



Número: **0813193-71.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.100,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31274 145	04/06/2020 11:55	<a href="#">2723439_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190670338 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 06/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 27/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE FALANGE MÉDIA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO. (P.6)

**Resultados terapêuticos:** REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO. (P.1- ANEXO 1)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*NÃO APRESENTOU FOLHA DA CIRURGIA REALIZADA.

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 intenso - 75 %	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:** 3190670338 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 06/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 27/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE FALANGE MÉDIA DE 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO. (P.6)

**Resultados terapêuticos:** REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO. (P.1- ANEXO 1)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

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

**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 intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
<b>Total</b>			<b>7,5 %</b>	<b>R\$ 1.012,50</b>



PROCURAÇÃO

Outorgante: Adriano Matias da Silva Junior brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Imobiliador, residente e domiciliado à Rua Madagascar nº 511, bairro das Indústrias, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 3778013, SSP/PB e CPF nº 087.683.814-09.

Outorgado: Alexandre Cesar Duarte brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente T. d. Costa Duarte nº 157, bairro mangaluzes, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-389, portador(a) do RG nº 262.7718, SSP/PB e CPF nº 046.502.754-74.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Adriano Matias da Silva Junior, ocorrido em 04.1.03.12019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Imprudência.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa 22 de Setembro de 2019.

CARTÓRIO VIEIRA BATISTA

Adriano Matias da Silva Junior Outorgante CPF Nº 087.683.814-09

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO VIEIRA BATISTA 1º OFÍCIO DE NOTAS Rua Elias Pereira de Araújo, 40 - Mangaluzes João Pessoa - PE

SERVIÇO NOTARIAL 2º Ofício Distrital Rua Elias Pereira de Araújo, 40 - Mangaluzes João Pessoa - PE VIEIRA BATISTA

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-04842. Documento assinado por ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR. Dou fe, em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 22/10/2019 09:45:58. EMOL: R\$ 9,80 FEPJ: R\$ 1,98 FARPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,50. SELO DIGITAL: A1G98629-A9EW. Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br. RIKELEY ALMEIDA DE LIMA - ESCRIVENTE AUTORIZADO



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427415/19

**Vítima:** ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

**CPF:** 087.683.814-09

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 06/08/2019

**Titular do CPF:** ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR : 087.683.814-09

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: 02/12/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427415/19

Número do Sinistro: 3190670338

Vítima: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

CPF: 087.683.814-09

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/08/2019

Titular do CPF: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### 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: 23/01/2020  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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, 03 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190670338**

**Vítima: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente: 06/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15181416

Pag. 00559/00560 - carta\_01 - INVALIDEZ





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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190670338 Vítima: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 06/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00265/00266 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050133



Carta nº 15181417







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, 28 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190670338**      **Vítima: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente: 06/08/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01951/01952 - carta\_02 - INVALIDEZ

00060976



Carta nº 15430120





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, 14 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190670338**

**Vítima: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente: 06/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR**

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

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

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **0000047609-3**

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





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 087.683.814-09 4 - Nome completo da vítima: Adriano Matias da S. Junior

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

5 - Nome completo: Adriano Matias da S. Junior 6 - CPF: 087.683.814-09  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Madagascas 9 - Número: 50 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Industriais 12 - Cidade: João Pereira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: (83) 98663-4900

### 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\$1.000,00 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)  Itau (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 47609 (3) 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 Lider 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 acima relatado, 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 Lider para verificação da evolução e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ou 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(a) ou os(as)?  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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na 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 - \_\_\_\_\_  
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: João Pereira - PB 02/12/19  
Adriano Matias da Silva Junior

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 09153.01.2019.1.00.401**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09153.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:21 horas do dia 13 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Adriano Matias da Silva Junior**, CPF nº 087.683.814-09, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Embalador, filho(a) de Maria Tereza de Andrade Dantas e Adriano Matias da Silva, natural de Goiana/PE, nascido(a) em 07/12/1990 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Madagascar, Nº S/N, complemento CONDOMINIO SÃO RAFAEL III, BLOCO 4, APT 404, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Em Frente Ao Campo de Futebol, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98878-8624.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Panamá, Próximo Ao Residencial Canaã, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça etc); Data/Hora: 06/08/19 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o declarante no dia 06/08/2019 por volta das 16:30 horas quando transitava, pelo bairro das Indústrias, Cidade Verde, João Pessoa-PB; nas imediações do residencial Canaã, com o veículo tipo HONDA/NXR 160 BROS ano/mod: 2018/2018, de cor preta de placa: QSA4296/PB CHASSI: 9C2KD1000JR005894 pertencente ao Sr. Manoel Messias Galvão do Egito; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por um veículo FIAT UNO VIVACE de cor preta, de placa OEW3786/PB conduzido pelo Sr. Agapito Vieira de Sousa (Endereço: Rua Angélica, nº 146, Bairro das Indústrias/Cidade Verde, João Pessoa-PB), que vinha na contra-mão e atingiu o declarante, Que o motorista, Sr. Agapito evadiu-se do local, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY onde foi diagnosticado, de acordo com o LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA, AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA 2º PDE, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dr. YURY CORDEIRO CRM 11507/PB, Que o sr. Agapito não prestou socorro, evadiu-se do local e está se negando a prestar assistência dos danos materiais e da medicação do declarante.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

*Cech*

Procedimento Policial: 09153.01.2019.1.00.401



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 13 de agosto de 2019.

