

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/01/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02201-2

CONTA: 000010020340-X

Nr. da Autenticação 8F0FAF8D6E31B3A0

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8282714

A/C: WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA

Sinistro: 3151027187
Vitima: WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA
Data Acidente: 24/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8352070

A/C: WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA

Sinistro: 3151027187
Vítima: WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA
Data Acidente: 24/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

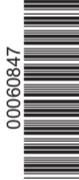
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: **3151027187 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO PASTA nº 0 - ZONA RURAL - JAGUARUANA/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2007030030437 - SSP**

Data local do exame: **06/01/2016 MOSSORÓ/RN**

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)

TRAUMATISMO CONTUSO EM JOELHO E TORNOZELO DIREITOS

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?

SIM NÃO

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?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**MEMBRO INFERIOR DIREITO- PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO ORTOPÉDICO CONSERVADOR MEDICAMENTOSO PARA TRATAMENTO DAS INJURIAS EM JOELHO E TORNOZELO DIREITOS.
ALTA MÉDICA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

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.

MEMBRO INFERIOR DIREITO- APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE A DIREITA, LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO E JOELHO DIREITOS EM GRAU RESIDUAL.

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - MOSSORÓ, 06/01/2016

Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302


Dr. Gustavo Adolfo P. da Silva Jr.
Médico - Perito
CRMCE - 6302



Nº DO SINISTRO	CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA
----------------	----------------------------------

57841)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esse sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA**, PORTADOR(A) DO RG Nº 2007030030437- EXPEDIDO POR SSPDS-CE EM . E CPF/CNPJ 042.319.943-90, PROFISSÃO AGRICULTOR E RENDA MENSALDE R\$ 678,00, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA: **WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES PABAIXOS PRESTADAS.

A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as reguladoras 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 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\$ 2.000,00;
 - 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 consultar ao site da RECEITA FEDERAL -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 (ACEITAMOS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-CORRENTE

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO BRADESCO

BANCO 237 – AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA 20.340-8

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO ITAÚ

BANCO 001 – AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 – AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA

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

LOCAL: JAGUARUANA-CE – DATA 06/02/2015

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Willyam Maston de Sousa Silvia

 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 vigem 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 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.dpvateurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 1204.





ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL
DPI/DRB/UPC DE BARREIRA TEL. (85) 3331.1901- 94029694



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE N°1171/2014 (UP/AT/R)

DADOS DA OCORRÊNCIA:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Comunicação que faz

DATA E HORA DA COMUNICAÇÃO: 01/09/2014 às 15h46min

DATA E HORA DA OCORRÊNCIA: 24/05/2014 às 12h30min

ENDERECO DA OCORRÊNCIA: ST Bento Pereira - Zona Rural - Russas-Ce.

HISTÓRICO:

Informa o noticiante que no dia e local acima referidos seguia de Russas para Jaguaruana conduzindo a Motocicleta Honda/CG 150 TITAN EX, de Placa: OSK-8182-Jaguaruana-Ce; documento em nome do noticiante, quando o pneu da motocicleta derrapou nas pedrinhas da estrada carroçal, desequilibrou-se, perdeu o controle e caiu; Que o noticiante foi para sua residência e minutos depois, devido as fortes dores, procurou atendimento médico no Hospital Maternidade Nossa Senhora da Expectação de Jaguaruana-Ce. Nada mais disse, dando-se por encerrado esta ocorrência.

DADOS DO NOTICIANTE:

NOME: WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA

DATA NASC: 26/06/1990

RG: 2007030030437 SSPDS/CE

CPF: 042.319.943-90

ESTADO CIVIL: Solteiro

PROFISSAO: Agricultor

FILIAÇÃO: João Wilton da Silva e Maria Lusinete de Sousa Silva

ENDERECO: ST Pasta, s/n -Zona Rural - Jaguaruana-Ce.

Assinatura do Noticiante: Willyam Maston de Souza Silva

Responsável pelo Registro:

Francisco Wellington Cavalcante
MF 12396

CIDADE POLICIAL
BARREIRA
CEARA
POLICIA CIVIL

28 ABR 2015

LIAANEIRO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IMI

EU, **WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA**, Portador da carteira de identidade nº: **2007030030437-**, expedido por SSPDS-CE, em data, inscrito no CPF/MF sob nº: **042.319.943-90**, Residente e domiciliado: **SITIO:PASTA, N° 0**, bairro: **ZONA RURAL**, Cidade: **JAGUARUANA**, Estado CE. Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IMI para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº. 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IMI no município da minha residência; ou
 O estabelecimento do IMI localizado no município em que eu resido, não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 O estabelecimento do IMI localizado no município em que resido, realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IMI, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art.3º da Lei nº 6.194/74.

