



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

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

**Dados Básicos**

Foro: Senador Pompeu  
Processo: 02009760220228060166  
Classe do Processo: Contestação  
Data/Hora: 24/03/2023 09:49:08

**Partes**

Solicitante: Seguradora Líder do  
Consórcio do Seguro DPVAT

**Arquivos**

Petição: 2880524\_CONTESTACAO\_0  
1 - 1-8.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 1-9.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 10-18.pdf  
Documentação: SEGURADORA\_LIDER\_2018  
- 19-20.pdf  
Documentação: 2880524\_CONTESTACAO\_A  
nexo\_03 - 1-26.pdf  
Procuração/Substabeleciment  
o: SUBSTABELECIMENTO\_SU  
PERVISA0\_2018 - 1-2.pdf

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

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

14/08/2020

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

319070447402

**VALOR TOTAL:**

1.012,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 00754

**CONTA:** 000000043799

---

---

**Número da Autenticação**

F5E1D0AF998F0D2C

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

07/01/2020

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

319070447401

**VALOR TOTAL:**

675,00

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 00754

**CONTA:** 000000043799

---

---

**Número da Autenticação**

44ACA1B0633D517E



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190704474**

**Vítima: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS**

**Data do Acidente: 20/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS**

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: **NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS**

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

Banco: **104**

Agência: **000000754**

Conta: **0000043799-0**

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190704474**

**Vítima: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS**

**Data do Acidente: 20/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS**

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\$ 1.012,50

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

Graduação: Em grau residual 15%

% Invalidez Permanente DPVAT: (15% de 50%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: **NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS**

Valor: **R\$ 1.012,50**

Banco: **104**

Agência: **000000754**

Conta: **0000043799-0**

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



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

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

Número do Sinistro: 3190704474  
Nome do(a) Examinado(a): NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS  
Endereço do(a) Examinado(a): TRAVESSA ANA FRANÇA DO NASCIMENTO, 163, PAVAOZINHO  
SENADOR POMPEU Ceará - CEP: 63600000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ ssp-ce / Ceará ] 2004021006540  
Data local do acidente: [ 20/08/2019 ]  
Data local do exame: [ 22/07/2020 ] TAUA - Ceará

## Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**Fratura do 3º pododáctilo do pé direito com ruptura de tendão**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: Realizado tratamento cirúrgico + enxerto**  
**Complicações: Sem complicações.**  
**Data da Alta: 20/11/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**Ao exame físico apresenta limitação de movimento na flexão e extensão do 3º, 4º, 5º dedo do pé direito e deformidade no 3º dedo e no pé direito.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
 **Sim**  Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
 **Sim**  Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**Limitação funcional e anatômica leve do pé direito.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"              | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente"   |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. (\*)
- |  |  |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>Pé - Direito</b>  | Região Corporal (Sequela):   |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input checked="" type="checkbox"/> <b>25% leve</b>           | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve                             |
| <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):   | Região Corporal (Sequela):   |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve                             | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve                             |
| <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Idelvan Alves de Assis Junior**  
MÉDICO  
CRM/CE 18236  
CPF - 00525851313  
CRM - Ceará - 18236



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1324 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **16/10/2019 12:30:56**  
 Data / Hora da Ocorrência: **20/08/2019 11:00:00**  
 Endereço da Ocorrência: **R CENTRO DE SENADOR POMPEU ROTATORIA DA PRAÇA DO MERCADO - SENADOR POMPEU/CE**  
 Ponto de Referência: **PRAÇA DO MERCADO**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS**  
 Nascimento: **13/03/1982** CPF: **018.699.983-67**  
 RG: **2004021006540** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
 Filiação: **MARIA DE FATIMA SERAFIM LIMA LUIZ LIMA**  
 Endereço: **TRAVESSA ANA FRANCO DO NASCIMENTO**  
 Bairro: **PAVÃOZINHO**  
 Município: **SENADOR POMPEU/CE** CEP:  
 País: **BRASIL** Telefone:

**Histórico**

Afirma a vitima, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção; Que estava saindo a pé do seu trabalho na cidade de Senador Pompeu-CE, chegando próximo a rotatória do Balão veio um veiculo em sua direção vindo a passar por cima do seu pé que a vitima começou a gritar pedindo para o veiculo parar pois estava machucando o seu pé, Que o motorista parou o veiculo e levou a vitima para o Hospital da Cidade de Senador Pompeu/CE Que chegando no Hospital a vitima passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas a Senhora MARIA ADRIANA SABINO e o Senhor ANDRÉ DE OLIVEIRA DOS SANTOS. Conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Nara Cristina Serafim Lima de Moraes*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x**

*Helder Beserra dos Santos  
 Delegado de Polícia Civil  
 Matr. 3008201x*

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 018.699.983-67 4 - Nome completo da vítima: Nara Cristina S. Lima de Mourais

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

5 - Nome completo: Nara Cristina Jacupim Lima de Mourais 6 - CPF: 018.699.983-67  
7 - Profissão: \_\_\_\_\_ 8 - Endereço: TR. Ana Franco do Movimento 9 - Número: 163 10 - Complemento: Zona urbana  
11 - Bairro: Quãozinho 12 - Cidade: Governador Pompeu Ceará 13 - Estado: \_\_\_\_\_ 14 - CEP: 63.600.000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (88) 99972-3424

**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)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0754 CONTA: 43799 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

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 (vários)?  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 rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, SENADA Fortaleza - CE 16/12/2019  
Nara Cristina Jacupim Lima de Mourais  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_  
43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU  
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 20/08/19 HORÁRIO: 11:15 ATENDIMENTO Nº: 28

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Nara Cristiana Araújo Lima de Sousa  
SEXO: F DATA NASCIMENTO: 13/03/82 IDADE: 37 ESTADO CIVIL: Casada  
MÃE: Letícia Araújo Lima SUS: 500 0068 3868 7709  
NATURALIDADE: Sen Pompeu PROFISSÃO: ASG  
ENDEREÇO: T. Ana Luiza BAIRRO: Parangipê CEP: 63.600 000  
CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: CE TELEFONE: 1881 97765589  
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

PA: X mmHg SPO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ lpm T: \_\_\_\_\_ °C PESO: \_\_\_\_\_ Kg GLS: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ Alergia: \_\_\_\_\_

QP: \_\_\_\_\_

HDA: Viagem de deslocamento  
lesão em pé direito e exposição tórax e membros inferiores.

DIAGNOSTICO: Trauma

PRESCRIÇÃO: 1) tramadol 100mg - 1amp + 100ml SF 0,9%, EV. 11/35  
2) Hidrocodona 10mg - 1amp + AD, EV. 11/35  
3) Cefalotina 1g - 1ca + 20ml 0,9%, EV. 6/6h. 12/35  
4) Gabapentina 50mg - 3amp + AD, EV. 24/24h. 12/35

Carimbo Ass. Do Médico

*[Handwritten signature]*

5) Betapropionato 100mg - 1amp + 100ml SF 0,9%, EV.  
6) Dipirona 500mg - 1amp + AD, EV.

**Edigleusa S. Lima**  
Técnico em Enfermagem  
COREN 001322583

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

\_\_\_\_\_ Comprovação original  
21/08/19

*[Handwritten signature]*  
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

CONFERE COM ORIGINAL  
Responsável: SAME  
MHS  
CNPJ: 07.802.897/0002-44



Maternidade e Hospital Santa Isabel  
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima  
Senador Pompeu - CE



06 - 10

Admon over as central de regulacão  
Seus apresentamos por.

Ed: Tramadol 100mg - 1 amp + 10ml SF0,9%, Ev. 2x/dia  
Cetoprofeno 100mg - 1 amp + 10ml SF0,9%, Ev.

