

# 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 médico pericial:** APRESENTA PSEUDOARTROSE EM TORNOZELO ESQUERDO E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PLANTIFLEXÃO E 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 OSTEOSSÍNTESE 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, PERMANECER 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

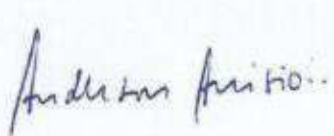
AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

**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 445/17**

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 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 <b>748.783.872-20</b>	Nome completo da vítima <b>Albo Ramos da Silva</b>
---------------------------	--	---

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

Nome completo <b>Albo Ramos da Silva</b>	CPF titular de conta <b>748.783.872-20</b>	Profissão <b>zelador</b>
Endereço <b>LT Monte Cristo</b>	Número <b>S/nº</b>	Complemento
Cidade <b>Monte Cristo</b>	Estado <b>Roraima</b>	CEP <b>69.301-970</b>
Email		Telefone (DDD) <b>(95) 99130-0335</b>

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**

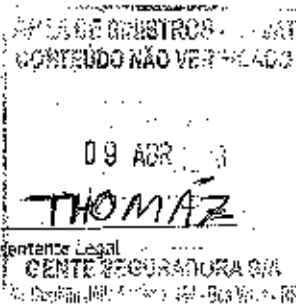
<input checked="" type="checkbox"/> <b>PRECISO INFORMAR</b>	<input type="checkbox"/> <b>SEM RENDA</b>	<input type="checkbox"/> <b>ATÉ R\$ 1.000,00</b>	<input type="checkbox"/> <b>R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00</b>
<input type="checkbox"/> <b>R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00</b>	<input type="checkbox"/> <b>R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00</b>	<input type="checkbox"/> <b>ACIMA DE R\$ 10.000,00</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)</b>		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRD <b>3588</b>		BANCO Nome NRD	
DIV <b>6458</b>		AGÊNCIA NRD <b>6458</b>	
DIV <b>9</b>		DIV <b>9</b>	
(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.

**Boa Vista** **20** de **março** de **2018**  
Local e Data

**Albo Ramos da Silva**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

Carta nº: 12769809

A/C: CELSO RAMOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180157671  
Vítima: CELSO RAMOS DA SILVA  
Data do Acidente: 17/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI 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:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

