

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160325567

**Cidade:** Viçosa do Ceará

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOAO JUSTINO DE JESUS

**Data do acidente:** 03/01/2016

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO MODERADO.

**Descrição do exame médico pericial:** SÍNDROME VESTIBULAR PÓS TRAUMÁTICA, COM VERTIGENS REFRACTÁRIAS AO USO DE MEDICAMENTOS.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/08/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** ISMAR AGUIAR MARQUES FILHO

**CRM do médico:** 3165

**UF do CRM do médico:** PI

## 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 dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/08/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: JOAO JUSTINO DE JESUS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00727-7

CONTA: 000000011887-7

Nr. Autenticação

BRDESCO2908201605000000000023700727000000011887135000 PAGO

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2016

Carta nº: 9621467

A/C: JOAO JUSTINO DE JESUS

Sinistro: 3160325567 ASL-0895007/16  
Vítima: JOAO JUSTINO DE JESUS  
Data Acidente: 03/01/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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: JOAO JUSTINO DE JESUS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000000727-7

Conta: 0000011887-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
-----------------------------------------	-----	----------

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

