



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO  
CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO  
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

**Dados Básicos**

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis  
Beviláqua  
Processo: 02853015120218060001  
Classe do Processo: Contestação  
Data/Hora: 21/01/2022 12:55:35

**Partes**

Solicitante: Seguradora Líder do  
Consórcio do Seguro DPVAT

**Documentos**

Petição: 2851390\_CONTESTACAO\_0  
1 - 1-9.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 1-9.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 10-18.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 19-20.pdf  
Documentação: 2851390\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_02 - 1-12.pdf  
Documentação: 2851390\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_02 - 13-23.pdf  
Documentação: 2851390\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_02 - 24-27.pdf  
Procuração/Substabeleciment  
o: SUBSTABELECIMENTO\_SU  
PERVISA0\_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter  
o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0097723/21

**Vítima:** JULIANE SOUSA DOS SANTOS

**CPF:** 012.475.293-47

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

**Data do acidente:** 25/12/2020

**Titular do CPF:** JULIANE SOUSA DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**JULIANE SOUSA DOS SANTOS : 012.475.293-47**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/04/2021  
Nome: JULIANE SOUSA DOS SANTOS  
CPF: 012.475.293-47

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2021  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

JULIANE SOUSA DOS SANTOS

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210117815

**Cidade:** Pacatuba

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JULIANE SOUSA DOS SANTOS

**Data do acidente:** 25/12/2020

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE QUINTO PODODACTILO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO E ALTA(11)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS EM QUINTO PODODACTILO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE QUINTO PODODACTILO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*AMD500\*

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

01

SISTEMA DE RECEPÇÃO HOSPITALAR  
ANAMINESE DE PACIENTE EXTERNO

DATA DO ATENDIMENTO: 25/12/2020 HORA: 09:10

PACIENTE:	JULIANE SOUSA DOS SANTOS		
DATA DE NASCIMENTO:	25/12/1984	CNS	704309598656998
MAE:	LUZIA SOUSA DOS SANTOS		
PAI:			
ENDEREÇO:	RUA 114	Nº	320 BAIRRO: TIMBO
MUNICÍPIO:	MARACANAU	TELEFONE:	(85)33824490
ATENDIMENTO PREFERENCIAL:	NÃO	RECEPCAO:	JEFERSON
ESPECIALIDADE:	TRAUMATOLOGIA		
MÉDICO:	DR-FACUNDO		
UNIDADE:	ABEMP		
CONVÊNIO:SUS	SUS		

RESUMO DE TRATAMENTO

*Acidente de moto*

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA  
 Nº 06.578.611/0001-06  
 MARACANAU 18.02.21

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS

03030910200

*Ver. de Trauma*  
*Tratamento de fratura com fixação externa*  
 DIAGNÓSTICO: *Fratura proximal do 5º pod. x*  
 PROCEDIMENTO: *Tratamento cirúrgico*  
 NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO: SIM  
 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE: *Fratura média do 4º pod. e*

ASS. DO MÉDICO RESPONSÁVEL: *José Facundo Neto*  
 Traumato - Ortopedista  
 CRM 4364

ASS: PACIENTE/RESPONSÁVEL: *Juliana clauda dos Santos*

*\* Transferido p/ Perambulador*

RUA JOÃO CONRADO, 363 - PAJUÇARA - MARACANAÚ-CE  
FONE: (85) 3215-3133 / 3215-3134 - CNPJ 06.587.611/0001-06

José Faci  
Traumato.  
CR

### Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda

Encaminhamos o paciente abaixo discriminado, à ABEMP HOSPITAL (referência municipal em traumatologia conforme decisão do Conselho Municipal de Saúde) para avaliação, conduta e transferência para outro nível (secundário ou terciário) se necessário.

**Obs.: A transferência é responsabilidade do hospital que é referência na especialidade.**

PACIENTE: Juliana Jorge da Silva  
IDADE: 31A  
SEXO: F

GLASGOW: 15  
PA: 130x80  
SAT O<sub>2</sub>: 98% A.O.  
PULSO: 80 bpm

#### DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO / MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

PACIENTE VITIMO DE COLISÃO MOTO X MOTO LI  
FRATURA DE FEMUR PROXIMAL

SOBRE AVULSÃO P/ TRAUMATOLOGIA

25/02/2020 10:20h

Ricardo Araújo  
Médico  
CRM 8923

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
CONFERE COM ORIGINAL  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA  
CNPJ 06.578.611/0001-06  
MARACANAÚ 18/02/2020





