

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170065003 **Cidade:** Aracati **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRO DE SOUZA SILVA **Data do acidente:** 25/08/2016 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO COM EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE
médico pericial: SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO
INTERNA. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO,
FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

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

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXSANDRO DE SOUZA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00685-8

CONTA: 000000026467-9

Nr. Autenticação

BRADESCO20032017050000000002370068500000026467472500 PAGO

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2017

Carta n°: 10698836

A/C: ALEXSANDRO DE SOUZA SILVA

Sinistro: 3170065003 ASL-0036765/17
Vitima: ALEXSANDRO DE SOUZA SILVA
Data Acidente: 25/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: ALEXSANDRO DE SOUZA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000685-8

Conta: 0000026467-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

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, ALEXSANDRO DE SOUZA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2002010248019 EXPEDIDO POR 550 EM 26/05/11 E

CPF 0105957443-816 /CNPJ 00000000000000, PROFISSÃO M-1

E RENDA MENSAL DE R\$ N-1 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ALEXSANDRO DE SOUZA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 145/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurado, 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, fique de olho 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, operação para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação D13 da CEF aberta em Unidade Lotáticas 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 ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0085 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 26.467-9

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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 SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

25 JAN 2017

ENTRADA

Fatiosos, 10 de dezembro de 2016

LOCAL E DATA

Alessandro de Souza Silva

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 incidente), 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 o SAC DPVAT 0800-0221204.

Bradesco **Da Noite**

SON: BRADESCO-DA-NOTTE	
EXTRATO CONTA	TERM. 061512
ALEXANDRO DE GOUZA S. SILVA	13:45 08/05
AGENCIADA-0600 CAMPANHA 00036467-6	08/05/2017
DISPONIVEL	
+ TAHAE DISPONIVEL	11:10-
+ CENTR (C/C PECOR)	10-
TOTAL DE RECURSOS	11:10-

INVESTPREV

25 JAN 2017

ENTRADA