Dr. André *[Signature]* *[Signature]*  
MÉDICO  
CREMEO: 20646

CONFERE COM ORIGINAL

Responsável: SARE  
Confere *[Signature]* Original  
CNPJ: 07.802.807/0002144  
2108119  
*[Signature]*



PREFEITURA DE SENADOR POMPEU  
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 20/08/19 HORÁRIO: 11:15 ATENDIMENTO Nº: 28

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Nara Cristiana Araújo Lima de Sousa  
SEXO: F DATA NASCIMENTO: 13/03/82 IDADE: 37 ESTADO CIVIL: Casada  
MÃE: Letícia Araújo Lima SUS: 500 0068 3868 7709  
NATURALIDADE: Sen Pompeu PROFISSÃO: ASG  
ENDEREÇO: T. Ana Luiza BAIRRO: Parangipirã CEP: 63.600 000  
CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: CE TELEFONE: 1881 97765589  
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM ( ) NÃO ( )

PA: X mmHg SPO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ lpm T: \_\_\_\_\_ °C PESO: \_\_\_\_\_ Kg GLS: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ Alergia: \_\_\_\_\_

QP: \_\_\_\_\_

HDA: Viagem de deslocamento  
lesão em pé direito e exposição torácica e membros inferiores.

DIAGNOSTICO: Trauma

PRESCRIÇÃO: 1) tramadol 100mg - 1amp + 100ml SF 0,9%, EV. 11/35  
2) Hiperem 10mg - 1amp + AD, EV. 11/35  
3) Cefalotina 1g - 1ca + 20ml 0,9%, EV. 6/6h. 12/35  
4) Garumilina 50mg - 3amp + AD, EV. 24/24h. 12/35

Carimbo Ass. Do Médico

*[Handwritten signature]*

5) Betapropeno 100mg! - 1amp + 100ml SF 0,9%, EV.  
6) Diprinas 50mg/ml - 1amp + AD, EV.

**Edigleusa S. Lima**  
Técnica em Enfermagem  
COREN 001322583

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

\_\_\_\_\_ Comprovação original  
21/08/19

*[Handwritten signature]*  
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

CONFERE COM ORIGINAL  
Responsável: SAME  
MHS  
CNPJ: 07.802.897/0002-44



Maternidade e Hospital Santa Isabel  
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima  
Senador Pompeu - CE



06 - 10

Admon over as central de regulacão  
Seus apresentamos por.

Ed: Tramadol 100mg - 1 amp + 10ml SF0,9%, Ev. 2x/dia  
Cetoprofeno 100mg - 1 amp + 10ml SF0,9%, Ev.

Dr. André *[Signature]* *[Signature]*  
MÉDICO  
CREMEO: 20646

CONFERE COM ORIGINAL

Responsável: SARE  
Confere *[Signature]* Original  
CNPJ: 07.802.807/0002144  
2108119  
*[Signature]*



Prefeitura de  
**Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

## Atestado Médico

Atesto, para os devidos fins, que o paciente NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS, foi submetido a tratamento cirúrgico. Necessita de 30 (trinta) dias de afastamento de suas atividades.

