

Data de Emissão		10/08/2013
Nome do Responsável		Nome JOSE ALVES PINTO
End. Postal RU TEOFILO ARAUJO 84099		VILA AZUL - BOA VIAGEM - 53870000
Medidor 14181480		Posto 0000 0000
Classe COMERCIAL, SERV. OUTR. MONOFASICO		Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNH 381450263-15		CGF
Nome do Responsável		
DATA DE EMISSAO 10/08/2013		
Data da Conta 12/09/2013		
Base de Cálculo (kWh) 11.00		
Alíquota 1,42		
Valor da Imposta 1,42		
RESERVA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL 143,292,702,871 R\$0,294,550,196		
INFORMAÇÕES SOBRE O ESTABILIMENTO DO CONSUMO		
Lis. Anel	Celular	Consumo (KWh)
4210	4254	1,42
10/08/13	12/07/13	18
DISPENSADOR		
VALOR CONSUMO DO MES 00,7000		

16/09/2013

VENCIMENTO
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

EXAMINER
 PERSONNEL
 DISTRIBUTOR
 Enclosed Separately
 Tribune (U.S. PUBLICATIONS)
 TOTAL
 100%

importante

importante
A partir de 2014 vislumbrar o sistema de Bandeiras Tarifárias. A bandeira verde não influencia cobrança adicional. As bandeiros descolor e Vermelha. Nesse sistema, vislumbrar tarifas de maior valor, devido ao maior custo de serviços. No mês de Agosto/2013 vislumbrar a bandeira VERMELHA, e seu impacto R\$ 0,015/kWh de reajuste no valor da tarifa. Número de leituras. Mais informações em www.eletrobrasil.com.br.
A CEDAE MIGRANTE E PARCERIA TELA PONTUALIZAR NOSSOS INVESTIMENTOS.
PARCERIA DADA MINIMA.

13,43



...books about the relationship between

10 DEZ



Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Declaro que: Sofia Almeida Pinto, residente à
profissão: Agricultor, RG: 2007013700848, n° 99, Bairro: Vila Azul
rua: Ribeiro Amaro, Deu entrada neste hospital no dia: 24/08/13, às 15:58 h com
registro e Prontuário de nº 1

Admitido em 20/08/2013 para exame
com acompanhamento contínuo (olhos)
com exames em superlotto
realizando internação.

Acompanhado (a) pelo Médico: Dicas

Submetido (a): internamento, recebendo alta
hospitalar em 26/08/2013 ou transferido para o
a fim de dar continuidade a
tratamento especializado, de acordo com o Livro de Registro

Emergência Pág. nº 163 (anexo)

Boa Viagem - CE, 26 de Agosto de 2013.

Amanda Vieira Sampaio
AMANDA VIEIRA OLIVEIRA SAMPAIO
CRM-CE 000488340
FBNH - 6417
DIRETORA DIRETORA GERAL

Yosel Almeida
Assinatura do Responsável

CNPJ 07.806.680/0001-84

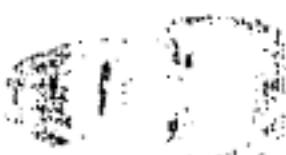
Casa de Saúde Adília Maria
Rua São Vicente de Paula, nº 100

Centro- CEP: 63870-000

Fone: (88) 3427-1136

L Boa Viagem-CE





NÃO ASSINA

8842007015009848	DATA DE EXPEDICAO 23/3/2007
NOME JOSE ALVES PINTO	
FILHOS JOSE ALVES DA SILVA E LUIZA PINTO ALVES	
NACIONALIDADE	
BOA VIAGEM-CE	DATAS DE NASCIMENTO
DOC. ORIGEM CERT. CASAM.	4/9/1962
126 BOA VIAGEM/CE	CNPJ
CPF	ASSINATURA DO DIRETOR
REGISTRO CADASTRAL	LEIA N° 7118 DE 29/06/13

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



100403



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 381.456.263-15

Nome da Pessoa Física: JOSE ALVES PINTO

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 08:47:09: do dia 26/08/2013 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 87B4.9028.813E.B2D3

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010

10 DEZ. 2013



D E C L A R A Ç Ã O

Eu, JOSE ALVES PINTO, RG: Nº. 2007015009848, SSPDS/CE expedido em 23/03/2007 inscrito (a) no CPF: 381.456.263-15, brasileiro (a) CASADO, profissão: AGRICULTOR, venho por meio desta declarar que na data da emissão do meu REGISTRO GERAL, CPF e demais documentos eu era ILETRADO, somente agora estou devidamente ALFABETIZADO.-

Boa Viagem (CE), 26 de agosto de 2013

Assinatura do Declarante

A handwritten signature in black ink, appearing to read "JOSE ALVES PINTO", is written over a solid horizontal line. Above the line, the text "Assinatura do Declarante" is centered.

