

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180136802 **Cidade:** Miguel Alves **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA RIBEIRO **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ OMBRO DIREITO 50% DE 25%

Documentos complementares:

Observações:

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Carta nº: 12745108

A/C: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA RIBEIRO

Nº Sinistro: 3180136802
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA RIBEIRO
Data do Acidente: 02/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JAYRLAN RAYONNE DANOVA VIEIRA

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: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA RIBEIRO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002298-5

Conta: 000010019340-4

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 dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

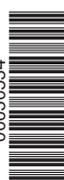
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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.

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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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
612.195.313-67

Nome completo da vítima
FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA RIBEIRO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA RIBEIRO		CPF titular da conta 612.195.313-67	Profissão
Endereço RUA: CRUZ DAS ALMAS		Número 1970	Complemento
Bairro COHEB	Cidade MIGUEL ALVES	Estado PIAUI	CEP 64130-000
Email			Telefone (DDD) (86)9.99395104

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
 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237)
 BANCO DO BRASIL (001)
 ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome <input type="text"/>	NRO <input type="text"/>
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>
CONTA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>

(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.

MIGUEL ALVES, 12 de MARÇO de 2018
Local e Data

FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA RIBEIRO
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Reconheço verdadeira(s) a(s) Firma(s)

Francisco das Chagas de Souza Ribeiro

Dou fé: Em testemunho da verdade.

Miguel Alves-PI, 33/03/2018

Júlio César de Castro Oliveira

Tabelião Designado
Mat.: 4138201

OFÍCIO ÚNICO

Rua São Pedro, 35 - Centro



LIDER

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

DADOS DO RECEBIDOR DA INDENIZAÇÃO BENEFICÍARIO DO REPRESENTANTE LEGAL

Nome Completo	CPF	Endereço

FAIXA DE RENDA MÉDIA E DADOS BANCÁRIOS

RENDA INFORMAR
 SEM RENDA
 RENDIMENTO ATÉ R\$ 2.000,00
 RENDIMENTO ACIMA DE R\$ 2.000,00

NÃO POSSUI BANCOS ABERTOS
 POSSUI BANCOS ABERTOS

BANCOS ABERTOS:

Banco	Conta Corrente	Conta Poupança

Declara que os dados bancários são de inteira titularidade e compreendem a cobertura documental para o registro eletrônico de acordo com a legislação em vigor.