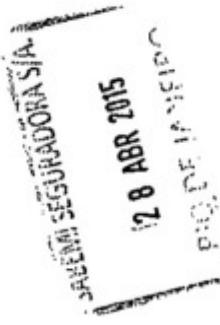
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para realização desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do declarante

Conforme documentação de identificação

Local: **JAGUARUANA – CE** Data: **06/02/2015**


SEGURADORA S/A
128 ABR 2015
PACOTE DE VISTOS

DECI^Y ARV^C YO DE USENCI^Y DE UFR

Journal of Geophysics

L'ANNEE SOCIALE 1924-1925 - GÉRALD DE VILLEPIN

Jaguarana Maternidade Nossa Senhora da Expectação
Documento: 1394
Data: 24/05/14
Assinatura e Carimbo Médico - CRM

Hospital Maternidade Nossa Senhora da Expectação
S.P.A - Serviço de Pronto Atendimento

Acidente Automobilístico:

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA	VERMELHO	<input checked="" type="checkbox"/> 01 HORA URGÊNCIA	<input checked="" type="checkbox"/> AMARELO	<input checked="" type="checkbox"/> 02 HORAS POUCA URGÊNCIA	<input checked="" type="checkbox"/> VERDE	<input checked="" type="checkbox"/> 04 HORAS SEM URGÊNCIA	<input checked="" type="checkbox"/> AZUL
Data: 24/05/14		Hora do atendimento: 13:25		Atendente: ATENDENTE PRIMÁRIO Jaine Cretella			

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
<input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO							

Name: Willian <i>medicor de Souza Silveira</i>	Sexo: () M () F
Data de Nascimento: 26.06.90 RG/CPF/Outros 200703003043+ CADUS	Idade: 23
Filiação: Maria Lúziane de Souza Silveira	
Endereço: S. Am. Pista Branca	Nº 115 Telefone
PSF: Pato	ACS: Ninguém
Peso: Kg PA: 420 x 70 mmHg FC: bpm FR: irpm	TEMP: 38,2°C DX: mg/dl
ATENDIMENTO E CONSULTA	
<input checked="" type="checkbox"/> Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Atendimento de urgência em atenção especializada <input type="checkbox"/> Atendimento ortopédico com imobilização provisória <input type="checkbox"/> Atendimento de Urgência c/ Observação ate 24H	
<input type="checkbox"/> Consulta Médica Atenção Especializada (Cardiologia, Av.Cirúrgica) <input type="checkbox"/> Consulta Médica em Atenção Básica (Pediatra) <input checked="" type="checkbox"/> Consulta de prof. de nível sup na atenção esp (exceto médico) <input checked="" type="checkbox"/> Atividade educativa /Orientação em grupo na atenção	
Data dos 1º Sintomas:	
Anamnese de Enfermagem: <i>PCT</i>	Fatores de Risco: Enfermeiro(a): <i>Wesley</i>

PROCEDIMENTO	
Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico) <i>PCT</i> <i>anigalisi</i> <i>2 Sognacôs + Convenções</i> <i>1 Jocelio e Tonozilo</i>	
Hipótese Diagnóstica:	<i>1 Benzi Prescrição Urgência</i> <i>2 Drenagem de set pecto</i> <i>3 M + est. tons 07 e 100 litros D. Ap. Aferição de Pressão Arterial</i> <i>4 Glicemia capilar</i> <i>5 Administração de medicamentos na Atenção Especializada</i> <i>6 Inalação / Nebulização</i> <i>7 Curativo grau I c/ ou s/ debridamento</i> <i>8 Curativo grau II c/ ou s/ debridamento</i> <i>9 Retirada de pontos de cirurgias básicas</i> <i>10 Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva</i> <i>11 Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Óbito ()</i>
Horário:	<i>14:55 Glauco</i>
Assinatura do executor:	<i>Wesley</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Retirada de Cerúmen de conduto auditivo <input type="checkbox"/> Enema <input type="checkbox"/> Sondagem Gástrica <input type="checkbox"/> Drenagem de abscesso <input type="checkbox"/> Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões <input type="checkbox"/> Exerese de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo <input type="checkbox"/> Retirada de corpo estranho subcutâneo <input type="checkbox"/> Excisão e sutura de linfangiomma / nevus	
Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta () Hora: _____	
Assinatura do Paciente: <i>Willian Nogueira Soáza Silva</i>	
Assinatura do Paciente: <i>Wesley Nogueira Soáza Silva</i>	