*Adriano Matias da Silva Junior*  
ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR  
Noticiante

Procedimento Policial: 09153.01.2019.1.00.401

2/2





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 087.683.814-09 4 - Nome completo da vítima: Adriano Matias da S. Junior

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

5 - Nome completo: Adriano Matias da S. Junior 6 - CPF: 087.683.814-09  
7 - Profissão: Recusado 8 - Estado: Madagascar 9 - Número: 50 10 - Complemento:  
11 - Empresa: Industrias 12 - Cidade: João Pereira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000  
15 - E-mail: (83) 98663-4900

DADOS CADASTRAIS

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) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 47609 3 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

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 acima relatado, 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 nº 194/74, art. 1º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ou 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(a) ou os(as)?  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 aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: João Pereira - PB 02/12/19  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Adriano Matias da Silva Junior

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

FPS.001 V002/2019







# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000047609-3

---

---

Nr. da Autenticação 207220316E90C6AE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

DETRAN

LICENCIAMENTO DE VEICULOS

DETRAN - PB Nº 014797915621

PB Nº 014797915621 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA: 1 ODD. RENAVAM: 0115495172-0 R.N.T.C.C.: 00/00000000 EXERCÍCIO: 2019

NOME: MANOEL MESSIAS GALVAO DO EGITO

CPF / CNPJ: 02073173489 PLACA: QSA4296/PB

PLACA ANT / UF: NOVO PB CHASSI: 9C2KD1000JR005894

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/NXR 160 BROS ANO FAB.: 2018 ANO MOD.: 2018

CAP. POT. / OIL: 2 P/162 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA: 1º

FAIXA I.P.V.A.: \*\*\*\*\* PARCELAMENTO / COTAS: 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): \*\*\*\*\* I.O.F. (R\$): SEGURO PRÊMIO TOTAL (R\$): P A G O DATA DE PAGAMENTO: 15/04/2019

OBSERVAÇÕES: A.F BCO PANAMERICANO SA

LOCAL: JOAO PESSOA - PB DATA: 17/04/2019

9999999  39934

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA: 1 02073173489 QSA4296/PB

RENAVAM: 01154951720 HONDA/NXR 160 BROS

ANO FAB.: 2018 SITUAÇÃO: 9 CHASSI: 9C2KD1000JR005894

PRÊMIO TARIFÁRIO  
R\$ (R\$) \*\*\*\*\* DENATRAM (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* I.O.F. (R\$) SEGURO QUALIFICACIONAL (R\$) P A G O

PRÊMIO TOTAL (R\$) \*\*\*\*\* DATA DE PAGAMENTO: 15/04/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT  
CNPJ Nº 242.025/0001-04

99934-1110529-20190417



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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190670338**

Nome do(a) Examinado(a): **ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Madagascar, sn - Das Industrias - João Pessoa - PB - CEP 58083-638**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSDS /PB** ] **3778013**

Data e local do acidente: [ **06/08/2019** ] **Bairro das Industrias João Pessoa PB**

Data e local do exame: [ **31/01/2020** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*Amputação traumática do segundo pododáctilo esquerdo.*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Ao exame físico apresenta amputação do segundo pododáctilo esquerdo.*

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

[  ] Sim [  ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*Realizado tratamento cirúrgico com regularização de coito de amputação traumática do segundo dedo do pé, evoluiu com infecção sendo necessário novos procedimentos para limpeza cirúrgica.*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[  ] Sim [  ] Não

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

*Apresenta amputação traumática do segundo pododáctilo esquerdo.*

**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 previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

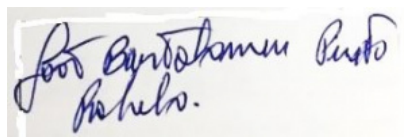
Região Corporal (Sequela):  
Segundo Pododáctilo Esquerdo.  
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( X ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):  
\_\_\_\_\_  
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):  
\_\_\_\_\_  
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):  
\_\_\_\_\_  
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

VIII. \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190670338 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 06/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura e Amputação traumática do segundo pododáctilo esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico apresenta amputação do segundo pododáctilo esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento cirúrgico com regularização de coto de amputação traumática do segundo dedo do pé, evoluiu com infecção sendo necessário novos procedimentos para limpeza cirúrgica.

**Sequelas permanentes:** Amputação do 2º pododáctilo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em perda anatômica do 2º pododáctilo E devido a amputação do mesmo. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

### 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 do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190670338 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO MATIAS DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 06/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura e Amputação traumática do segundo pododáctilo esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico apresenta amputação do segundo pododáctilo esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento cirúrgico com regularização de coto de amputação traumática do segundo dedo do pé, evoluiu com infecção sendo necessário novos procedimentos para limpeza cirúrgica.

**Sequelas permanentes:** Amputação do 2º pododáctilo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em perda anatômica do 2º pododáctilo E devido a amputação do mesmo. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**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 do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

