.260.792-20, no dia 12/07/2017, às 11h28, no município de Limoeiro do Norte/CE, na rua Inácio Mendes, no bairro Centro, vítima de queda de moto, sendo encaminhado para o Hospital Municipal de Limoeiro do Norte. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 04 de Setembro de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



**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): RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R PE JOAQUIM DE MENEZES, 2429 - 2429 - LIMOEIRO DO NORTE/CE - CEP 62930-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 20072698696 - SSP - 10/03/2009

Data e Local do Exame : 01/02/2018 RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA, 1280 - FORTALEZA/CE

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:

TRAUMA LÁCERO-CONTUSO EXTENSO NO CALCÂNEO, NA FACE PLANTAR E LATERAL DO PÉ DIREITO

Exame Físico:

CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR, LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DE FLEXÃO DO 5º PODODÁCTILO, LIMITAÇÃO LEVE DE LIMITAÇÃO DE FLEXÃO PLANTAR

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? [X] 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? [X] Sim [] Não

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

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO LESÃO NO PÉ. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E REPARAÇÃO CIRÚRGICA DE PARTES MOLES. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA (20SS). ALTA DEFINITIVA EM JAN/2018.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [X] 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.
PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO PÉ PELA LESÃO TENDINOSA

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

PÉ DIREITO

% do Dano () 10% residual (X) 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

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.



Dr. Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170617627

Vitima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Data do Acidente: 12/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIO DE SOUSA ARAUJO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170617627**.

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 12011013



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Nº Sinistro: 3170617627
Vitima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Data do Acidente: 12/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FABIO DE SOUSA ARAUJO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170617627**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Investprev Seguradora S/A**, 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, 08 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12358964

A/C: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170617627
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Data do Acidente: 12/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FABIO DE SOUSA ARAUJO

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: **RAIMUNDO NONATO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000001781-7**

Conta: **0000013477-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
--	-----	-----------------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro - Crédito em Conta de Informações Cadastrais Pessoa Física - Circular SUSEP 445/12. Campos incluem: Informações para preenchimento, Dados do Receptor da Indenização, Faixa de Renda Mensal e Dados Bancários, e Assinaturas.

O krmuWrio 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 Repr^entante legan).

Número do Sinistro ou ASI: U%CL26.a.z
Tf da Vítima: fictns corrptlsto da viSrna
Assinatura: ^^i&ida:uy.:i3A:doÁy:Ú:éS^

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Uô& 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.

IMKÃ BE gmA KBmLE mBm MKCÃmm

- ^ RccUão INKmáAR
- SEMRENDA
- ATÉRS 1.afO,00
- RS 1X101,00 ATiRS 3iffo,00
- RS 3.0)1,00 ATÉ RS S.000.00
- RS S.001,00 ATÉRS 7.000.00
- RS 7.001,00 ATÉRS 10,000,00
- AOMA DE RS 10.000,00

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Uô& a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na refeída agência e conta, efetivado o orédiisD, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Dedaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a coberttJFa securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Uô& a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na refeída agência e conta, efetivado o orédiisD, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

^jyy^/mjGy . M> de fò.l^:ihx? de A ?/^
ijccsl c ttela

CX/Lt iAyALy%yiyys.y^/.. jo^/^^yZ^
Campo 1 - Assinatura cto BensAdámo

0^
Campa 2 - Assinatura do RepTE^mante L c ^t



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 491 - 2851 / 2017
Dados da Ocorrência

046405

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **28/09/2017 09:29:14**
 Data / Hora da Ocorrência: **12/07/2017 10:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA INACIO MENDES**
 Complemento: **_____**
 Bairro: **CENTRO** Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
 Ponto de Referência: **_____**

Nome: RAIMUNDO NONATO DA SILVA		Dados da(s) Vítima(s)	
Nascimento: 25/01/1951		CPF: 060.260.792-20	
RG: 2097259-5		O: 6850 Emissor: SSPDS UF: CE	
Filiação: ROSA SOARES DA SILVA			
ALBERTO SOARES DA SILVA			
Endereço: RUA PADRE JOAQUIM DE MENEZES, 2429			
Bairro: CENTRO			
Município: LIMOEIRO DO NORTE/CE		CEP:	
País: BRASIL		Telefone: (88) 9917-4604	

O DECLARANTE INFORMA QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE E QUE NÃO SE HABILITADO, QUE ESTAVA CONDUZINDO O CICLOMOTOR (XY 50-0 HOBENB) SUBSTITUÍDO POR UM CAMIÃO DO TIPO 2014 ANO 2014, MOD. 2, CHASSI LX1XCBL04C0516328, RENAVAN 030717, MOTOR 1P39FMBCA056531, REGISTRADO EM NOME DE RAIMUNDO NONATO (DA ILVA) PECA RUA INACIO MENDES, CENTRO DE LIMOEIRO DO NORTE, NO DIA 12/07/2017. O OUTRO MOTORISTA, QUE ESTAVA CONDUZINDO UM CARRO DESCONHECIDA, ATINGIU A LATERAL DO CICLOMOTOR DO DECLARANTE, OCASIAO EM QUE ESTE CAIU E APAGOU EM DECORRÊNCIA DA BATIDA; QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE, O OUTRO MOTORISTA EVADIU-SE DO LOCAL DO ACIDENTE, QUE NÃO SE LEMBRA DO NOME DO MESMO, MAS QUE O DECLARANTE NO LOCAL LEVADO O MESMO PARA O HOSPITAL DEOCLECIO LIMA VERDE DE LIMOEIRO DO NORTE, DANDO ENTRADA AS 11h:48min DO DIA 12/07/2017; QUE O DECLARANTE SOFREU LESÕES NO PE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: JOSE MARCOS MOURA DE OLIVEIRA - MAT.: 30100719
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: BRUNO ANTONIO DA SILVA VARELA - MAT.: 19837319
VISTO DO DELEGADO(A): BRUNO ANTONIO DA SILVA VARELA - MAT.: 19837319

DELEGACIA MUNICIPAL DE LEGISLAÇÃO DO NORTE

Pàg. 1 de 1

RG, 2007/270327/M Orgão Emissor: DO UF: CE
Filiação: ROSA SOARES DA SILVA
ALBERTO SOARES DA SILVA
Endereço: RUA PADRE JOAQUIM DE MENEES,
Bairro: CENTRO
Município: LSMOEIRO DO MORTE/CE CEP:
Pais: BRASIL Telefone: @#17-4ê04

$$Hl^{ríc}Q$$

1 HV£5T ^ 1

O DECLARANTE INFORMA QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE E QUE NÃO FOI USANDO CASCA
HABILITADO; QUE ESTAVA CONDUZINDO O CICLOMOTOR (XY 5Q-Q PHOENIX
SHINIRAY, COR VERMELHA, COM PLACA ANO FAB 1 Q H ANO MOB 2^12, \ 7 nov 2017
CHASSI LXYXCBL04C0515328, RENAVAL 030717, PLOTJOR
1P39FMBCA056531, REGISTRADO EM NOME DE RAIMUNDO NONATO DA
SILVA) PELA RUA INACIO MENDES. CENTRO DE URBANIZAÇÃO DO NORTE, NQ BLA Ar.vrp^anA
12/07/2017. QUANDO UMA MOTO DIRIGIDA POR UMA PESSOA
DESCONHECIDA ATINGIU A LATERAL DO CICLOMOTOR DO DECLARANTE,
OCASIÃO EM QUE ESTE CAIU E APAGOU EM DECORRÊNCIA DA BATIDA; QUE
NO MOMENTO DO ACIDENTE. O OUTRO MOTORISTA EVADIU-SE DO LOCAL
SEM PRESTAR SOCORRO; QUE O SAMU FOI ACIONADO. TENDO ATENDIDO O
DECLARANTE NO LOCAL E LEVADO O MESMO PARA O HOSPITAL DEOCLECIO
LIMA VERDE DE LIMOEIRO DO NORTE. DANÇO ENTRADA ÀS 11:48min DO
DIA 12/07/2017; QUE O DECLARANTE SOFREU LESÕES NO PÉ.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNIOPAL DE UNOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO HEdSTIIa i
l&SiE m» MOURA DE OLIVEIIIA - MAT=: 30100719

RE&PON&AVEL PELA WFormMACÃO, X

VISTO DO DELEGADOJai i / y j
BRUNO AMTONiOV&S WZÃ VARELA = MAT.S 1S837319

OELEGACIA MUI%:IPAL CS L M ^ Ü O NOATE

Pág. < de i

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01781-7

CONTA: 000000013477-5

Nr. Autenticação

BRADESCO0602201805000000000023701781000000013477168750 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PE DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: APRESENTAR PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO.

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:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE PE DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PE DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: APRESENTAR PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO.

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:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170617627 **Cidade:** Limoeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma lácero contuso no calcâneo, face plantar e lateral do pé direito

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz cirúrgica irregular. Limitação moderada dos movimentos de flexão do 5 pododáctilo e leve de flexão plantar

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com reparação de partes moles. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em janeiro de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Perda parcial da mobilidade do pé direito causada pela lesão tendinosa

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/02/2018

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 do pé direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador

Médico examinador: Greive Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico: