

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180516204 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EVERTON SOARES RIBEIRO **Data do acidente:** 04/05/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO (AFUNDAMENTO DE FACE)

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME NEUROLÓGICO: APRESENTA CEFALÉIAS COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICOS, PERDA DE MEMÓRIA ANTERÓGRADA, ALTERAÇÕES DO SONO, ALTERAÇÕES COGNITIVAS, LETARGIA, ASSIMETRIA EM REGIÃO ORBITAL A DIREITA COM AUMENTO DE VOLUME LOCAL (1+/4+), DOR DURANTE A PALPAÇÃO EM REGIÃO SUPERIOR DA ORBITA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 04/05/2018 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO (AFUNDAMENTO DE FACE). O MESMO FOI ENCAMINHADO A SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM NEUROCIRURGIA DEVIDO A GRAVE FERIMENTO EM REGIÃO ORBITAL E FRONTAL DIREITA, PERMANECU POR 5 DIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E MAIS 5 DIAS EM ENFERMARIA, RECEBEU ALTA APÓS ESSES PERÍODO, FAZ USO DE FENOBARBITAL 100 MG 1X AO DIA, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

**Sequelas permanentes:** Dano neurológico em grau leve.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau leve da função neurológica devido ao déficit cognitivo, cefaléia e assimetria facial. - Quadro estabelecido conforme parecer do médico examinador.  
Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

**Médico examinador:** Tiago Martins Formiga

**CRM do médico:** 8085

**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 neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

**PRESTADOR**

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

