

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, **PAULO TEIXEIRA NETO**, portador do (a) RG: 2002005210388 expedido por, 12/11/2002 SSP/CE e inscrito no CPF: 007.749.893-35, profissão AGRICULTOR e renda mensal de R\$ 300.00 na qualidade de favorecido e beneficiário (a) do valor referente a indenização/reembolso do Seguro obrigatório DPVAT da vítima: **PAULO TEIXEIRA NETO**, autorizo a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o respectivo Pagamento / Credito, de acordo com a forma indicada:

(\*) 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:



1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.



CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE DO BANCO DO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA: 1351 • CONTA-CORRENTE: 076932-0



CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_



CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_



CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_



CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

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

ITAPIPOCA – CE, 06 de NOVEMBRO de 2013.

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

*Paulo Teixeira Neto*

ARJANA SEGUROS



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 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-

29 NOV 2013

Correspondente do Banco Bradesco S.A.  
ENCANTO DE PRESENTES E DECORACAO

Data: 06/11/2013 Hora de Brasilia: 11:17

\*\*\* Extrato de Conta Corrente \*\*\*

PAULO TEIXEIRA NETO 11:17HR  
AGENCIA 1351 CTA 0076932-0 06/NOV/2013

DISPONIVEL	0.00
+ CONTA CORRENTE	0.00
= TOTAL DISPONIVEL	0.00
SALDO TOTAL	0.00

Ag. Bradesco : 1351 - ITAPIPOCA  
Corresp. Banc.: 134 - ENCANTO PRES DECOR  
NSU: 022567406296 Autenticacao: 038831  
OUVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933

DEMONSTRATIVO EMITIDO NO  
POS: 00018356 NSU: 258841943

Correspondente do Banco Bradesco S.A.  
ENCANTO DE PRESENTES E DECORACAO

Data: 06/11/2013 Hora de Brasilia: 11:17

\*\*\* Extrato de Conta Corrente \*\*\*

PAULO TEIXEIRA NETO 11:17HR  
AGENCIA 1351 CTA 0076932-0 06/NOV/2013

DISPONIVEL	
+ CONTA CORRENTE	0.00
= TOTAL DISPONIVEL	0.00
SALDO TOTAL	0.00

Ag. Bradesco : 1351 - ITAPIPOCA  
Corresp. Banc.: 134 - ENCANTO PRES DECOR  
NSU: 022567406296 Autenticacao: 038831

OUVIDORIA BRADESCO  
0800 727 9933

DEMONSTRATIVO EMITIDO NO  
POS: 00018356 NSU: 258841943

ARUANA SEGUROS

129 NOV 2013

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013771963**Cidade:** Itapipoca**Natureza:** Invalidez**Vítima:** PAULO TEIXEIRA NETO**Data do acidente:** 08/08/2013**Emissor do parecer:** Luiz Antonio Torres Serodio**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A**Prestadora:** ACE Gestão de Saúde Ltda.**CRM do médico:** 4600

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta dos ossos da perna direita.**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame, apresenta claudicação, presença de osteomielite com secreção purulenta, bloqueio na flexão do joelho e na flexoextensão do tornozelo direito.**Resultados terapêuticos:** Tratado com limpeza cirúrgica e fixação com placa e parafusos, desenvolveu osteomielite.**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior direito.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 04/04/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** ROBERTO MENDES RODRIGUES**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

**Dano**

Perda funcional completa de um dos membros inferiores

%	Dimensão	Graduação
70	1	75

**Valor avaliado:** 7.087,50

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **PAULO TEIXEIRA NETO** Sinistro: **2013771963** Data: **08/08/2013**

Endereço do(a) Examinado(a): **FAZENDA VELHA - DISTRITO DE CORREGO FUNDO, S/N - ZONA RURAL - Trairi - CE - CEP 62690-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **2002005210388**

Data local do exame: [ **04/04/2014** ] **Fortaleza** [ **CE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Fratura exposta dos ossos da perna direita. Claudicação, presença de osteomielite com secreção purulenta, bloqueio na flexão do joelho e na flexo-extensão do tornozelo direito**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**Tratado com limpeza cirúrgica e fixação com placa e parafusos, desenvolveu osteomielite.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do membro inferior direito**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Membro inferior direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( **X** ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

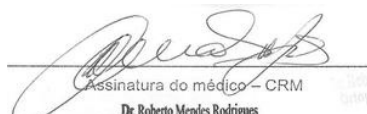
Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

  
Assinatura do médico - CRM  
Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Traumato-Ortopedia  
CRM 4600

Roberto Mendes Rodrigues / Fortaleza - CRM: 4600 - CE