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# ABEMP

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

37  
Prof.

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2. CNES	
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE ABEMP- ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA		4. CNES 237215-0	

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE : JULIANE SOUSA DOS SANTOS			6. Nº DO PRONTUÁRIO	
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - SUS 704309598656998	8. DATA DE NASCIMENTO 24/12/1984	9. SEXO (1- MASCULINO/ 3-FEMININO) 1	3 FEMININO	
10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: LUZIA SOUSA DOS SANTOS			11. TELEFONE DE CONTATO (85)33824490	
12. ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO E BAIRRO) : RUA 114, NUMERO: 320 / TIMBÓ				
13. MUNICÍPIO: MARACANAÚ	14. IBGE 340	15. UF CE	16. CEP	

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVO DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Contusão - fratura do fêmur direito e incapacidade funcional</i>			
18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de cirurgia</i>			
19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Raios e exame físico</i>			
20. DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fract. exposta do fêmur direito</i>	CID 10		
21. PRINCIPAL	22. SECUNDÁRIO	23. CAUSAS ASSOCIADAS	

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Levante e amarração + redução</i>				25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26. IEM/CLÍNICA	27. CARACTER DA INTERNAÇÃO (1- ELETIVO/2- URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA EM HOSP. DE REFERÊNCIA)			
28. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>José Facundo N...</i>	30. CNS/CPF: <i>09.379763-8</i>		31. ASSINATURA E CARIMBO C/ CONSELHO <i>José Facundo N... CRM 4364</i>	
29. DATA <i>25/14/2009</i>	PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
32. ACOMENTE DE TRÁNSITO	33. CNPJ DA SEGURADORA	34. Nº DO BILHETE DO SEGURO	35. Nº DE SÉRIE DO BILHETE	
36. ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO ACIDENTE DE TRABALHO NO TRAJETO	38. CNPJ DA EMPRESA <i>ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE PAJUÇARA CNPJ 06.578.671/0001-09 MARACANAÚ</i>		39. CNAE DA EMPRESA	40. CBOR
41. CID PRINCIPAL	42. CID SECUNDÁRIO	43. NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
		43. LEVE	44. GRAVE	45. GRAVISSÍMA

## AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49. Nº DE SÉRIE DO BILHETE	
47. DATA	48. CNS/CPF:		
50. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER DO CONTROLE, AVALIAÇÃO/AUDITORIA.			51. Nº DE SÉRIE DO BILHETE
52. DATA	53. CNS/CPF:		
54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR- AIH	55. ORGÃO EMISSOR DA AIH		



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Solicitante Associação Beneficente Médica Pajuçara	CNES 2372150
Nome do Estabelecimento Executante Associação Beneficente Médica Pajuçara	CNES 2372150

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente JULIANE SOUSA DOS SANTOS	Cartão Gestante	Nome Social	Nº Prontuário 68547
Cartão Nacional de Saúde (CNS) 704309598656998	Data de Nascimento 24/12/1984	Sexo Masc <input type="checkbox"/> 1 Fem. <input checked="" type="checkbox"/> 3	Raça / Cor PARDA
Nome da Mãe LUZIA SOUSA DOS SANTOS	DDD	Telefone de Contato	
Nome do Responsável	DDD	Telefone de Contato	
Município de Nascimento FORTALEZA	UF CE	Nacionalidade BRASILEIRA	Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento) 114
Nº 20	Bairro TIMBÓ	Município de Residência MARACANAU	Código IBGE do Município 2307650
Ponto de Referência	Documento RG 2003010020956	UF CE	CEP 61936140
	<input type="checkbox"/> CPF <input checked="" type="checkbox"/> RG <input type="checkbox"/> R.Civil <input type="checkbox"/> PIS/PASEP <input type="checkbox"/> Ignorado		

## DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante	Nº Cons. Classe	CPF	Ass. e Carimbo do Diretor Clínico
--	-----------------	-----	-----------------------------------

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

*Fração de Sól. P.C.*

Condições que Justificam a Internação

*RALOT*

Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)

*exame*

Diagnóstico Inicial	CID 10 Principal 592	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas	Nº Notific. Compulsória
---------------------	-------------------------	-------------------	--------------------------	-------------------------

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado <i>curty</i>	Código do Procedimento Solicitado 040206065
Código do Caráter de Internação <input checked="" type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> Eletivo	Clinica TRAUMATOLOGIA
Equipamentos Requeridos para Internação	Leito Complementar ENF 3708060182

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do Profissional Solicitante JOSE FACUNDO NETO	Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 09137971387	Nº do Conselho de Classe 4904
Documento <input checked="" type="checkbox"/> CPF	Assinatura e Carimbo do Profis. Solicitante/Nº do Conselho de Classe	Data Desejada para Internação 25/12/2020

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE VIAGRENCIAS)

<input type="checkbox"/> AC DE TRÂNSITO	CNPJ da Seguradora	Número do Bilhete	Série
<input type="checkbox"/> ACID. TRAB/TÍPICO	CNPJ da Empresa	CNAE da Empresa	CBOR
<input type="checkbox"/> AC TRAB./TRAJETO			

Vínculo com a Previdência  Empregado  Empregador  Autônomo  Desempregado  Aposentado  Não Segurado

Nome do Profissional Autorizador	COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO CONFERE COM ORIGINAL ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA CNPJ 06 578 611 0001-06 (Espaço Reservado para Colar Etiqueta com Dados da Autorização)		
Documento <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS	Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador		
Data da Autorização / /	Código do Órgão Emissor M230765001		
Nº Registro Cons. de Classe	Ass. do Autorizador/Carimbo		

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
CONFERE COM ORIGINAL  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE RAJUCARA  
CNPJ 06.578.611/0001-06  
MARACANAU 12.02.21

Cirurgião <i>Dr. José Facundo Neto</i> Assinatura e Carimbo do Cirurgião	1º Auxiliar <i>Dr. José Facundo Neto</i> Assinatura e Carimbo do 1º Auxiliar
2º Auxiliar <i>Dr. José Facundo Neto</i> Assinatura e Carimbo do 2º Auxiliar	Assinatura e Carimbo do 3º Auxiliar <i>Dr. José Facundo Neto</i> Assinatura e Carimbo do 3º Auxiliar

*Juliana Sousa dos Santos*

1) Paciente em diálise crônica

2) Anestesia Antitúber

3) Anestesia Antitúber

4) Anestesia Antitúber

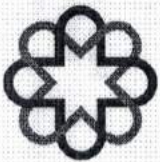
5) Anestesia Antitúber

6) Anestesia Antitúber

7) Anestesia Antitúber

Data: 25/12/2021  
 CRM 4364  
 Traumatista - Ortopedista  
 José Facundo Neto  
 Assinatura e carimbo do Anestesiologista

Relatório das anestesias que justificquem a longa duração da operação da anestesia a um maior consumo de material e medicamento.



HOSPITAL  
**DIONÍSIO LAPA**  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

Convênio: SIM/SUS - INAMPS  
Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracanaú/Ceará  
Fone: (85) 3215 3133

NOME DO PACIENTE	ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
Juliane Sousa dos Santos			
DATA E HORA	EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO		
29/12/12	<i>Op. de F. de ...</i>		
	<i>Juliane</i>		
	<i>Ala</i>		
	<p>Dr. Walter Candido de Oliveira Ortopedia - Traumatologia CRM. 7841</p> <p>Dr. Walter Candido de Oliveira Ortopedia - Traumatologia CRM. 7841</p> <p>COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO CONFERE COM ORIGINAL ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA CNPJ 06.578.611/0001-06 MARACANAÚ 12/12/12</p>		



NOME DO PACIENTE	ENF. OU APTO.	LEITO	PRONTUÁRIO
<p>Juliana Sousa dos Santos</p> <p>DATA E HORA</p> <p>25/08/20</p>	<p>EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO</p> <p><i>Operada em 25/08/2010</i></p> <p><i>Exame físico e parâmetros de</i></p> <p><i>4-2-5-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20</i></p> <p><i>Leitura da Otorrinolaringoscopia</i></p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p><b>José Facundo Neto</b>                      Traumatista - Ortopedista                      CRM 4364</p>		

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA  
 CNPJ 06.378.611/0001-06  
 MARACANAÚ 22/02/21

E



E



15.37.32

99.7%

Paciente: JULIANA SOUSA DOS SANTOS

HOSPITAL ABEMP

CONV.: SUS

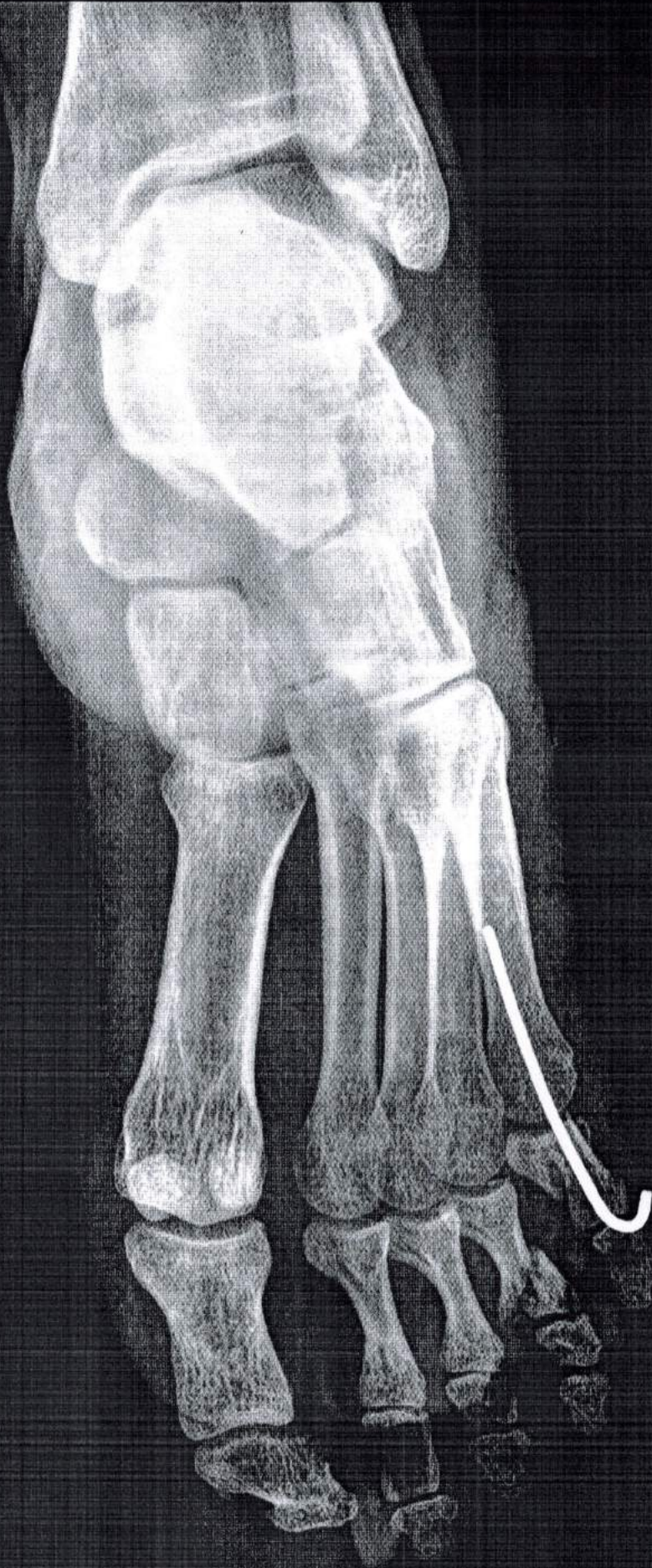
15.37.32

99.7%

24121984

DATA: 25/12/2020

Técnico: TR VERONICA



E

# TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS**, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, e seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
Fundo de Amparo ao Trabalhador.

Esta Carteira contém anotações numeradas



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

FIS/PASEP

133.52700.19-1

NÚMERO

4475677

SERIE

001-0

UF

CE

Juliana Sausa dos Santos.

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



NOME: JULIANE SOUSA DOS SANTOS

LOC. DE NASC.: FORTALEZA - CE

24/12/1984  
NASCIMENTO

FILIAÇÃO: LUZIA SOUSA DOS SANTOS

DOC. APRESENTADO: RG 2003010020956 SSP CE

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

RG: 2003010020956

LOCAL DA EMISSÃO: P.M.M

EMISSÃO: 11/02/2003

*Carlos Pimentel de Mattos Junior*

ASSINATURA DO EMISSOR

BRASILEIRO

QUALIFICAÇÃO CIVIL

02

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

02

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

PARA

DOCUMENTO

MOFOTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOFOTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOFOTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

MOFOTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

L E G I S L A Ç Ã O

A - CASSAMENTO / C - EMPORRADO / E - RECONHECIMENTO DE PATRIARCADO / G - PAUTA DE NASCIMENTO  
B - SUPLENÇÃO / D - MODOLO / F - MUDANÇA DE LOCALIDADE

# TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS**, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, constitui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO  
FTE - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM FOLHAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

133.52700.19-1

NÚMERO

4475677

SERIE

001-0

UF

CE

Juliana Sousa dos Santos.