10 DEZ 2013



AVISO DE SINISTRO DPVAT

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do conselho de Seguros Privados e Capitalização – CNSP – levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Marca	Tipo	Placa nº
Chassi Nº	Ano	Categoria Tarifária
Nome da Vítima: <u>José Alves Pinto</u>		

A Vítima era:

(Motorista (Passageiro (Pedestre
Hospital onde foi atendida:

O resultado do acidente foi:
(DAMS (Morte (Lesões Corporais
Mantém convenio com o INSS / SUS

Em cumprimento ao item 10 da resolução nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

(Certidão autoridade policial sobre a ocorrência nº _____ (_____
(DUT nº _____ (_____
(RG e CPF do Sinistrado (_____
(RG e CPF do(s) Beneficiário(s) (_____

Documentos comprobatórios da qualidade de beneficiário(s)

(_____ (_____
(_____ (_____

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso de Sinistro, com todos os documentos assinalados com (x).

Observações.:
.....

Reclamante/ beneficiário

Nome: _____ End. _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
E-mail: _____ Telefone: (_____) _____

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um Aviso de Sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2 (duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso CE Data 10 DEZ 2013 Local da Entrega RJ Data 10 DEZ 2013

Beneficiário

3
Siga em Frente Dpvat

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE ALVES PINTO, PORTADOR (A) DO RG Nº. 2007015009848 PEDIDO POR SSPDS/CE E INSCRITO NO CPF 381.456.263-15 PROFISSÃO AGRICULTOR E RENDA MENSAL DE R\$ 200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE ALVES PINTO, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

RUTINARIA DE PAGAMENTO

JUL/14/005

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE DO BANCO DO BRADESCO
BANCO 001 • AGÊNCIA 0898-2 • CONTA-CORRENTE 30801-3
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ • CONTA-POUPANÇA _____
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Boa Viagem – CE, 26 de Agosto de 2013.

ASSINATURA DO (A) BENEFICIÁRIO (A)

JOSE ALVES PINTO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvalsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

10 DEZ. 2013

(Banco Postal)

+++ Extrato de Conta Corrente +++

Agencia : 1230675 / AC: 801 VIAGEM
Terminal : 12306707 | Tel. Trx.: 780457
Nro Aut : 103617 | Caixa : 81799110
Data : 22/12/2013 | Hora : 10:36
(Horario da Brasília)

5757800796 BANCO DO BRASIL S.A.

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA STIFLES CONFERENCE

AGENCIA: 0809-2 | CONTA: 90.801-3
CLIENTE: JOSÉ ALVES PONTO

MOVIMENTO	DOC/NR.	VALOR
Saldo Anterior		
N/A 0 H.A.	L N C A B E H + D S	0,00

JUROS	
Data de Débito de Juros	0,00
IOP	02/12/2013
Data de Débito de IOP	0,00
02/12/2013	

14) Apurados de acordo com o suacurto dos saldos devedores diários no dia anterior ao débito.

DESENVOLVIMENTO:

Informações com 500, para o Circuito Banco do Brasil em Brasília. Acesse circuitobancodobrasil.com.br

Central de Atendimento BB

4004-0001 / 0800 729 0001

Serviço de Atendimento ao Consumidor

0800 729 0722

Para deficientes auditivos

0800 729 0088

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DPI/DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM/CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O.

<u>Nº da ocorrência:</u>	2715/2013	<u>Data Registro:</u>	27/09/13	<u>Hora:</u>	17:45h
<u>Nome:</u> JOSE ALVES PINTO					
<u>Filiação:</u> JOSÉ ALVES DA SILVA E LUIZA PINTO ALVES					
<u>Endereço:</u> RUA TEOPILLO AMARO, 99, VILA AZUL, BOA VIAGEM/CE					
<u>RG:</u>	2007015009848 SSP/CE	<u>CPF:</u>	381456263-15		
<u>Natureza da ocorrência:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO					
<u>Lugar da Ocorrência:</u> VILA AZUL, BOA VIAGEM/CE					

HISTÓRICO:

Depois de advertido (a) que omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante, constitui crime.

