

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180260685 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FIRMINO RIBEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 18/11/2016 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA E LUXAÇÃO DE TALUS-NAVICULAR DO PÉ ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO (ADM EM 20º).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 26/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Nota do revisor: adequamos o ?PI? conforme relatório descritivo do médico examinador (limitação funcional severa em tornozelo esquerdo).  
Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Médico examinador:** Ismar Aguiar Marques Filho

**CRM do médico:** 3165

**UF do CRM do médico:** PI

## 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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

## PRESTADOR

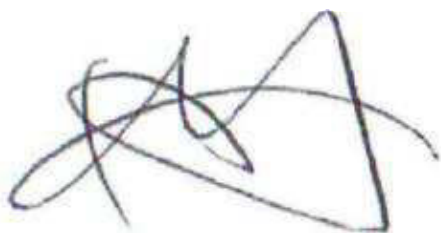
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Carta nº: 13111275

A/C: FIRMINO RIBEIRO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180260685  
Vítima: FIRMINO RIBEIRO DA SILVA  
Data do Acidente: 18/11/2016  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

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: **FIRMINO RIBEIRO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000003828**

Conta: **0000017974-6**

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 tornozelo 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](http://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 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 deve ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal preenche e assina 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

318026 06 85

CPF da Vítima

287.352.503-72

Nome completo da vítima

Firmino Ribeiro da Silva

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

Nome completo Firmão Ribeiro da Silva		CPF titular da conta 287.352.503-72	Profissão Reuso-me
Endereço R. Delma Rosepe QD-07 Casa-02		Número 02	Complemento casa
Bairro Santo Maria da Graça	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 64000-000
Email		Telefone (DDD) (86) 3303-4104	

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"/> RECUSO 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	
<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"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 3828 D/V [ ] (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome [ ] NRO. [ ] <b>AGÊNCIA</b> NRO. [ ] D/V [ ] (Informar dígito se existir)	
<b>CONTA</b> NRO. 17974 D/V 6 (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. [ ] D/V [ ] (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.

Teresina, 09 de Julho de 2018

Local e Data

Firmino Ribeiro da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

as CAIXA Loterias CAIXA Loterias CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0000 726 0101  
OUVIDORIA 0000 725 7474

190-549820571-2

09/JUL/2018

HORA DF 09:22:27

LOT: 16.19448-2  
LOCALIDADE: TERESINA  
AG, VINCULADA: 3828

TERM: 044929  
CONTROLE: 597711505

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3828 013 00017974-6

FIRMINO RIBEIRO DA SILVA

VALOR : 

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VALIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

190-549820571-2

1ª VIA

terias CAIXA Loterias CAIXA Loterias

DEPARTAMENTO DE DINHEIRO  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
09 JUL. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Centro - Norte CEP: 64.002-170