

# 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: 14/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: ISRAEL DOULGRAS NUNES FELIPE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04739

CONTA: 000000014931-5

---

Nr. da Autenticação FD6BC093267AE007

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180342817

**Cidade:** Paudalho

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ISRAEL DOULGRAS NUNES FELIPE

**Data do acidente:** 27/03/2018

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo crânio encefálico com contusão frontal direita.

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima consciente e orientada ao exame, sem déficit cognitivo, realiza contato verbal e visual com o entrevistador. Faz uso de medicação anticonvulsivante de forma contínua (Depakene 250mg), por conta de episódios de crises convulsivas pós traumatismo crânio encefálico.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador do traumatismo crânio encefálico com contusão frontal direita. Realizou fisioterapia. Recebeu alta médica em 06/2018

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 09/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar neurológica .

**Médico examinador:** LEONARDO DE FARIA NEVES

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

## 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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** SILVIO PANTALEAO GHIU

**CRM do médico:** 41141

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

