

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180209587

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VALDEMAR ELIZIARIO 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 termino 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 nº: 12896284

A/C: VALDEMAR ELIZIARIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180209587
Vítima: VALDEMAR ELIZIARIO 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 ELIZIARIO 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 0721204 ou 0800 271706 (atendimento 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 correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de crédito e 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 do grupo (no campo 1 - Assinatura do Beneficiário) e seu Representante Legal (campo 2 - Assinatura do Representante Legal).

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **269.846.103 - 97** Nome completo da vítima: **Waldemar Elizario da Silva**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **Waldemar Elizario da Silva** CPF titular da conta: **269.846.103-97** Profissão: **divorciado**
 Endereço: **Rua Marieta Melo Marques** Número: **441** Complemento: **casca**
 Bairro: **Boa Vista** Estado: **RR** CEP: **69.314-354**
 Cidade: **Jardim de Paz - Boa Vista - Roraima** Telefone (DDD): **1961 94117-5392**

Atenda-se às normas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER - DPVAT, resida no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do cartão de residência do endereço informado.

TAXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 3.000,00 R\$ 3.000,01 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ 7.000,01 ATÉ R\$ 10.000,00 R\$ 10.000,00 ATÉ R\$ 30.000,00 ACIMA DE R\$ 30.000,00

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (040)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

BANCO: _____ NRO: _____
 AGÊNCIA: _____ NRO: _____
 CONTA: _____ NRO: _____

AGÊNCIA: **Boa Vista** NRO: **159** AGÊNCIA: _____ NRO: _____
 CONTA: **159** CONTA: _____ NRO: _____

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a liberação 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 bancária informada a crédito, reconhecendo ou pena quitação do valor indenizado.

Boa Vista RR, 04 de Maio de 2018
 Local e Data

Waldemar Elizario da Silva
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Waldemar Elizario da Silva
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SAREMI SEGURO S.A.
 08 MAI 2018
RECEBIDO



SABEMI SEGURODORA S/A
08 MAI 2018
RECEBIDO