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



NOME: JULIANE SOUSA DOS SANTOS

LOC. DE NASC.: FORTALEZA - CE

24/12/1984  
NASCIMENTO

FILIAÇÃO: LUZIA SOUSA DOS SANTOS

DOC. APRESENTADO: RG 2003010020956 SSP CE

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

LEI Nº9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995.

RG: 2003010020956

LOCAL DA EMISSÃO: P.M.M

EMISSÃO: 11/02/2003

*Carlos Pimentel de Mattos Junior*

ASSINATURA DO EMISSOR

BRASILEIRO

QUALIFICAÇÃO CIVIL

02

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

02

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

PARA

DOCUMENTO

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

L E G I S L A Ç Ã O

A - CASAMENTO | C - EMPREGO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO  
B - SEPULCRO | D - MORADOR | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

**012.475.293-47**

Nome

**JULIANE SOUSA DOS SANTOS**

Nascimento

**24/12/1984**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210117815 **Cidade:** Pacatuba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIANE SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/12/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** E

**Resultados terapêuticos:** E

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*AMD500\*

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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



FILIADA A FEDERAÇÃO DAS MISERICÓRDIAS E ENTIDADES FILANTRÓPICAS DO CEARÁ

01

SISTEMA DE RECEPÇÃO HOSPITALAR  
ANAMINESE DE PACIENTE EXTERNO

DATA DO ATENDIMENTO: 25/12/2020 HORA: 09:10

PACIENTE:	JULIANE SOUSA DOS SANTOS		
DATA DE NASCIMENTO:	25/12/1984	CNS	704309598656998
MAE:	LUZIA SOUSA DOS SANTOS		
PAI:			
ENDEREÇO:	RUA 114	Nº	320 BAIRRO: TIMBO
MUNICÍPIO:	MARACANAU	TELEFONE:	(85)33824490
ATENDIMENTO PREFERENCIAL:	NÃO	RECEPCAO:	JEFERSON
ESPECIALIDADE:	TRAUMATOLOGIA		
MÉDICO:	DR-FACUNDO		
UNIDADE:	ABEMP		
CONVÊNIO:SUS	SUS		

RESUMO DE TRATAMENTO

*Acidente de moto*

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
 CONFERE COM ORIGINAL  
 ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA  
 Nº 06.578.611/0001-06  
 MARACANAU 18.02.21

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO

EXAMES SOLICITADOS

03030910200

*Ver. de Trauma*  
*Tratamento de fratura com fixação externa*  
 DIAGNÓSTICO: *Fratura proximal do 5º pod. x*  
 PROCEDIMENTO: *Tratamento cirúrgico*  
 NECESSIDADE DE INTERNAÇÃO: SIM  
 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE: *Fratura média do 4º pod. e*

ASS. DO MÉDICO RESPONSÁVEL: *José Facundo Neto*  
 Traumato - Ortopedista  
 CRM 4364

ASS: PACIENTE/RESPONSÁVEL: *Juliana clauda dos Santos*

*\* Transferido p/ Perambulador*

RUA JOÃO CONRADO, 363 - PAJUÇARA - MARACANAÚ-CE  
FONE: (85) 3215-3133 / 3215-3134 - CNPJ 06.587.611/0001-06

José Faci  
Traumato.  
CR

### Hospital Municipal Dr. João Elísio de Holanda

Encaminhamos o paciente abaixo discriminado, à ABEMP HOSPITAL (referência municipal em traumatologia conforme decisão do Conselho Municipal de Saúde) para avaliação, conduta e transferência para outro nível (secundário ou terciário) se necessário.

**Obs.: A transferência é responsabilidade do hospital que é referência na especialidade.**

PACIENTE: Jusara Jorge da Silva SEXO: F  
IDADE: 31A

GLASGOW: 15 SAT O<sub>2</sub>: 98% A.O.  
PA: 130x80 PULSO: 80/40

#### DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO / MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

PACIENTE VITIMO DE COLISÃO MOTO X MOTO LI  
FRATURA DE FEMUR PROXIMAL

SOBRE AVULSÃO P/ TRAUMATOLOGIA

25/02/2020 10:20h

Ricardo Araújo  
Médico  
CRM 8923

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO  
CONFERE COM ORIGINAL  
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA  
CNPJ 06.578.611/0001-06  
MARACANAÚ 18/02/2020





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 24. DISTRITO POLICIAL  
Impresso nº 2021382172



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 124 - 220 / 2021**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **31/03/2021 16:00:30**  
Data / Hora da Ocorrência: **25/12/2020 08:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV XX, 0, JEREISSATI - II - PACATUBA/CE**  
Ponto de Referência: **BIG MERCANTIL**

**Noticiante(s)**

Nome: **JULIANE SOUSA DOS SANTOS**  
Nascimento: **24/12/1984** CPF: **012.475.293-47**  
RG: **2003010020956** Orgão Emissor: **SSP-CE** UF: **CE**  
Filiação: **LUZIA SOUSA DOS SANTOS**  
  
Endereço: **AVENIDA CONTORNO SUL, 770 A**  
Bairro: **CONJUNTO TIMBÓ** CEP:  
Município: **MARACANAÚ/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98540-5124**

**Histórico**

INFORMA A NOTICIANTE QUE NO DIA E HORÁRIO ACIMA CITADO, VINHA NA GARUPA DA MOTO DE PLACA PMC-6727, PILOTADA PELO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO, SR. FRANCISCO EUDES MONTE DA CUNHA, QUANDO O VEÍCULO FORAM ABALROADO POR UMA OUTRA MOTO; QUE O PILOTO DA MOTO TENTOU DESVIAR DO ACIDENTE, PORÉM A DECLARANTE FOI LESIONADA NO PÉ ESQUERDO; QUE DO LOCAL DO ACIDENTE A DECLARANTE FOI SOCORRIDA PELO PRÓPRIO PILOTO DA MOTO, PARA O HOSPITAL ABEMP, LOCALIZADO NA CIDADE DE MARACANAÚ/CE; QUE A DECLARANTE FOI SUBMETIDA A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO; QUE SERVIRAM COMO TESTEMUNHAS: FRANCISCA TAISA SANTOS DA CUNHA, RG 20086699088-9 E FRANCISCO EUDES MONTES DA CUNHA, PROPRIETÁRIO DA MOTO ENVOLVIDA NO ACIDENTE; NADA MAIS DISSE.

**UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA DO 24. DISTRITO POLICIAL**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**PAULO HUMBERTO SOARES DOS SANTOS - MAT.: 133206-1-6**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO(A) DELEGADO(A):**

**RODRIGO ARAUJO PEREIRA - MAT.: 3011813-8**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **012.475.293-47** 4 - Nome completo da vítima: **Juliane Sousa dos Santos**

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

5 - Nome completo: **Juliane Sousa dos Santos** 6 - CPF: **012.475.293-47**  
7 - Profissão: **Aux. de cozinha** 8 - Endereço: **Avenida Contorno Sul** 9 - Número: **770** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Maracanaú** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **61.925-210**  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel (DDD): **(85) 98888.4318**

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

**20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:**

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

**21 - DADOS BANCÁRIOS:**  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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: **3880** **1288** CONTA: **845615842** **7**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

**22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Maracanaú - CE, 07 de Abril de 2021**

*Juliano Sousa Dos Santos*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **012.475.293-47** 4 - Nome completo da vítima: **Juliane Sousa dos Santos**

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

5 - Nome completo: **Juliane Sousa dos Santos** 6 - CPF: **012.475.293-47**  
 7 - Profissão: **Aux. de cozinha** 8 - Endereço: **Avenida Contorno Sul** 9 - Número: **770** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Maracanaú** 13 - Estado: **CE** 14 - CEP: **61.925-210**  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): **(85) 98888.4318**

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
 18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

**20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:**

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

**21 - DADOS BANCÁRIOS:**  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3880** **1288** CONTA: **845615842** **7**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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.

**22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Maracanaú - CE, 07 de Abril de 2021**

*Juliano Sousa Dos Santos*  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

---

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2021

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210117815**

**Vítima: JULIANE SOUSA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 25/12/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JULIANE SOUSA DOS SANTOS**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =

R\$ 675,00

Recebedor: **JULIANE SOUSA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000003880**

Conta: **000845615842-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

