

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2016

Carta nº: 8797684

A/C: FRANCISCO VICENTE DE PAULO

Sinistro: 3160144208  
Vitima: FRANCISCO VICENTE DE PAULO  
Data Acidente: 22/11/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÃ©CNICA Â?? SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170541998 **Cidade:** Independência **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO VICENTE DE PAULO **Data do acidente:** 22/11/2015 **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Vítima com contusão no pé direito

**Descrição do exame médico pericial:** Sem sequela permanente

**Resultados terapêuticos:** Vítima submetido a tratamento ortopédico conservador com imobilização gessada e analgesia. Fez dez sessões de fisioterapia. Sem sequelas

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 26/01/2018

### Conduta mantida:

**Observações:** SEM SEQUELAS DO PÉ DIREITO.

OB S- NOTA DO REVISOR: BOLETIM DE ATENDIMENTO ILEGÍVEL, ONDE CONSIGO IDENTIFICAR TRAUMA EM PÉ DIREITO. LAUDO MODIFICADO APÓS CONTATO TELEFÔNICO

**Médico examinador:** GUTENBERG MENDES FARIAS FILHO

**CRM do médico:** 6087

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**