

---

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA**  
  
Nº Sinistro: **3180341786**  
Vitima: **FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA**  
Data do Acidente: **08/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JULIETE ALVES MACENA OLIVEIRA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180341786**.

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**

---

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180341786**

Vitima: **FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **08/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JULIETE ALVES MACENA OLIVEIRA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180341786**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

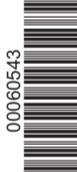
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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**



---

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180341786**

Vitima: **FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **08/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **JULIETE ALVES MACENA OLIVEIRA**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180341786**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **08/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA**  
  
Nº Sinistro: **3180516508**  
Vitima: **FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA**  
Data do Acidente: **08/04/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JULIETE ALVES MACENA OLIVEIRA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180516508**.

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**

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00560

CONTA: 00000050626-2

---

Nr. da Autenticação 38D3E2F923C04904

**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: **3180516508**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ZEUS nº 630 - ALTO DO SUMARE - MOSSORÓ/RN**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 002332755 - SSP**

Data e local do acidente: **08/04/2018 MOSSORÓ/RN**

Data e local do exame: **14/11/2018 MOSSORÓ/RN**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**Traumatismo craniano grave**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*Vítima de acidente de moto onde sofreu TCE com hematoma subdural agudo onde foi realizado craniotomia descompressiva e drenagem de hematoma de urgência e colocado flap ósseo em cavidade abdominal para posterior cranioplastia , evoluiu com febre e leucocitose permanecendo internado do dia 8/4/18 a 27/4/18 em uso de antibióticos venosos até a cura. Foi realizado cirurgia de cranioplastia dia 1/11/18 . Hoje apresenta cicatriz em região abdominal baixa ,cicatriz de neurocirurgia em região temporal esquerda, deformidade em região temporal esquerda, deficit de memória, fez uso de Hidantál por 30 dias,perda de força muscular em membro superior direito, perda de força ao deambular em membro inferior direito e claudicação do membro inferior direito e cefaléia recorrente.*

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Apresenta cicatriz de neurocirurgia em região temporal esquerda, deformidade em região temporal esquerda, deficit de memória, fez uso de Hidantál por 30 dias,perda de força muscular em membro superior direito, perda de força ao deambular em membro inferior direito e claudicação do membro inferior direito e cefaléia recorrente.*

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM       NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM       NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**déficit neurológico em grau moderado**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo 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

*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): **SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

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%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -**

**Médico Perito: LUIS FERNANDO CENTI NASCIMENTO CRM:4863/RN**

  
Dr. Luis F. C. Nascimento  
Ortopedia/Trumatologia  
CRM 4863

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180516508      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 08/04/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo craniano grave

**Descrição do exame** déficit neurológico em grau moderado  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** Vítima de acidente de moto onde sofreu TCE com hematoma subdural agudo onde foi realizado craniotomia descompressiva e drenagem de hematoma de urgência e colocado flap ósseo em cavidade abdominal para posterior cranioplastia , evoluiu com febre e leucocitose permanecendo internado do dia 8/4/18 a 27/4/18 em uso de antibióticos venosos até a cura. Foi realizado cirurgia de cranioplastia dia 1/11/18 . Hoje apresenta cicatriz em região abdominal baixa ,cicatriz de neurocirurgia em região temporal esquerda, deformidade em região temporal esquerda, deficit de memória, fez uso de Hidental por 30 dias,perda de força muscular em membro superior direito, perda de força ao deambular em membro inferior direito e claudicação do membro inferior direito e cefaléia recorrente. Apresenta cicatriz de neurocirurgia em região temporal esquerda, deformidade em região temporal esquerda, deficit de memória, fez uso de Hidental por 30 dias,perda de força muscular em membro superior direito, perda de força ao deambular em membro inferior direito e claudicação do membro inferior direito e cefaléia recorrente.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -

**Médico examinador:** LUIS FERNANDO CENTI NASCIMENTO

**CRM do médico:** 4863

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
		<b>Total</b>	<b>50 %</b>	<b>R\$ 6.750,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## 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:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fabio S Seleri Fernandes".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180341786      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 08/04/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. VÍTIMA EM TRATAMENTO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 10/10/2018, EMITIDA PELO DR. WANDERLEY FILGUEIRA DE MACEDO, CRM No. 7035, NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

## 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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180516508      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 08/04/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIECTOMIA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180516508      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 08/04/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIECTOMIA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180341786      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 08/04/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. VÍTIMA EM TRATAMENTO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 10/10/2018, EMITIDA PELO DR. WANDERLEY FILGUEIRA DE MACEDO, CRM No. 7035, NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

## 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

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180516508      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 08/04/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo craniano grave

**Descrição do exame** déficit neurológico em grau moderado  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** Vítima de acidente de moto onde sofreu TCE com hematoma subdural agudo onde foi realizado craniotomia descompressiva e drenagem de hematoma de urgência e colocado flap ósseo em cavidade abdominal para posterior cranioplastia , evoluiu com febre e leucocitose permanecendo internado do dia 8/4/18 a 27/4/18 em uso de antibióticos venosos até a cura. Foi realizado cirurgia de cranioplastia dia 1/11/18 . Hoje apresenta cicatriz em região abdominal baixa ,cicatriz de neurocirurgia em região temporal esquerda, deformidade em região temporal esquerda, deficit de memória, fez uso de Hidental por 30 dias,perda de força muscular em membro superior direito, perda de força ao deambular em membro inferior direito e claudicação do membro inferior direito e cefaléia recorrente. Apresenta cicatriz de neurocirurgia em região temporal esquerda, deformidade em região temporal esquerda, deficit de memória, fez uso de Hidental por 30 dias,perda de força muscular em membro superior direito, perda de força ao deambular em membro inferior direito e claudicação do membro inferior direito e cefaléia recorrente.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -

**Médico examinador:** LUIS FERNANDO CENTI NASCIMENTO

**CRM do médico:** 4863

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
		<b>Total</b>	<b>50 %</b>	<b>R\$ 6.750,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## 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:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fabio S Seleri Fernandes".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180516508      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO HELIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 08/04/2018      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo craniano grave

**Descrição do exame** déficit neurológico em grau moderado  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** Vítima de acidente de moto onde sofreu TCE com hematoma subdural agudo onde foi realizado craniotomia descompressiva e drenagem de hematoma de urgência e colocado flap ósseo em cavidade abdominal para posterior cranioplastia , evoluiu com febre e leucocitose permanecendo internado do dia 8/4/18 a 27/4/18 em uso de antibióticos venosos até a cura. Foi realizado cirurgia de cranioplastia dia 1/11/18 . Hoje apresenta cicatriz em região abdominal baixa ,cicatriz de neurocirurgia em região temporal esquerda, deformidade em região temporal esquerda, deficit de memória, fez uso de Hidental por 30 dias,perda de força muscular em membro superior direito, perda de força ao deambular em membro inferior direito e claudicação do membro inferior direito e cefaléia recorrente. Apresenta cicatriz de neurocirurgia em região temporal esquerda, deformidade em região temporal esquerda, deficit de memória, fez uso de Hidental por 30 dias,perda de força muscular em membro superior direito, perda de força ao deambular em membro inferior direito e claudicação do membro inferior direito e cefaléia recorrente.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -

**Médico examinador:** LUIS FERNANDO CENTI NASCIMENTO

**CRM do médico:** 4863

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
		<b>Total</b>	<b>50 %</b>	<b>R\$ 6.750,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## 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:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Fabio S Seleri Fernandes".