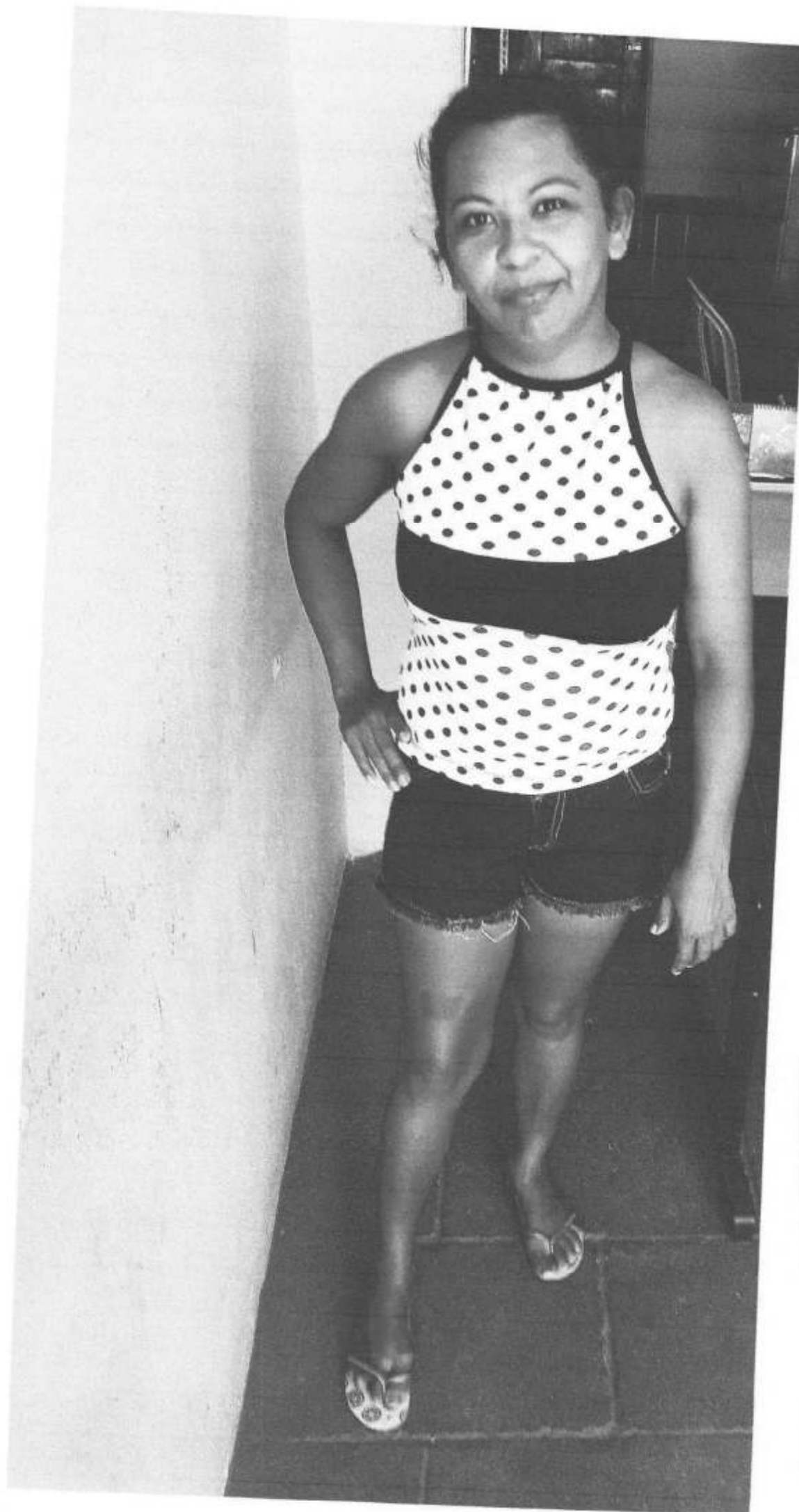
CID: 581.9

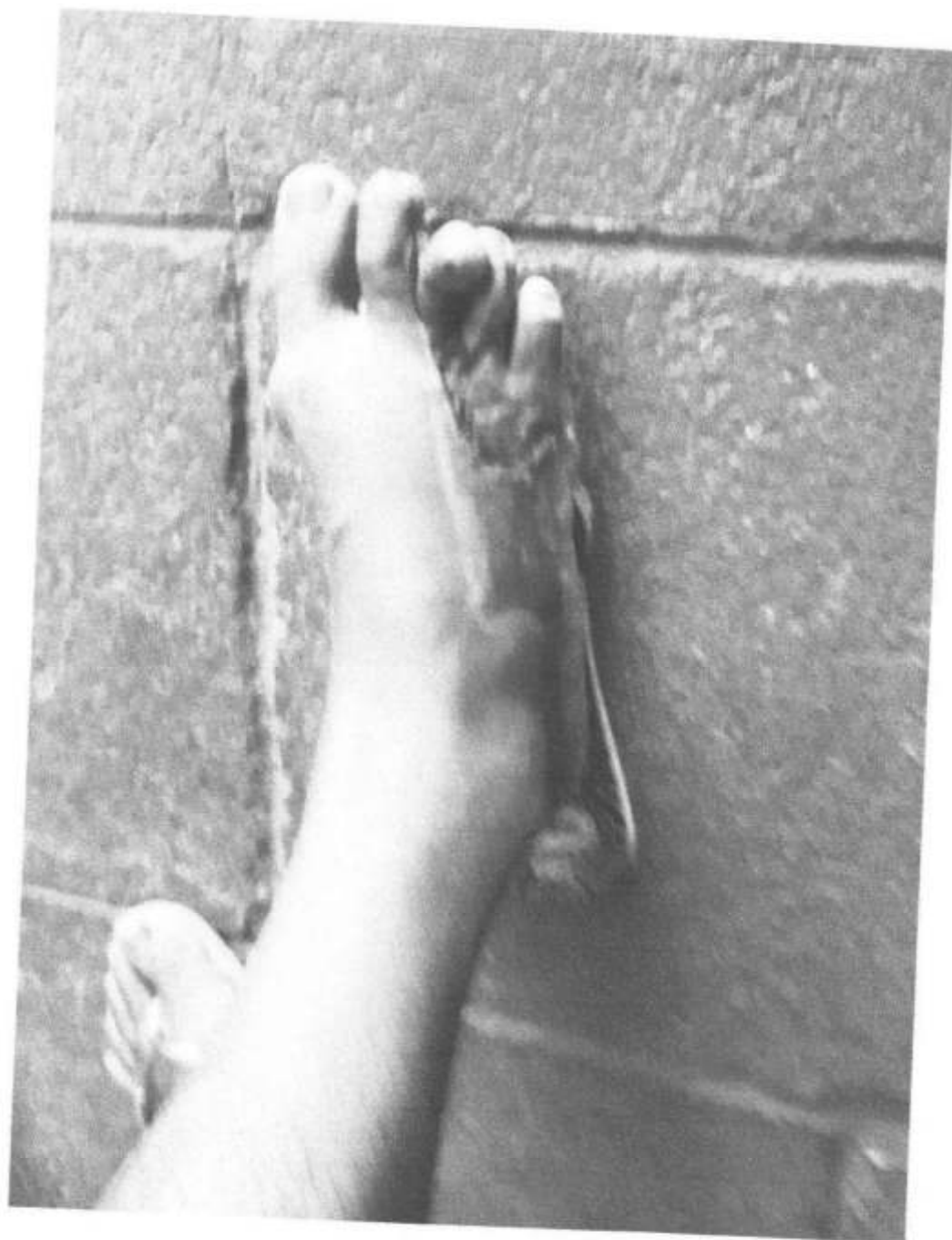
  


---

MÉDICO

Fortaleza, 12/09/2019





# Clínica Senador

Dr. Miguel Franco Fernandes Vieira  
CRM 2332  
Praça da Juventude S/N  
Senador Pompeu - CE

## Laudo Medico

Nome: NARIA CRISPINO SERAFIM LIMA (VIUPE)

Declaro para os devidos fins que o paciente acima descrito foi vitima de acidente de transito em 20/08/19 onde foi socorrido ao hospital SENADOR POMPEU com

Diagnosticado de FRATURA EXPUSA DO 1º 2º 3º FALANXIANO

Onde o mesmo foi submetido a tratamento  clínico  cirúrgico ( ) fisioterapia, complementado com EXCETO DE VELE recebendo

alta definitiva em 20/11/19, evoluindo com sequela e dano irreversível de

90 % mesmo após o tratamento apresentando limitação de movimento em FIXADO E EXTENSÃO

Senador Pompeu DA 20

Miguel Franco Fernandes Vieira  
MEDICO  
CREMEC-2332  
CPF 013.226.302-59

Dr. Miguel Franco Fernandes Vieira  
Cremec 2332

BRASIL  
 REPÚBLICA EM TODA O TERRITÓRIO NACIONAL  
 SENADOR POMPEU-GE  
 CERT. CASAM. 2977 L B15 F  
 GOZ PRUDENTE DE SEN POMPEU GE  
 NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MO  
 AFIM LIMA  
 LUIZ LIMA E MARIA DE FATIMA SEN  
 AFIM LIMA  
 27/1/2004  
 DATA DE NASCIMENTO  
 13/3/1982

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
 ESTADO DO CEARÁ  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
 E DEFESA DA CIDADANIA  
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO  
 NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS  
 ASSOCIADA DO TÍTULO  
 POLEGAR DIREITO




MINISTÉRIO DA FAZENDA  
 Secretaria da Receita Federal  
**CPF**  
 Cadastro de Pessoas Físicas  
 Número de Identificação  
 018.699.983-67  
 NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS  
 13/03/1982



**AXIA**  
 CIMA TECNOLÓGICA TERENOS  
 MAR/2004  
 Original

Este cartão é propriedade de uma empresa e não pode ser usado para fins pessoais.



# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 13/07/2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

CPF do beneficiário: 018.699.983-67

Nome do solicitante: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

CPF do solicitante: 018.699.983-67

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (88) 999723424 Tel. Comercial: ( )

Tel. Residencial: ( )

E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA  DISCORDO DO VALOR RECEBIDO  DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO  SIM, informe qual(is) documento(s) estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

GOSTARIA DE PEDIR QUE FOSSE MARCADO UMA PERÍCIA MÉDICA COM UM MÉDICO DA SEGURADORA LÍDER, PARA QUE O MESMO POSSA ANALISAR AS SEQUÊNCIAS QUE FIZEM NO MEU PE DEVIDO A FRATURA QUE SOFRI NO MEU ACIDENTE. AINDA HOJE TENHO SEQUÊNCIAS, NÃO MOVIMENTO MEUS DEDOS DO PE DIREITO, NÃO POSSO CALAR SAPATOS DEVIDO O DEDO (UM DOS DEDOS) TER FICADO PRA CIMA DO PE. DESDE JÁ ABRASÇO!

SENADORA Pousu - 08 13/07/2020

Local e Data

NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS  
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

### IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo)

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190704474

**Cidade:** Senador Pompeu

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE  
MORAIS

**Data do acidente:** 20/08/2019

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do 3º pododáctilo do pé direito com ruptura de tendão

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico apresenta limitação de movimento na flexão e extensão do 3º, 4º, 5º dedo do pé direito e deformidade no 3º dedo e no pé direito.

**Resultados terapêuticos:** paciente com ruptura de tendão em pé direito + deformidade local q limita os movimentos

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) PÉ DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 22/07/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Vítima já indenizada por dano moderado do 3º dedo do pé direito., complementar pagamento por dano leve do pé direito

**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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 15 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		<b>Total</b>	<b>7,5 %</b>	<b>R\$ 1.012,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190704474 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 15/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE 1º, 2º e 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (ENXERTO)  
ALTA MÉDICA.(P1/2/3/4)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @(P1)

VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 50% DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO, NESTE MESMO SINISTRO.  
-CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATADO DE 10/07/2020, PELO DR. MIGUEL FRANCO FERNANDES VIEIRA,  
CRM:2332.

**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 completo - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455512/19

**Número do Sinistro:** 3190704474

**Vítima:** NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

**CPF:** 018.699.983-67

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/08/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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: 13/07/2020

Nome: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

CPF: 018.699.983-67

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/07/2020

Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS

CPF: 061.393.643-45

\_\_\_\_\_  
NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

\_\_\_\_\_  
LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190704474

**Cidade:** Senador Pompeu

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE  
MORAIS

**Data do acidente:** 20/08/2019

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do 3º pododáctilo do pé direito com ruptura de tendão

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico apresenta limitação de movimento na flexão e extensão do 3º, 4º, 5º dedo do pé direito e deformidade no 3º dedo e no pé direito.

**Resultados terapêuticos:** paciente com ruptura de tendão em pé direito + deformidade local q limita os movimentos

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) PÉ DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 22/07/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Vítima já indenizada por dano moderado do 3º dedo do pé direito., complementar pagamento por dano leve do pé direito

## 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 residual - 15 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		<b>Total</b>	<b>7,5 %</b>	<b>R\$ 1.012,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190704474 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 16/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE 1º, 2º e 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (ENXERTO)  
ALTA MÉDICA.(P1/2/3/4)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @(P1)  
VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 50% DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO, NESTE MESMO SINISTRO.  
-CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATADO DE 10/07/2020, PELO DR. MIGUEL FRANCO FERNANDES VIEIRA,  
CRM:2332.

**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 completo - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455512/19

**Vítima:** NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

**CPF:** 018.699.983-67

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/08/2019

**Titular do CPF:** NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

**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

**NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS : 018.699.983-67**

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: 17/12/2019  
Nome: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS  
CPF: 018.699.983-67

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

\_\_\_\_\_  
NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

\_\_\_\_\_  
LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190704474 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 23/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** P.4\_RELATÓRIO MÉDICO.

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>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190704474 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 26/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** P.4\_RELATÓRIO MÉDICO.

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>