

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170052712 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREIA ALVES DE ARAUJO **Data do acidente:** 07/07/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
RODRIGUES

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: EDEMA RESIDUAL IMPORTANTE, LIMITAÇÃO PARA MOVIMENTO DO PÉ DIREITO, CLAUDICAÇÃO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM GESSO POR 30 DIAS E 30 SS DE FISIOTERAPIA.
SEM COMPLICAÇÃO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/02/2017

Conduta mantida:

Observações: LATERALIDADE DE ACORDO COM A DOCUMENTAÇÃO MEDICO HOSPITALAR.

Médico examinador: Joaquim Freitas Diogo

CRM do médico: 8133

UF do CRM do médico: CE

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Nº DO SINISTRO: 3160/496947**CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA**

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **ANDREIA ALVES DE ARAUJO RODRIGUES**, PORTADOR(A) DO RG Nº **2007925532-3** EXPEDIDO POR **SSP-CE** EXPEDIDO EM **14/07/2011** E CPF **052.368.823-70**, PROFISSÃO **RECUSO**, CUJA RENDA MENSAL **NÃO QUIS INFORMAR (*)**, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **ANDREIA ALVES DE ARAUJO RODRIGUES**, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Pensão;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta cu cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº DO BANCO _____ Nº DA AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº DA CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)Nº DO BANCO **104** Nº DA AGÊNCIA (com dígito, se existir) **0032** Nº DA CONTA (com dígito, se existir) **35344-9**

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

JOÃO MONTE - CE 16 de JANEIRO de 2017
LOCAL E DATA

Andréia Alves de Araújo Rodrigues
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

• O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a legislação vigente na data do acidente). Indenização de **até R\$13.500,00** em caso de **invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de **despesas médico-hospitalares**.

• Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para a SAC DPVAT 0800-0221204.



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10554460

A/C: ANDREIA ALVES DE ARAUJO RODRIGUES

Sinistro: 3170052712 ASL-0022502/17
Vítima: ANDREIA ALVES DE ARAUJO RODRIGUES
Data Acidente: 07/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: AGUINALDO GOMES MARTINS

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: ANDREIA ALVES DE ARAUJO RODRIGUES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000032

Conta: 0000035344-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

