

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180068197 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLOTER ANTONIO CAVALCANTE **Data do acidente:** 17/02/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE + CONTUSÃO CEREBRAL

Descrição do exame CEFALÉIA PÓS TRAUMA , TONTURAS EVENTUAIS E , COMO DITO, FAZENDO USO DE HIDANTAL PARA EVITAR
médico pericial: CRISES CONVULSIVAS DESENCADEADAS APOS TRAUMA DE CRANIO NO ACIDENTE DE MOTO

Resultados terapêuticos: INTERNADO PELO NEUROCIRURGIÃO, COM HEMORRAGIA EM REGIÃO FRONTAL FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR E TEVE ALTA DEPOIS DE 3 MESES DO ACIDENTE COM USO DE HIDANTAL.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/06/2018

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR DANO RESIDUAL EM SNC, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: CARLOS EDUARDO DE CAMPOS GUERRA

CRM do médico: 589

UF do CRM do médico: RR

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
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 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

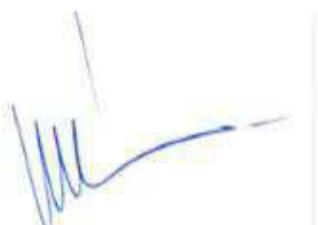
TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: JUAN CUEVAS SAUS

CRM do médico: 40989

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





**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 <http://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** para a correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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.

31 JAN 2018

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").

Av. Capitão Júlio Bezerra, 444 - Bda Vista - RR

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

Nome completo da vítima

112.342.372-53

Cleter Antônio Cavalcante

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Cleter Antônio Cavalcante</i>		CPF titular da conta <i>112.342.372-53</i>	Profissão <i>Pedreiro</i>
Endereço <i>R: José Renato Hadad</i>		Número <i>562</i>	Complemento
Bairro <i>José Bento</i>	Cidade <i>Boa Vista</i>	Estado <i>Roraima</i>	CEP <i>69.315-050</i>
Email <i></i>		Telefone (DDD) <i>(95) 99168-5698</i>	

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"/> RECUZO 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"/> AGMA DÉ R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assine a uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) Itaú (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO <i>Banco do Brasil</i>	Nº <i>1.001</i>
AGÊNCIA Nº <i>2617</i>	DV <i>4</i>
CONTA Nº <i>56.737</i>	DV <i>X</i>

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, 25 de Janeiro de 2018
Local e Data

Cleter Antônio Cavalcante

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Carta n°: 13210125

A/C: CLOTER ANTONIO CAVALCANTE

Nº Sinistro: 3180068197
Vitima: CLOTER ANTONIO CAVALCANTE
Data do Acidente: 17/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CLOTER ANTONIO CAVALCANTE

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000005780-0

Conta: 0000019388-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: 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%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

