

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180501126      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MATHEUS PESSOA DE FREITAS      **Data do acidente:** 08/03/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 31/10/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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

029.276.482-04

Nome completo da vítima

Matheus Pessoa de Freitas

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

Nome completo	Matheus Pessoa de Freitas	CPF titular da conta	029.276.482-04	Definito	Balanista
Endereço	Rua Matrindé	Número	290	Complemento	Ap. 01
Bairro	Santo Térigo	Cidade	Boa Vista	Estado	RR
Email	IL01RR@HOTMAIL.COM	CEP	69.314-052	Telefone (DD) (065)	(65) 99154-4282

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> RECLUSO 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)

AGÊNCIA  
Nº:

DN

CONTA  
Nº:

DN

43.26

89.02

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

NRO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AGÊNCIA  
Nº:

DN

CONTA  
Nº:

DN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(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 Lider 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.

Boa Vista, 14 de Março de 2018

Local e Data

DOCUMENTO  
ORIGINAL

Matheus Pessoa de Freitas

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal