

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 00000088881-7

---

Nr. da Autenticação 06C37D054EE2BB50

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180116722      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GLAUCIO PEDRO CALLAND FEITOSA      **Data do acidente:** 16/11/2016      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TERCO DISTAL DE Perna ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS NO TERCO DISTAL DA FIBULA ESQUERDA. ESTA DE ALTA MEDICA.

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO COM DEFORMIDADE EM TOPOGRAFIA DE TERCO DISTAL DE Perna ESQUERDO E COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO A ESQUERDA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** \* REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

**CRM do médico:** 10570

**UF do CRM do médico:** SC

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**