

 **Poder Judiciário**  
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**e-SAJ** Portal de Serviços

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

## Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

### ! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01450696-3** em **17/09/2020 11:29:28**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

### Peticionante

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

### Protocolo

**Foro** : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua  
**Processo** : 0249526-09.2020.8.06.0001  
**Protocolo** : WEB1.20.01450696-3  
**Tipo da petição** : Contestação  
**Assunto principal** : Seguro  
**Data/Hora** : 17/09/2020 11:29:28

### Partes

**Solicitante** : Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

### Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

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

**Petição\*** : 2751214\_CONTESTACAO\_01 - 1-11.pdf  
**Procuração/Substabelecimento:** SUBSTABELECIMENTO\_SUPERVISAO\_2018 - 1-2.pdf  
**Documentação** : 2751214\_CONTESTACAO\_Anexo\_02 - 1-14.pdf

### Downloads

**Anexar documentos** : Realizar download dos documentos da petição  
**Recibo** : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0387484/18

**Número do Sinistro:** 3180500117

**Vítima:** ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

**CPF:** 435.366.973-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/07/2018

**Titular do CPF:** ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

**- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.**

**- 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.**

**Documentação recebida sem conferência.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

### Portador da documentação entregue

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 23/11/2018

Nome: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

CPF: 435.366.973-72

Data do cadastramento: 23/11/2018

Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

CPF: 033.812.743-76

\_\_\_\_\_  
ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

\_\_\_\_\_  
ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0349277/19

**Vítima:** ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

**CPF:** 435.366.973-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 07/07/2018

**Titular do CPF:** ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA : 435.366.973-72**

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: 08/10/2019  
Nome: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA  
CPF: 435.366.973-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

---

ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

---

Antonia Daniella Ferreira da Silva

**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: **3190573304**

Nome do(a) Examinado(a): **ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA**

Endereço do(a) Examinado(a): **R LEAO VELOSO, 979, C ALTOS, 60.824-200, R LEAO VELOSO, Fortaleza/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP CE / 90006027542**

Data e local do acidente: **07/07/2018 - Fortaleza/CE**

Data e local do exame: **28/05/2020 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

**Luxação acrômio clavicular esquerdo.**

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento conservador. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no ombro esquerdo, pós o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 80°, extensão aos 25°, abdução aos 80°, adução aos 30°, rotação medial aos 60°, rotação lateral aos 40°, presença de atrofias no segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

**Perda parcial e incompleta do ombro esquerdo, em grau médio.**

**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"

( ) "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.

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

  
Dr. Grazi Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050  
Assinatura e calígrafia do médico

---

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

**Nº Sinistro:** 3180500117

**Vitima:** ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

**Data do Acidente:** 07/07/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180500117**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

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, 22 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190573304**

**Vítima: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA**

**Data do Acidente: 07/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA**

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

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Comprovante de residência</b> | Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois não foi entregue. |
|----------------------------------|---|

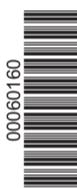
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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, 07 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190573304**      **Vítima: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA**

**Data do Acidente: 07/07/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA**

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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

**Recebedor: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000001977**

**Conta: 000000019642-5**

**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, retorno 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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

435 366 97372

Nome completo da vítima

Aderbal Oliveira Almeida

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                          |                      |             |
|--------------------------|----------------------|-------------|
| Nome completo            | CPF titular da conta | Profissão   |
| Aderbal Oliveira Almeida | 435 366 97372        | Autônomo    |
| Endereço                 | Número               | Complemento |
| Rua Bento Vilela         | 979                  | lara        |
| Bairro                   | Cidade               | CEP         |
| Parque Isacema           | Fortaleza            | 60824 200   |
| Email                    | Telefone (DDD)       |             |
|                          | 75 98870 1298        |             |

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR    | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00               | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

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

 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

1977

00019642

5

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

\_\_\_\_\_

AGENCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

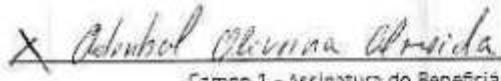
(Informar dígito se existir)

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



Fortaleza, 22 de outubro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Impresso nº 2018162328

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4480 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **18/10/2018 12:32:50**  
Data / Hora da Ocorrência: **07/07/2018 00:15:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CONEGO DE CASTRO**  
Complemento: **C/ RUA EDUARDO PERDIGÃO**  
Bairro: **PARANGABA** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA**  
Nascimento: **03/08/1972** CPF: **435.366.973-72**  
RG: **90006027542** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **MARIA DAS GRAÇAS DE OLIVEIRA ALMEIDA**  
**RAIMUNDO BRITO DE ALMEIDA**  
Endereço: **RUA LEÃO VELOSO, 979**  
Bairro: **CAMBEBA**  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL**



CEP: \_\_\_\_\_  
Telefone: **(85) 98829-7268**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OIM0695** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1680CR308141** Renavam: **477061680** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

QUE, COMPARCE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA DO SEU TRABALHO PARA SUA CASA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OIM-0695 NA AV. CONEGO DE CASTRO QUE NO CRUZAMENTO COM A RUA EDUARDO PERDIGÃO A VITIMA FREOU A MOTO QUE DERRAPOU EM PÓ DE GESSO NA PISTA VINDO A VITIMA AVANÇAR A PREFERENCIAL E COLIDIR COM UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA, QUE A VITIMA PROCUROU ATENDIMENTO MEDICO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.//////  
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** \_\_\_\_\_  
**FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Aderval Oliveira Almeida

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018162328



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 4480 / 2018

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

*Adensal Oliveira Almeida*

CPF da Vítima

*43536697372*

Data do Acidente

*07/07/2018*

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email:

Telefone (DDD)

*85 988701298*

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



*Fortaleza, 22 de outubro de 2018*

Local e Data

*X Adensal Oliveira Almeida*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

## FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLINICA

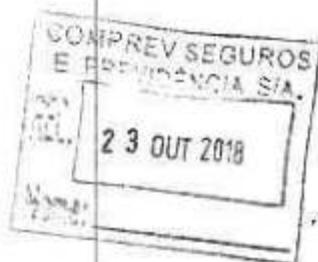
Pagina 1 c

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

07/07/2018 16

|   |   |                       |                      |
|---|---|-----------------------|----------------------|
| Paciente: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA                        | Dt. Nasc.: 03/08/1972   | Atendimento: 51987722 | Prontuário: 16282303 |
| Convênio: HAPVIDA MATRIZ                                  | Posto:  | Leito: /              |                      |
| Profissional(is): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051 [1] | Nº: 25118249 07/07/2018 às 10:50  |                       |                      |
| <b>ANAMNESE</b>   |   |                       |                      |
| Queixa Principal  | PACIENTE COM RELATO DE COLISAO MOTO-CARRO, ÀS 0H DO DIA 07/07/2018. APRESENTA DOR E DEFROMIDADES EM CLAVICULA ESQUERDA. [1] |                       |                      |
| Queixa Principal  |   |                       |                      |
| Diagnóstico Inicial                                       | 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]  |                       |                      |
| CID10   | S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO [1]  |                       |                      |
| Alergias  | Não [1]   |                       |                      |
| Medicação Em Uso  | Não [1]   |                       |                      |
| Antecedentes Patológicos Familiar                         | Não [1]   |                       |                      |
| <b>EXAME FÍSICO</b>                                       |   |                       |                      |
| Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?                 | Sim [1]   |                       |                      |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>  |   |                       |                      |
| CID10   | S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO [1]  |                       |                      |
| CID10   | S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO [1]  |                       |                      |
| <b>CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>                          |   |                       |                      |

CÓPIA



# 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: 02/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01977

CONTA: 000000019642-5

---

Nr. da Autenticação 6EE8A7C348DE4E85



Nº de Inscrição:  
010191593

DADOS DO CLIENTE  
RODRIGO OLIVEIRA ALMEIDA

Nome:  
End. Lateral:  
RUA LEAO VELUDO, 979, PARQUE ITACEMA

Cidade:  
FORTALEZA

CEP: 60824-200

End. Entrada:

Cidade: 001 Sítio: 049 Chave: 0314 Lote: 0056 CEP: 00006  
Local: Subsídio: 09 Subquadra: 69 Com:

|           |     |             |     |           |     |             |     |          |     |
|-----------|-----|-------------|-----|-----------|-----|-------------|-----|----------|-----|
| ECONOMIAS | 001 | Residencial | 000 | Comercial | 000 | Industriais | 000 | Públicas | 000 |
|-----------|-----|-------------|-----|-----------|-----|-------------|-----|----------|-----|

INFORMAÇÕES SOBRE MEDICÃO

| Serviço | Medidor    | Leratura Anterior | Leratura Atual | Volumen/m <sup>3</sup> | Média Semanal/m <sup>3</sup> |
|---------|------------|-------------------|----------------|------------------------|------------------------------|
| ÁGUA    | A073044175 | 1068              | 1073           | 5                      | 3                            |

DATAS

Leratura Atual: 03/09/2016  
Leratura Anterior: 02/08/2016  
Emissor: 02/10/2016  
Positivo/Letra: 67/2016

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

| Nº de Amostras  | Cloro | Turbilínia | Fosfato | Calcareos Totais | Escherichia Coli |
|-----------------|-------|------------|---------|------------------|------------------|
| Exigida         | 533   | 533        | 126     | 533              | 533              |
| Analizadas      | 545   | 545        | 538     | 543              | 543              |
| Em conformidade | 545   | 533        | 508     | 529              | 543              |

MÉDIA DE CONSUMO (01/14 A 31/15): 11 m<sup>3</sup> | META: 10 m<sup>3</sup>.

Constatamos débito de R\$ 24,92. Caso pago, desconsiderar,  
DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAXE O APLICATIVO DA ARCE.

| DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS | Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME |                        |                         |
|--------------------------|-------------|---------------------|------------------------|-------------------------|
|                          |             | Mês/Ano             | Água (m <sup>3</sup> ) | Deság (m <sup>3</sup> ) |
| ÁGUA                     | 24,40       | set/17              | 9                      | 0                       |
| MULTA DE 2%              | 0,45        | out/17              | 5                      | 0                       |
| JUROS DE 0,033% AO DIA   | 0,18        | nov/17              | 6                      | 0                       |
|                          |             | dez/17              | 3                      | 0                       |
|                          |             | jan/18              | 7                      | 0                       |
|                          |             | fev/18              | 3                      | 0                       |
|                          |             | mar/18              | 4                      | 0                       |
|                          |             | abr/18              | 5                      | 0                       |
|                          |             | mai/18              | 2                      | 0                       |
|                          |             | jun/18              | 2                      | 0                       |
|                          |             | jul/18              | 4                      | 0                       |
|                          |             | ago/18              | 3                      | 0                       |

| TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO |      | SUBSÍDIO            |       |
|------------------------------|------|---------------------|-------|
| PIS                          | 0,24 | VALOR DO SERVIÇO    | 39,37 |
| COFINS                       | 1,19 | VALOR DO SUBSÍDIO   | 14,30 |
|                              |      | VALOR TOTAL A PAGAR | 25,07 |

MÊS/ANO VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)  
09/2018 18/09/2018 25,07

I:35701505725834 L:0363 R:12:36:55 R:038 P:001

ONDE PAGAR SUA FATURA:

Bancos Bradesco, BB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triântulo, Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua conta bancária para este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento  
Cagece  
0800 275 0195

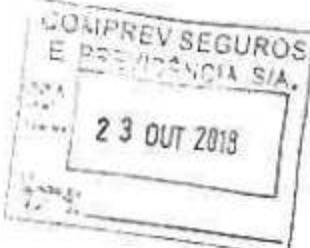
Cagece  
0800 275 0195

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

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br) ou na ouvidoria da Cagece 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria Estadual: 155, Site da ARCE: [www.arce.ce.gov.br](http://www.arce.ce.gov.br).

Entidades Reguladoras Fortalec: ACPOR – Autoridade de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

CONTROLE DO GOV. DO CEARÁ  
CAGECE  
155



## HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

07/07/2018 10:52

|   |                       |                       |                      |
|---|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Paciente: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA                        | Dt. Nasc.: 03/08/1972 | Atendimento: 51987722 | Prontuário: 16262303 |
| Convênio: HAPVIDA MATRIZ                                  | Posto:                |                       | Leito: /             |
| Profissional(is): JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO CRM 12051 [1] |                       | Nº: 25118249          | 07/07/2018 às 10:50  |

## ANAMNESE

|                                   |   |     |
|-----------------------------------|---|-----|
| Queixa Principal                  | PACIENTE COM RELATO DE COLISAO MOTO-CARRO, ÀS 0H DO DIA 07/07/2018. APRESENTA DOR E DEFROMIDADES EM CLAVICULA ESQUERDA. | [1] |
| Queixa Principal:                 |   |     |
| Diagnóstico Inicial               | 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>  | [1] |
| CID10                             | S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO  | [1] |
| Alergias                          | Não   | [1] |
| Medicação Em Uso                  | Não   | [1] |
| Antecedentes Patológicos Familiar | Não   | [1] |

## EXAME FÍSICO

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Dispensar preenchimento de Sinais Vitais? | Sim | [1] |
|---|-----|-----|

## DIAGNÓSTICO

|       |                                      |     |
|-------|--------------------------------------|-----|
| CID10 | S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO | [1] |
| CID10 | S40 TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO | [1] |

## CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



**Dados da Reclamação****Protocolo:**  
2296699/2018**Situação:**  
Encaminhamento automático**Via:**  
Internet**Data:**  
20/12/2018 11:40:51**Reclamada:**  
LIDERANÇA CAPITALIZAÇÃO S/A**Dados do reclamante****Segurado:**  
FRANCISCO JULIANO DE SOUSA LIMA**UF:**  
CEARÁ**CPF/CNPJ:**  
046.188.353-89**Formas de contato****E-mail:**  
denuncieaki123@gmail.com**Bairro:**  
CENTRO**Endereço:**  
RUA BARAO DO RIO BRANCO 1779**Cidade:**  
FORTALEZA**CEP:**  
60.055-090**Dados da denúncia****Assunto:**  
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas**Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:**

Venho através desta reclamação, relatar insatisfação para com a SEGURADORA LÍDER. Foi cadastrado processo de invalidez sob sinistro 3180/549572, onde foi enviado toda documentação exigida pela Seguradora Lider para o recebimento da indenização, acontece que a mesma está com cobranças abusivas, cobranças documentação médica, em que descreve o grau das minhas lesões, sendo que dependo do SUS e de unidades públicas, onde obtive atendimento, os quais se recusam em fornecer um laudo atestando o grau de minha lesão, com alegação de ser função de um perito. Portando na qualidade de segurado, em que a LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974 com sua redação alterada pela Lei nº 11.945, de 2009 e pela Lei nº 11.482, de 2007), dispõe sobre a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO de DANOS PESSOAIS causados por veículos automotores, em que no seu Art. 3º e § 1º, preceitua que as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como TOTAL ou PARCIAL, em que no meu caso, encontro-me com sequelas devido este acidente, SOLICITO que seja atendido o pedido de agendamento de perícia médica, para devido pagamento referente a sequelas que fiquei em decorrência deste acidente, pois na qualidade de asssegurado tenho direito, para não haver necessidade de uma interposição de um processo administrativo ou litígio judicial, tendo em vista que encontro-me com sequelas permanentes devido este acidente.

**O SAC da empresa foi acionado?**

Sim

**Documentos****Número****Tipo**

| Encaminhamentos   | Atendente | Data                |
|---|-----------|---------------------|
| E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br<br>Texto:<br>Senhor (a) Ouvidor (a), |           | 20/12/2018 11:40:51 |

Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de Janeiro de 2013, requeremos analisar o <http://susep.gov.br/setores-susep/seger/coate/faca-aqui-sua-reclamacao>

20/12/2018

pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.

Barra GovBr



*Dados da Reclamação*

**Protocolo:** 2343289/2019 **Situação:** Encaminhamento automático

**Via:** Internet

**Reclamada:** SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. **Data:** 25/02/2019 12:57:35

*Dados do reclamante*

**Segurado:** ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA **UF:** CEARÁ

**CPF/CNPJ:** 435.366.973-72

*Formas de contato*

**E-mail:** denuncieaki123@gmail.com **Bairro:** CENTRO

**Endereço:** RUA BARAO DO RIO BRANCO 1779 **Cidade:** FORTALEZA

**CEP:** 60.055-090

*Dados da denúncia*

**Assunto:** Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

**Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:**

Venho através desta reclamação, relatar insatisfação para com a SEGURADORA LÍDER. Foi cadastrado processo de invalidez sob sinistro 3180/500117, onde foi enviada toda documentação exigida pela Seguradora Líder para o recebimento da indenização, acontece que a está me fazendo cobranças abusivas de documentação, sendo que dependo do SUS e de unidades públicas, onde obtive atendimento, os quais se recusam em fornecer um laudo atestando o grau de minha lesão, com alegação de ser função de um perito. Portando na qualidade de segurado, em que a LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974 com sua redação alterada pela Lei nº 11.945, de 2009 e pela Lei nº 11.482, de 2007), dispõe sobre a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO de DANOS PESSOAIS causados por veículos automotores, em que no seu Art. 3º e § 1º, preceitua que as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como TOTAL ou PARCIAL, em que no meu caso, encontro-me com sequelas devido este acidente, tendo sofrido FRATURA DA TÍBIA, e até hoje encontro com dificuldades de movimentação devido esta lesão. SOLICITO que seja atendido o pedido de agendamento de perícia médica, para devido pagamento referente a sequelas que fiquei em decorrência deste acidente, pois na qualidade de asssegurado tenho direito, para não haver necessidade de uma interposição de um processo administrativo ou litígio judicial, tendo em vista que encontro-me com sequelas permanentes devido este acidente, e não estou de acordo com a cobrança indevida.

**O SAC da empresa foi acionado?**

Sim

*Documentos*

| Tipo | Número |
|------|--------|
|------|--------|

| Encaminhamentos   | Atendente | Data                |
|---|-----------|---------------------|
| E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralicer.com.br<br>Texto:<br>Senhor (a) Ouvidor (a), |           | 25/02/2019 12:57:35 |

Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização da denúncia.

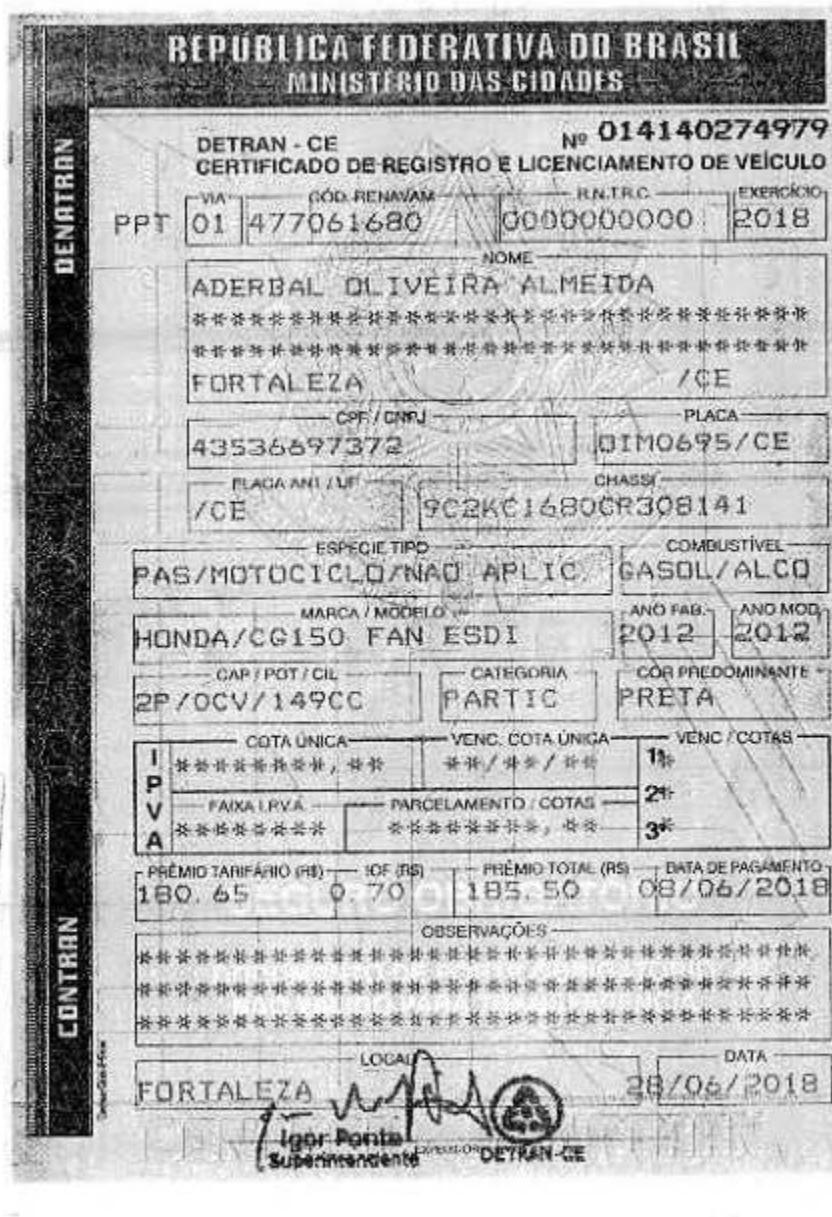
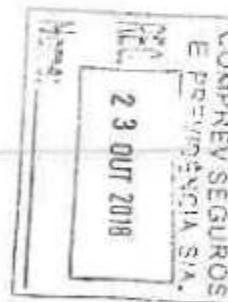
Barra GovBr

COMPRE SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA

25

25 FEV 2019





**SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT**

CE N° 014140274979 BILHETE DE SEGURO DPVAT

43536697372 01M0695/CE

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

**SAC DPVAT 0800 022 1204**

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 28/06/2018

|                      |  |                                |
|----------------------|--|--------------------------------|
| VIA<br>01            | CPF / CNPJ<br>43536697372              | PLACA<br>01M0695               |
| RENAVAM<br>477061680 | MARCA / MODELO<br>HONDA/CB150 FAN ESDI |                                |
| ANO FAB<br>2012      | DATA FAB<br>PART                       | Nº CHASSI<br>9C2KC1680CR308141 |

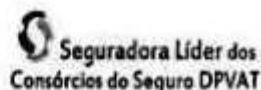
| PRÊMIO TARIFÁRIO                               |                                    |                                    |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| PRÉMIO (R\$)                                   | DONATRAN (R\$)                     | CUSTO DO SEGURO (R\$)              |
| 81,29  | 9,03                               | 90,33                              |
| CUSTO DO BILHETE (R\$)                         | IOF (R\$)                          | TOTAL A SER PAGUE NO CUSTEIO (R\$) |
| 4,15   | 0,70                               | 185,50                             |
| PAGAMENTO                                      |                                    | DATA DE QUITAÇÃO                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA | <input type="checkbox"/> PARCELADO | 08/06/2018                         |

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 00.248.606.0001-04

MOTOR: KC16EBC308141 02262

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0387484/18

**Vítima:** ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

CPF: 435.366.973-72

**Data do acidente:** 07/07/2018

**Titular do CPF:** ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA : 435.366.973-72**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/10/2018  
Nome: ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA  
CPF: 435.366.973-72

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018  
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA  
CPF: 047.882.963-90

ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190573304      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADERBAL OLIVEIRA ALMEIDA      **Data do acidente:** 07/07/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Luxação acrômio clavicular esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 80°, extensão aos 25°, abdução aos 80°, adução aos 30°, rotação medial aos 60°, rotação lateral aos 40°, presença de atrofias no segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresentou na fase aguda das lesões luxação acrômio clavicular esquerdo. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento conservador. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no ombro esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta do ombro esquerdo, em grau médio.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/05/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**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 completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| <b>Total</b>                                  |  |  | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |