

# 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 OSTEOSÍNTESE COM FIXAÇÃO POR PLACAS, PARAFUSOS E HASTE METÁLICA, COMPLEMENTANDO COM TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E FISIOTERAPÉUTICO. 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, PERMANECEU 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          |
| <b>Total</b>                                  |  |  | <b>12,5 %</b> | <b>R\$ 1.687,50</b>   |

## PRESTADOR

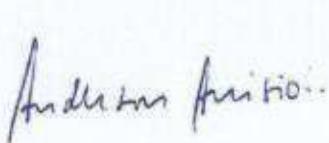
AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

**Médico revisor:** Anderson Anisio

**CRM do médico:** 52.25458-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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                      | CPF titular da conta | Profissão   |
| William Michael de Oliveira Santos | 020.339.362-79       | Militar     |
| Endereço                           | Número               | Complemento |
| R. Traíra                          | 100                  |             |
| Bairro                             | Estado               | CEP         |
| Santa Tereza                       | RE                   | 09.314-096  |
| Email                              | Telefone (DDD)       |             |
|                                    | (15) 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"/> SEM RENDA                     | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00               | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco Itau

NRO.

841

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

1352

D/V

43294

(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.

Bea Vista 25 de Junho de 2018

Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

26 JUN. 2018

William Michael de O. Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO

SABEMI SEGURADORAS S/A

26 JUN. 2018

RECEBIDO



Banco Itaú S/A

BCC ITAÚ EXTRATO CTA CORRENTE  
AGÊNCIA 1352 DATA 24/05/2018 HORA 18.11.00  
CONTA 4323-1-0 WILLIAM SANTOS  
TIPO INDIVIDUAL

| DIA HISTÓRICO         | ORIG       | VALOR  |
|-----------------------|------------|--------|
| 14 SALDO ANTERIOR     | 14/05      | 14,69  |
| ----- MAIO/2018 ----- |            |        |
| 23 RSHOP-MARLON DOS   | 24/05 5934 | 14,69- |

|                               |      |
|-------------------------------|------|
| POSIÇÃO EM 24/05/2018         |      |
| (+) SALDO PROVISÓRIO CONTA    | 0,00 |
| (=) SALDO DISPONÍVEL P/ SAQUE | 0,00 |

LANÇAMENTOS FUTUROS -  
01/06/18 INT 1352.43294-0/500 100,00-  
A,6 = AGENDAMENTO/APLICAÇÃO PROGRAMADA SUJEITO  
A CONFIRMAÇÃO DE SALDO NA DATA PREVISTA.  
OS SALDOS ACIMA SÃO BASEADOS NAS INFORMAÇÕES  
DISPONÍVEIS ATÉ ESTE INSTANTE E PODERÃO SER  
ALTERADOS A QUALQUER MOMENTO EM FUNÇÃO DE  
NOVOS LANÇAMENTOS.

NOVIDADE NO EXTRATO:  
O LANÇAMENTO "SALDO A LIBERAR" NÃO SE TRATA DE  
UM DEBITO EM SUA CONTA, E SIM UM CREDITO AINDA  
NÃO LIBERADO PARA UTILIZAÇÃO 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**

