

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº: 11325118

A/C: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO

Sinistro: 3170307916 ASL-0211692/17
Vítima: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO
Data Acidente: 18/12/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 000000053661-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170307916 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **SEVERINO GERONCO DE ARAUJO**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO PIRIPIRI nº 0 - AREA RURAL - MARI/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1387404 - SSP**
Data local do exame: **06/07/2017 JOAO PESSOA/PB**

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)

TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURAS FRONTAL E TEMPORAL DIREITA

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 complicação.

TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURAS FRONTAL E TEMPORAL DIREITA TRATADAS COM CONDUTA CONSERVADORA E QUE EVOLUIU COM PARESTESIA DA HEMIFACE DIREITA E QUEIXA DE PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO. NÃO HÁ COMPROVAÇÃO DO GRAU DE PERDA VISUAL NOS DOCUMENTOS MÉDICOS. VÍTIMA TEM COMO PRINCIPAL QUEIXA A PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO PORÉM NÃO APRESENTOU LAUDO OFTALMOLÓGICO QUE PERMITA AVALIAR O GRAU DE PERDA VISUAL. NÃO APRESENTA SINAIS EXTERNOS QUE PERMITAM INFERIR PERDA VISUAL. DIZ JÁ TER SIDO AVALIADO POR OFTALMOLOGISTA MAS NÃO APRESENTOU DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DA PERDA VISUAL.

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.

REPERCUSSÃO CRANIOFACIAL LEVE.

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 ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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)

CRANIOFACIAL

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 06/07/2017

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB


João Fernandes de Souza
CRM - PB 2732

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170307916

Cidade: Mari

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SEVERINO GERONCO DE ARAUJO

Data do acidente: 18/12/2016

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURAS FRONTAL E TEMPORAL DIREITA

Descrição do exame médico pericial: REPERCUSSÃO CRANIOFACIAL LEVE.

Resultados terapêuticos: TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURAS FRONTAL E TEMPORAL DIREITA TRATADAS COM CONDUTA CONSERVADORA E QUE EVOLUIU COM PARESTESIA DA HEMIFACE DIREITA E QUEIXA DE PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO. NÃO HÁ COMPROVAÇÃO DO GRAU DE PERDA VISUAL NOS DOCUMENTOS MÉDICOS. VÍTIMA TEM COMO PRINCIPAL QUEIXA A PERDA DA VISÃO DO OLHO DIREITO PORÉM NÃO APRESENTOU LAUDO OFTALMOLÓGICO QUE PERMITA AVALIAR O GRAU DE PERDA VISUAL. NÃO APRESENTA SINAIS EXTERNOS QUE PERMITAM INFERIR PERDA VISUAL. DIZ JÁ TER SIDO AVALIADO POR OFTALMOLOGISTA MAS NÃO APRESENTOU DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DA PERDA VISUAL.

Sequelas permanentes: APRESENTA LESÕES CRANEO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/07/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

