

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180209587 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDEMAR ELIZARIO DA SILVA **Data do acidente:** 27/01/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Luxação acrômio clavicular direita.
Fissura no úmero direito (cabeça).

Descrição do exame médico pericial: Limitação da elevação e da abdução do ombro direito, crepitação articular do ombro direito e hipotrofia muscular da região escapular.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, imobilização com tipoia (30 dias).
Realizou fisioterapia.
Alta médica (05/2018).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/05/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do ombro direito.

Médico examinador: REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO

CRM do médico: 1032

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2018

Carta n°: 12896284

A/C: VALDEMAR ELIZARIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180209587
Vitima: VALDEMAR ELIZARIO DA SILVA
Data do Acidente: 27/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

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: VALDEMAR ELIZARIO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000015922-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (disponível 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 que seja feita a correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de credito de 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 incapaz com curador). O formulário deve ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apesar o Representante Legal precisar 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").

Nº do o do S. nistro da ASL

CPF da Vítima

269 846.403 - 97

Nº do comprovante de v. 1.1.0

Waldemar Elizário da Silveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome e sobrenome	CPF da Vítima	Profissão
Waldemar Elizário da Silveira	269 846.403 - 97	Divorciado
Maria Marieta Melo Marques	041	Complemento
Dr. Silvano Penteado Boa Vista	RR	Cidade
Identidade, placa do carro, CNH	64 314-354	Telefone (DDD)
	1921 33117-5392	

Declaro, sob os termos da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia da carta anexante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RENDIMENTOS	DESPESA	DESPESA	DESPESA
R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 3.000,00	R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos acima. Assinale uma opção)

BANCO XX (227) - BANCO DO BRASIL (001) - ITAÚ (344)

CAIXA ECONÔMICA F. (004)

AGÊNCIA	CONTA
004-7	11057-002

CONTA CORRENTE (todas as bancos)

BANCO _____ NBR _____

AGÊNCIA	CONTA
004	0000000000000000

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 acima, efetuado o crédito, reconheço e sou paga a quitação do valor indenizado.

Por elas RR. 04 de Maio de 2018

Assinatura

08 MAIO 2018

SEGURADORA S/A

Waldemar Elizário da Silveira
 Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO

