

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180157671      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CELSO RAMOS DA SILVA      **Data do acidente:** 17/12/2017      **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO

**Descrição do exame** APRESENTA PSEUDOARTROSE EM TORNOZELO ESQUERDO E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PLANTIFLEXÃO E  
**médico pericial:** DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, INICIALMENTE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO COM IMOBILIZAÇÃO POR CALHA GESSADA E POSTERIORMENTE REALIZOU OSTEOSÍNTESE EM TÍBIA E FÍBULA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

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

## PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

**Médico revisor:** Anderson Anisio

**CRM do médico:** 52.25458-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**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**, sem reservas, 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 da Indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou é 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 Siscom ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da Vítima

747.783.972-20

Celso Ramos da Silva

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Celso Ramos da Silva	747.783.972-20	Curador
Endereço	Número	Complemento
LT Monte Cristo	51m?	
Selma	Estado	CEP
Monte Cristo	Pernambuco	69.301-970
Email	Telefone (DDD)	
	(051) 99130-0335	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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"/> NÃO 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"/> 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

NR.

CONTA

NR.

3588

6458

9

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
Nrce \_\_\_\_\_ Nro. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA

NR.

CONTA

NR.

(Inserir dígito se existir)

(Inserir 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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Bon Vista, 20 de Março de 2018

Local e Data

FAIXA DE RENDAS  
CONTENDO NÃO VERIFICADO

09 AGO 2018

THOMAZ

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CENTRO SEGURO DA S.A.

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Carta n°: 12769809

A/C: CELSO RAMOS DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180157671  
**Vitima:** CELSO RAMOS DA SILVA  
**Data do Acidente:** 17/12/2017  
**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:** CELSO RAMOS DA SILVA

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

**Banco:** 104

**Agência:** 000003588

**Conta:** 000006458-9

**Tipo:** CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	1.687,50

**Dano Pessoal:** Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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

**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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

