

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170506960 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/04/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS  
**AMORIM**

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA ABERTA DISTAL DOS OSSOS DA PERNA, COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO NA FLEXÃO E NA EXTENSÃO DO TORNOZELO, BLOQUEIO DA DORSIFLEXÃO E EVERSÃO DO PÉ, DECORRENTE DE LESÃO DO TIBIAL ANTERIOR E FÍBULO-TALAR. MARCHA COM PÉ EQUINO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO COM LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO DE TECIDOS, TENTATIVA DE REPARO DE TENDÕES, POSTERIORMENTE OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/11/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Casemiro Dutra de Medeiros Junior

**CRM do médico:** 6818

**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 membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ ANTONIO SERODIO

**CRM do médico:** 52.16328-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12040350

A/C: RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS AMORIM

Nº Sinistro: 3170506960  
Vítima: RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS AMORIM  
Data do Acidente: 05/04/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: FABIO DE SOUSA ARAUJO

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: **RAIMUNDO NONATO DOS SANTOS AMORIM**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000755**

Conta: **0000031452-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

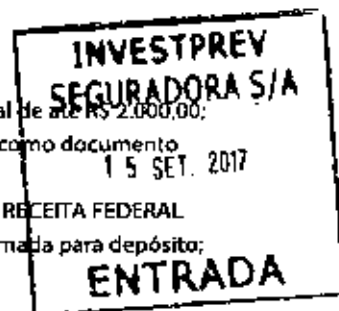
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU Raimundo Nonato dos Santos Amorim  
PORTADOR(A) DO RG Nº 2002030003900 EXPEDIDO POR SSP CE EM 14/02/17 E  
CPF 004565983-40 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Dependentes  
E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Raimundo Nonato dos Santos Amorim AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER 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 Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem 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 POUPANÇA 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](http://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 ou 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 POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0555 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 314525

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

Raimundo 05 de Maio de 2017

LUGAL E DATA

Raimundo Nonato dos Santos Amorim

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à 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 severity prevista na lei 13.945/2010) e reembolso de até R\$ 7.000,00 em caso de despesas médicas decorrentes do acidente.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurostransito.com.br](http://www.dpvatsegurostransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022224.

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

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, Raimundo Nenete dos Santos AmorimPORTADOR(A) DO RG Nº 2022030003900 EXPEDIDO POR SSP CE EM 14/02/17 ECPF 004565983-40 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO DepositarE RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Raimundo Nenete dos Santos Amorim AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER 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 Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem 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 POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas 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](http://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 ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0755 N° da CONTA (com dígito, se existir) 31452 5

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

Raimundo Nenete dos Santos Amorim 05 de março de 2017

LOCAL E DATA

Raimundo Nenete dos Santos Amorim

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à 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 seqüelas 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 médicas hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0211104.

