

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180295367 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WILLIAM MICHAEL DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 10/04/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM PUNHO DIREITO COM FRATURA DO RÁDIO

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE MEDIAL DO ANTEBRAÇO DIREITO, EDEMA LOCAL, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PRONOSUPINAÇÃO, FLEXÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO PUNHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SOFREU FRATURA DO PUNHO DIREITO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOSSÍNTESE COM FIXAÇÃO POR PLACAS, PARAFUSOS E HASTE METÁLICA, COMPLEMENTANDO COM TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 30/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO PUNHO DIREITO EM GRAU MODERADO.

**Médico examinador:** FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JUNIOR

**CRM do médico:** 365

**UF do CRM do médico:** RR

## 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

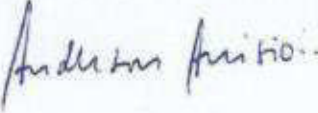
AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

**Médico revisor:** Anderson Anísio

**CRM do médico:** 52.25458-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

020.339.362-79

Nome completo da vítima

William Michael de O. Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo William Michael de Oliveira Santos		CPF titular da conta 020.339.362-79	Profissão Militar
Endereço R. Trairira		Número 100	Complemento
Bairro Santa Tereza	Cidade Boa Vista	Estado RR	CEP 69.314-096
Email		(Telefone (DDD)) (95) 99115-5159	

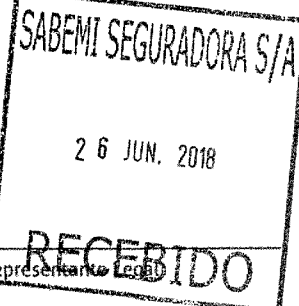
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome Banco Itaú		NRO 841		AGÊNCIA NRO. 1352		CONTA NRO. 43294	
D/V (Informar dígito se existir)		D/V (Informar dígito se existir)		D/V (Informar dígito se existir)		D/V (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista 25 de Junho de 2018  
Local e Data



William Michael de O. Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

26 JUN. 2018

RECEBIDO



Banco Itaú S/A

BCC ITAU EXTRATO CTA CORRENTE  
AGENCIA 1352 DATA 24/05/2018 HORA 18.11.10  
CONTA 43234-0 WILLIAM SANTOS  
TIPC INDIVIDUAL

DIA	HISTORICO	ORIG	VALOR
14	SALDO ANTERIOR	14/05	14,59
	MAYO/2018		
23	RSHOP-MARLON DOS	24/05 5934	14,59-

POEICA0 E4 24/05/2018  
(+) SALDO PROVISORIO CONTA 0,00  
(-) SALDO DISPONIVEL F/ SAQUE 0,00

LANCAMENTOS FUTUROS  
01/06A INT 1352.43294-0/500 100,00-

A.G. = AGENDAMENTO/APLICACAO PROGRAMADA SUJEITO  
A CONFIRMACAO DE SALDO NA DATA PREVISTA.  
OS SALDOS ACIMA SAO BASEADOS NAS INFORMACOES  
DISPONIVEIS ATE ESTE INSTANTE E PODERAO SER  
ALTERADOS A QUALQUER MOMENTO EM FUNCAO DE  
NOVOS LANCAMENTOS.

NOVIDADE NO EXTRATO:  
O LANCAMENTO "SALDO A LIBERAR" NAO SE TRATA DE  
UM DEBITO EM SUA CONTA, E SIM UM CREDITO AINDA  
NAO LIBERADO PARA UTILIZACAO NAQUELE DIA

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **WILLIAM MICHAEL DE OLIVEIRA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180295367**

Vitima: **WILLIAM MICHAEL DE OLIVEIRA SANTOS**

Data do Acidente: **10/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCO SIMEAO ARAUJO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180295367**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13047665

