

## **AVALIAÇÃO DO DANO CORPORAL EM SEGUROS DE PESSOAS**

### **1) Introdução – Perícias e peritos em Seguro de Pessoas.**

No código civil constam, dentro do título IV – Das várias espécies de contrato – no capítulo XV – Do seguro, os artigos 789 a 802 que tratam especificamente dos seguros de pessoas (BRASIL, 2003).

Entretanto, são nos normativos infralegais, Circular SUSEP 302/05 e Resolução CNSP 117/04, que se encontram as regras para as regras de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco oferecidas em plano de seguro de pessoas (SUSEP, 2008).

As coberturas securitárias descritas na Circular SUSEP 302/05 são as seguintes:

- Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente (IPA)
- Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)
- Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)
- Cobertura de Diárias por Incapacidade (DIT)
- Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)
- Cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH)
- Cobertura de Doenças Graves (CDG) (SUSEP, 2008).

O Código nada prevê em relação à perícia especificamente no contrato de seguro. Embora seja lícito à seguradora, na presença de dúvida técnica fundamentada, solicitar documentação médica adicional e realização de perícia, por analogia ao descrito no nosso código civil, art. 231.

Art. 231. Aquele que se nega a submeter-se a exame médico necessário não poderá aproveitar-se de sua recusa (BRASIL, 2003).

A metodologia da avaliação do dano corporal em seguros de pessoas, de uma maneira geral, não difere de outros campos do direito. Varia quanto aos objetivos específicos da perícia e a redação de sua conclusão, considerando as particularidades contratuais. A avaliação do dano corporal em seguro de pessoas visa apurar, direta ou indiretamente, os elementos médicos necessários para permitir a efetivação do compromisso do segurador de indenizar o

segurado, em conformidade com as condições contratuais. O médico perito deve, portanto, possuir esses conhecimentos para melhor compreender o sentido e o alcance de seu exame.

Nesse sentido, cada vez mais as seguradoras entendem que os seguros envolvendo danos corporais necessitam de cuidadosa avaliação por profissionais com experiência e formação pericial, em concordância com o que afirma Criado Del Río (1999):

El médico que mejor asesora a la justicia no es el mejor especialista de la materia médica sobre la que gira el problema jurídico, sino que el mejor asesor de la justicia es el que conoce los aspectos de su profesión que la justicia precisa para cada problema medico legal concreto y sabe cual es su significado jurídico y sus consecuencias.

A atuação do perito em seguros de pessoas se inicia antes mesmo da ocorrência de qualquer dano corporal. A apreciação médica da proposta para ingresso no plano de seguro tem entre seus objetivos proporcionar uma melhor análise do risco, identificar doenças preexistentes que possam influenciar na aceitação da proposta ou taxação do prêmio, além de verificar algum grau de invalidez preexistente para limitar a responsabilidade da seguradora.

## **2) Apontamentos históricos**

Formas primitivas de mutualismo foram as precursoras do seguro, considerando que existem, desde 2500 AC, relatos de distribuição de mercadorias entre caravanas e embarcações para minimizar eventuais perdas e roubos. Gregos, fenícios e romanos já praticavam formas semelhantes a seguros marítimos em situações de risco (FENASEG, 2003). Em 1347, em Gênova, celebra-se a primeira apólice de seguro. Na seqüência, a época das grandes navegações deu grande impulso ao desenvolvimento do seguro. (SILVA, 1982; BRADESCO, 2003).

No Brasil, a primeira seguradora é fundada na Bahia em 1808 – Cia. de seguros Boa Fé – sendo uma seguradora de transportes marítimos. A regulamentação das operações de seguro se deu em 1850 com a promulgação

do código comercial (MARTINS, 2003).

Em 1855 foi fundada a Companhia de seguros Tranqüilidade, primeira a comercializar seguros de vida no Brasil (BRADESCO, 2003).

