

# 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: 03/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 11.475,00

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

CLIENTE: EUGENIO DA SILVA VERAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05684-7

CONTA: 000010006771-9

---

Nr. da Autenticação 4BE21D6F3845A97D

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170657437

**Cidade:** Serra do Mel

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** EUGENIO DA SILVA VERAS

**Data do acidente:** 26/01/2017

**Seguradora:** Companhia de Seguros  
Previdência do Sul

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo cranioencefálico com hematoma extradural. Fratura distal do rádio direito. Fratura da base do 1º metacarpo direito.

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima refere anosmia, perda de memória recorrente e perda da visão do olho esquerdo. Ao exame físico, vítima apresenta cicatriz de cranioplastia em região fronto temporal esquerda, dislalia na fala, paresia dos membros inferiores, cicatriz cirúrgica em região volar e dorsal do punho, limitação da flexão e extensão do punho direito e limitação da supinação do antebraço direito, limitação dos movimentos de oposição e flexo extensão do polegar direito, devido à fratura consolidada viciosamente.

**Resultados terapêuticos:** Foi realizado craniectomia descompressiva com perda de massa óssea em região fronto temporal esquerda, permaneceu na UTI por 19 dias, na UPI por 8 dias (devido infecção pulmonar) e após isso obteve alta hospitalar. Foi submetido a osteossíntese do radio com placa e parafusos e fios de Kirschner após 3 meses, após 9 meses realizou cranioplastia para cobertura da falha óssea.

**Sequelas permanentes:** Dano neurológico, Limitação funcional do membro superior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Luis Fernando Centi Nascimento

**CRM do médico:** 4863

**UF do CRM do médico:** RN

## 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 neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			85 %	R\$ 11.475,00

**PRESTADOR**

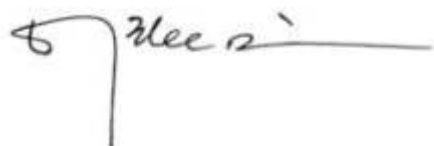
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**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): **EUGENIO DA SILVA VERAS** Sinistro: **3170657437** Data: **26/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **VILA BRASILIA, 13 - CENTRO - Serra do Mel - RN - CEP 59663-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **1451670**

Data local do exame: [ **27/12/2017** ] **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 craneoencefálico com hematoma extradural. Fratura distal do rádio direito. Fratura da base do 1º metacarpo direito. Vítima refere anosmia, perda de memória recorrente e perda da visão do olho esquerdo. Ao exame físico, vítima apresenta cicatriz de cranioplastia em região fronto temporal esquerda, dislalia na fala, paresia dos membros inferiores, cicatriz cirúrgica em região volar e dorsal do punho, limitação da flexão e extensão do punho direito e limitação da supinação do antebraço direito, limitação dos movimentos de oposição e flexo extensão do polegar direito, devido à fratura consolidada viciosamente.**

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.

**Foi realizado craniectomia descompressiva com perda de massa óssea em região fronto temporal esquerda, permaneceu na UTI por 19 dias, na UPI por 8 dias (devido infecção pulmonar) e após isso obteve alta hospitalar. Foi submetido a osteossíntese do rádio com placa e parafusos e fios de Kirschner após 3 meses, após 9 meses realizou cranioplastia para cobertura da falha óssea.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível 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.

**Dano neurológico, Limitação funcional do membro superior direito**

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

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" (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**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):  
**Membro superior direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( **X** ) 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. Luis F. C. Nascimento  
CRM: 4863 - RN

Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12211095

A/C: EUGENIO DA SILVA VERAS

Nº Sinistro: 3170657437  
Vítima: EUGENIO DA SILVA VERAS  
Data do Acidente: 26/01/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ABEL ICARO MOURA MAIA

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: **EUGENIO DA SILVA VERAS**

Valor: **R\$ 11.475,00**

Banco: **001**

Agência: **000005684-7**

Conta: **000010006771-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	11.475,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