Compareceu a esta Delegacia a pessoa acima qualificada para informar que no dia 24/08/2013 por volta das 19:30h, o declarante trafegava em uma motocicleta, uma HONDA/CG 150, FAN ESI DE COR VERMELHA, DE PLACA OHX 1061, ANO/MODELO 2012/2012, CHASSI 9C2KC1670CR479885, licenciada em nome de IVONEIDE CARLOS DE SOUZA, se deslocando pelo bairro vila azul, quando a moto derrapou, momento em que veio a cair, que o noticiante foi socorrido ao Hospital local, onde apresentou escoriações e corte profundo no rosto. Nada mais disse.

Noticiante:

Yogn Alves Pinto

Escrivão:

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



10 DEZ 2013

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE ALVES PINTO portador (a) do RG: 2007015009848, expedido por SSPDS/CE em 23/03/2007 e inscrito (a) no CPF: 381.456.263-15, residente e domiciliada na Rua. Teófilo Amaro, nº. 99 Bairro. Vila Azul, cidade Boa Viagem, CEP. 63870-000, estado do Ceará. Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitada 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:

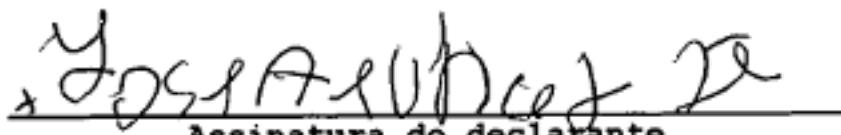
Não há estabelecimento do IML no município da minha residência;

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 à custa da Seguradora Lider 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

Boa Viagem - CE 26 de Agosto de 2013

Local e data

CERTIDÃO DE INEXISTENCIA DE IML

1004029



10 DEL 2013

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

Informações do Acidente

Processo: 2013799813

Nome da Vítima: Jose Alves Pinto

Local do Acidente: Boa Viagem CE

Data do Acidente: 24/08/2013

Resultado da Avaliação apurada pelo Médico Examinador

- I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(X) Sim Não Prejudicado

- II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

Resposta: Dedo da mão direito a e dedo do pé direito e crânio.

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Resposta: Periciando com trauma da mão e pé direito com deformidade. Ferida cortecontuso da região parietal esquerda.

- III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

Sim **(X) Não**

- IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que:

Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de exame(s) complementar(es).

O quadro cursa com disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação

(X) O quadro cursa com dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

Deformidade com lesão de tendinosa do 3 dedo da mão direita e fratura física do 1 dedo do pé direito, deformidade da face.

- V. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

(X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas

parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

Em se tratando de enquadramento como 'parcial' informar se o dano é 'completo' ou 'incompleto':

() Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

(X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)

Segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as sequelas definitivas então identificadas.

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) sequela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas.

Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior		
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral		
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica		
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	1ª Lesão	50% (média)
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés		
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar		
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	2ª Lesão	75% (grave)
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	3ª Lesão	50% (média)
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho		
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral		
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço		

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: Gutemberg Mendes Farias Filho
Registro no CRM: CE 6087
Local do Exame: Boa Viagem - CE
Data do Exame: 21/01/2014



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013799813	Cidade: Boa Viagem	Natureza: Invalidez
Vítima: JOSE ALVES PINTO	Data do acidente: 24/08/2013	Emissor do parecer: Rafael Oliveira Santos
Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A	Prestadora: IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA	CRM do médico: 906387

PARECER

Data da análise: 26/12/2013

Valorização do IML: 0,00

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: politraumatismo

Resultados terapêuticos: tto conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: RAFAEL SANTOS

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	% Dimensão	Graduação	
			Danos não definidos.
			Valor avaliado: 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013799813

Cidade: Boa Viagem

Natureza: Invalidez

Vítima: JOSE ALVES PINTO

Data do acidente: 24/08/2013

Emissor do parecer: Marcus Vinicius Carvalho Freire

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

Prestadora: SAUDESEG
Sistemas de Saude Ltda.

CRM do médico: 6087

PARECER

Diagnóstico: trauma da mão e pé direito Ferida corto contuso da região parietal esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Deformidade com lesão de tendinosa do 3 dedo da mão direita e fratura física do 1 dedo do pé direito, deformidade da face.

Resultados terapêuticos: TTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes: DANO MÉDIO EM ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS DANO GRAVE EM 1º DEDO DA MÃO DANO

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 21/01/2014

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: Gutemberg Mendes Farias Filho

UF do CRM do médico: CE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100	1	50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10	1	75
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10	1	75

Valor avaliado: 8.775,00