

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170639136      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CRISTINA PEREIRA GOLVEIA      **Data do acidente:** 02/10/2017      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA MANDÍBULA BILATERAL

**Descrição do exame médico pericial:** ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS: DESVIO LATERAL DA MANDÍBULA, DEFICIT DE ABERTURA BUCAL

**Resultados terapêuticos:** VITIMA SOFREU FRATURA DA MANDÍBULA BILATERAL, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM USO DE PLACAS E PARAFUSOS. ESTÁ DE ALTA.

**Sequelas permanentes:** ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS COM DESVIO LATERAL DA MANDÍBULA, DEFICIT DE ABERTURA BUCAL

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/01/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MODERADO EM ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS

**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
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 médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
<b>Total</b>			<b>50 %</b>	<b>R\$ 6.750,00</b>

## PRESTADOR

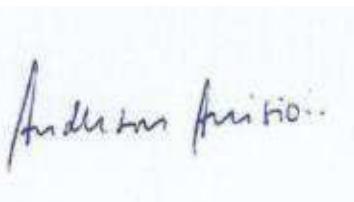
AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

**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

Autorização de pagamento

0014

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, NSC 211.

É obrigatório Representante Legal para:

Fernanda

**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

Nome completo da vítima

861.169.752-91

Cristina Pereira Golváia

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

Nome completo

Cristina Pereira Golváia

CPF titular da conta

861.169.752-91

Profissão

Aux. Cozinha

Endereço

R. Altair Pereira de Melo

Número

1588

Complemento

Bairro

Jardim

Cidade

Caixa Vista

Estado

Roraima

CEP

69.313-780

Telefone (DDD)

95) 99115-3795

Email

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

RECUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

BANCO

Nome

Banco do Brasil

NRO

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.

D/V

CONTA NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRO.

D/V

CONTA NRO.

D/V

2617 4

(Informar dígito se existir)

46.901

(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.

Caixa Vista, 23 de novembro de 2017

Local e Data

x Cristina Pereira Golváia

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2018

Carta n°: 12303847

A/C: CRISTINA PEREIRA GOLVEIA

**Nº Sinistro:** 3170639136  
**Vitima:** CRISTINA PEREIRA GOLVEIA  
**Data do Acidente:** 02/10/2017  
**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: CRISTINA PEREIRA GOLVEIA

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 001

Agência: 000002617-4

Conta: 0000046901-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	6.750,00

**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 médio 50%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (50% de 100%) 50,00%

<b>Valor a indenizar:</b> 50,00% x 13.500,00 =	R\$	6.750,00
--	-----	----------

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