DOCUMENTO Z 12/16

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, **WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA**, RG nº **2007030030437**, data de expedição, Órgão **SSPDS-CE**, CPF nº **042.319.943-90**, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que o endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	SITIO:PASTA
Número	0
Apto / complemento	
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	JAGUARUANA
Estado	CE
CEP	62823-000
Telefone de Contato	(88) 9986-3427 / (88) 9288-9545
E-mail	ramonbezerra2005@hotmail.com rogers_16@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JAGUARUANA / CE - 06/02/2015

Assinatura do Declarante: Willyam Maston de Sousa Silva





OBSERVAÇÃO

Paciente:

Leito: Enf:

卷之三

HORA DE CINAS VITAIS / ENQUADRAMENTOS

HORA DE ADMINISTRAÇÃO	SINAIS VITais/EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
----------------------------------	-------------------------------------------------

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta() Hora ___ : Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Óbito ()

Assinatura e Carimbo Médico – CRM

Assinatura do Paciente

DOCUMENTO 1 "T1%"

SABEM SEGURO

NO DEZ 2013



Receituário

Atestado que o paciente William mastom
de Souza SIlva ~~foi~~ vítima de acidente
com motocicleta em 24/05/2014 com

Trauma contuso em local Direito associado

a lesões de partes moles. Submetido a
exame da enfermagem acima.

Atestada das lesões em Tórax
direito aos grandes fôtons costais.
e no abdomen grande distância
obscuras dor. A dor é intensa e permanece
no pé direito.

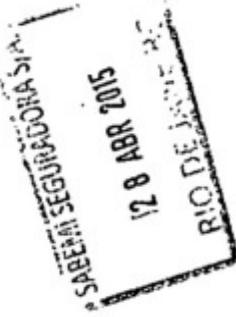
Paciente em alta do hospital
ambulatorial

Rua Gerardo Pereira de Melo, 1351 Centro
Fone: (85) 99991-7305 - Jaguaruana - CE

Carvalho
de 2015



DOCUMENTO 5 *15%



DETRO DA CELESTE		Nº 011560403424
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
VIA	COD. RENAVAM	EXERCÍCIO
PPT 01	005344601942	2014

Nº 011560403424
ENCIAMENTO DE VEÍCULO
FANTR.C. [EXPIRADO] 2014
359900000

Digitized by srujanika@gmail.com

رید آر ای دی ای ای
RIDE 115 1015
ABR 7015
کتابخانه ملی ایران

RIOLI LTD. LTD. LTD.
178 ABR 1015

DOCUMENTO 2 "T2%



Carta De Reanálise

Declaro para os devidos fins, que eu **WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA** portador (a) da carteira de identidade **2007030030437** CPF: **042.319.943-90**, inscrito sob o sinistro DPVAT de número: **3150/486102** declaro minha insatisfação com a resolução de meu processo e enviado novos documentos médicos que provam minhas sequelas, solicito que seja feita uma REANALISE de meu processo e aguardo perícia médica para a minha avaliação.

Sem mais para o momento.

Willyam Maston de Souza Silva

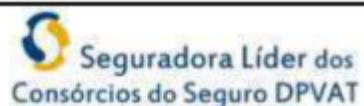
WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA

24/11/2015

SABEMI SEGURADORA S/A..

10 DEZ 2015

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3151027187 Cidade: Russas Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA Data do acidente: 24/05/2014 Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CONTUSO EM JOELHO E TORNOZELO DIREITOS.

Descrição do exame MEMBRO INFERIOR DIREITO- APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE A DIREITA, LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO
médico pericial: DO TORNOZELO E JOELHO DIREITOS EM GRAU RESIDUAL.

Resultados terapêuticos: MEMBRO INFERIOR DIREITO- PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO ORTOPÉDICO CONSERVADOR MEDICAMENTOSO PARA TRATAMENTO DAS INJÚRIAS EM JOELHO E TORNOZELO DIREITOS.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/01/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

CRM do médico: 6302

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 residual - 10 %	7%	\$945.00
		Total	7 %	\$945.00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: