

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2014215362	<b>Cidade:</b> Maceió	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> AGNALDO DA SILVA BASTO	<b>Data do acidente:</b> 25/04/2012	<b>Emissor do parecer:</b> Roberto Martins Albuquerque
<b>Seguradora:</b> CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A	<b>Prestadora:</b> ACE Gestão de Saúde Ltda.	<b>CRM do médico:</b> 3191

## PARECER

<b>Diagnóstico:</b>	TCE e fratura na face.
<b>Descrição do exame médico pericial:</b>	Queixa de cefaleia, tonteiras, esquecimento e insônia.
<b>Resultados terapêuticos:</b>	Tratamento conservador para TCE, e cirúrgico para face.
<b>Sequelas permanentes:</b>	Déficit cognitivo residual.
<b>Sequelas :</b>	Com sequela
<b>Data da perícia:</b>	15/04/2014
<b>Conduta mantida:</b>	
<b>Observações:</b>	
<b>Valor pleiteado:</b>	13.500,00
<b>Médico avaliador:</b>	Rafael Kennedy Gomes de Oliveira
<b>UF do CRM do médico:</b>	AL

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100	1	10

**Valor avaliado:** 1.350,00

**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**

Nome do(a) Examinado(a): **AGNALDO DA SILVA BASTO** Sinistro: **2014215362** Data: **25/04/2012**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua São Jorge, 25 - BENEDITO BENTES - Maceió - AL - CEP 57084-814**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[ SSP /PE ] 4461699**

Data local do exame: **[ 15/04/2014 ] Maceió** [ **AL** ]

**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) **TCE e fratura na face. Queixa de cefaleia, tonteiras, esquecimento e insônia.**

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? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

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? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

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

**Tratamento conservador para TCE, e cirúrgico para face.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] 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.

**Déficit cognitivo residual.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (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):  
**NEUROLÓGICO**

% do dano: ( **X** ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

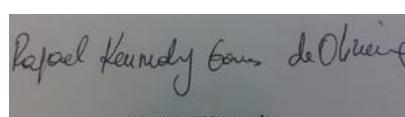
Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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 valoração do dano corporal.

  
Dr. Rafael Kennedy  
Cirurgia Ortopédica  
CRMAL 3191

Rafael Kennedy Gomes de Oliveira - CRM: 3191 - AL

# 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: 22/04/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: AGNALDO DA SILVA BASTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03393-6

CONTA: 000000044664-5

---

Nr. da Autenticação F842344F99BAE900

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014215362**Cidade:** Maceió**Natureza:** Invalidez**Vítima:** AGNALDO DA SILVA BASTO **Data do acidente:** 25/04/2012**Emissor do parecer:** Roberto Martins Albuquerque**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A**Prestadora:** ACE Gestão de Saúde Ltda.**CRM do médico:** 3191

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE e fratura na face.**Descrição do exame médico pericial:** Queixa de cefaleia, tonteiras, esquecimento e insônia.**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador para TCE, e cirúrgico para face.**Sequelas permanentes:** Déficit cognitivo residual.**Sequelas:** Com sequelas**Data da perícia:** 15/04/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** Rafael Kennedy Gomes de Oliveira**UF do CRM do médico:**

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100	1	10

**Valor avaliado:** 1.350,00

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014215362**Cidade:** Maceió**Natureza:** Invalidez**Vítima:** AGNALDO DA SILVA BASTO **Data do acidente:** 25/04/2012**Emissor do parecer:** Roberto Martins Albuquerque**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A**Prestadora:** ACE Gestão de Saúde Ltda.**CRM do médico:** 3191

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE e fratura na face.**Descrição do exame médico pericial:** Queixa de cefaleia, tonteiras, esquecimento e insônia.**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador para TCE, e cirúrgico para face.**Sequelas permanentes:** Déficit cognitivo residual.**Sequelas:** Com sequelas**Data da perícia:** 15/04/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** Rafael Kennedy Gomes de Oliveira**UF do CRM do médico:**

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100	1	10

**Valor avaliado:** 1.350,00