Em 1916, com a promulgação do código civil, foram previstos e regulamentados todos os aspectos de seguro vigentes. Em 1939 foi criado o **IRB** (Instituto de Resseguros do Brasil) e em 1966 o **SNSP** (Sistema Nacional de Seguros Privados), atual organização administrativa do Brasil (MARTINS, 2003). O **SNSP** – Sistema Nacional de Seguros Privados, por sua vez, compreende o **CNSP** (Conselho Nacional de Seguros Privados), órgão que normatiza as operações do Sistema Nacional de Seguros Privados, a **SUSEP** (Superintendência de Seguros Privados), órgão executor da política traçada pelo CNSP, o **IRB** (Instituto de Resseguros do Brasil), as **Companhias de seguros ou seguradoras** e os **corretores** (MARTINS, 2003).

A legislação específica atual sobre seguro de pessoas é composta por dois normativos principais:

- Resolução CNSP 117, de dezembro 2004 – Altera e consolida as regras de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco oferecidas em plano de seguro de pessoas, e dá outras providências.
- Circular SUSEP 302, de 19 de setembro de 2005 - Dispõe sobre as regras complementares de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco oferecidas em plano de seguro de pessoas, e dá outras providências.

Em princípio, todo contrato de seguro de pessoas está limitado a essas regras e deve ser submetido à análise da SUSEP para aprovação e comercialização.

### **3) Princípios e parâmetros de avaliação do dano corporal pós-traumático em direito civil aplicáveis em seguros de pessoas.**

#### **3.1 Princípios para avaliação de incapacidades em direito civil.**

- A avaliação se fundamenta nas ofensas à integridade física e/ou psíquica medicamente constatáveis ou medicamente explicáveis.

- Danos medicamente explicáveis, mas não constatáveis, podem ser avaliados por uma mesma taxa única.
- As taxas de incapacidade se referem ao déficit funcional ou fisiológico, variando de 0 a 100, considerando as dificuldades que todo indivíduo sente para os gestos e atos da vida diária extra-profissional, ou seja, incapacidade pessoal.
- Em casos de seqüelas múltiplas deve-se levar em conta se existe sinergia entre as mesmas e, caso necessário, realizar comparações com situações clínicas-tipo, cujas taxas de incapacidade se conhecem.
- As situações clínicas não especificadas nas tabelas referências devem ser avaliadas mediante a comparação com situações já descritas e quantificadas. [1]

### 3.2 Parâmetros de dano corporal medicamente valorizáveis de acordo com Teresa Magalhães (2003) e Duarte Nuno Pessoa Vieira (2001).

#### Danos temporários:

- a. A **Incapacidade Temporária Geral Total** (período de impossibilidade de realizar com razoável autonomia as atividades da vida diária, familiar e social).
- b. A **Incapacidade Temporária Geral Parcial** (período durante o qual a vítima, ainda que com limitações, retomou com alguma autonomia, a realização das atividades da vida diária, social e familiar).
- c. A **Incapacidade Temporária Profissional Total** (período de total totalmente impedimento de realizar sua atividade profissional).

d. A **Incapacidade Temporária Profissional Parcial** (período durante o qual foi possível a vítima desenvolver sua capacidade profissional, ainda que com certas limitações).

e. O **Quantum Doloris** (corresponde ao sofrimento físico e psíquico vivido pela vítima durante o período de incapacidade temporária), fixável numa escala de sete graus de gravidade crescente.

Danos permanentes:

a. A **Incapacidade Permanente Geral** (comprometimento definitivo da integridade física e/ou psíquica da pessoa, com repercussão nas atividades da vida diária, incluindo as familiares, sócias, de lazer e desportivas, independentemente da atividade profissional), tendo em conta a globalidade das seqüelas resultantes, a experiência médico-legal de casos semelhantes e a consulta de tabelas de incapacidades funcionais.

b. O **Dano Futuro** (corresponde ao agravamento das seqüelas, que com elevada probabilidade se irá registrar, e que se pode traduzir num aumento da incapacidade permanente geral).

c. A **Repercussão Profissional** das seqüelas resultantes (compatibilidade como exercício da atividade habitual ou com outras profissões da área de sua preparação técnico-profissional).

d. O **Dano Estético** (repercussão das seqüelas, numa perspectiva estática e dinâmica, envolvendo uma avaliação personalizada da imagem em relação a si

próprio e perante os outros), fixável numa escala de sete graus de gravidade crescente.

- e. O **Prejuízo de Afirmação Pessoal** (impossibilidade estrita e específica para a vítima de se dedicar a certas atividades culturais, desportivas ou de lazer, praticadas previamente ao evento responsável pelas seqüelas e que representavam, para esta, um amplo espaço de realização pessoal), fixável numa escala de cinco graus de gravidade crescente.
- f. O **Prejuízo Sexual** (correspondente à limitação total ou parcial do nível de desempenho/gratificação de natureza sexual, decorrente das seqüelas físicas e/ou psíquicas, não se incluindo aqui aspectos relacionados com a capacidade de procriação), fixável numa escala de cinco graus de gravidade crescente.

Os seguros de pessoas, pela legislação atual, têm suas indenizações limitadas a determinados parâmetros de dano corporal definidos pela circular SUSEP 302, de 19 de setembro de 2005 e demais condições contratuais (SUSEP, 2008).

Os princípios básicos para avaliação de incapacidades em direito civil, descritos resumidamente acima, têm estreita correspondência com as regras para cálculo das indenizações em seguros acidentes que serão analisadas a seguir.

#### **4) Regras para avaliação do dano corporal em seguro de pessoas no Brasil.**

Em seguros de pessoas, a função do perito é a de avaliar o dano corporal informado considerando critérios contratuais. Na avaliação do dano corporal pós-traumático, a principal securitária é a denominada Invalidez Permanente por Acidente - IPA.

#### **4.1 Da cobertura de Invalidez Permanente por Acidente (IPA).**

O conceito de acidente pessoal consta na Resolução CNSP 117/04, transcrito a seguir de seu artigo 5º:

**Acidente pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico.

**Incluem-se nesse conceito:**

- 1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- 2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- 3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- 4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- 5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

**Excluem-se desse conceito:**

- 1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados

septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme sua definição específica. (SUSEP, 2008).

A primeira atribuição do perito é verificar se o evento caracteriza um Acidente Pessoal. Equivale a examinar se o evento descrito preenche os critérios conceituais acima descritos.

Por exemplo, uma exposição crônica a gases tóxicos pode desencadear uma doença e, eventualmente, um dano corporal permanente. Não se trata de evento coberto em Acidente Pessoal, pois o fato gerador do dano permanente encontra-se diluído no tempo. No caso da perda visual por toxoplasmose, embora exista um dano permanente, também não se caracteriza um Acidente

Pessoal. Trata-se de evento que não se distingue como violento e externo.

Num segundo momento cabe ao perito o estudo do nexo de causalidade entre o evento coberto e o dano corporal. Estabelecendo-se a relação de causalidade entre o traumatismo, as lesões físicas decorrentes e as seqüelas em análise, o perito deve quantificá-la em termos percentuais de acordo com as regras que constam na Circular SUSEP 302/05, Seção III e artigos subsequentes (SUSEP, 2008).

#### **4.1.1 Regras para determinação da “Taxa de invalidez permanente”.**

As regras para o cálculo da indenização, referente à cobertura denominada Invalidez Permanente por Acidente – IPA, encontram-se descritas na circular SUSEP 302/05, Seção III, art. artigos 11 e 12. (SUSEP, 2008).

**Art. 11.** A cobertura de invalidez permanente por acidente garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto. (SUSEP, 2008).

Comentários: A norma relaciona a indenização diretamente à impotência funcional definitiva de membro ou órgão lesionado.

**Art. 12.** Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos nas condições gerais e/ou especiais do seguro. (SUSEP, 2008).

Comentários: A redução ou impotência funcional definitiva de membro ou órgão por lesão física, a que se refere o artigo anterior (art. 11 da circular SUSEP 302/05), reflete em determinada taxa percentual de “invalidez permanente”. Essa avaliação, naturalmente, deve ser realizada quando da consolidação médico-

legal das lesões, o que equivale dizer, após conclusão dos tratamentos ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação. A avaliação da invalidez permanente, neste sentido, corresponde a percentuais estabelecidos em uma tabela informada nas condições contratuais.

Nota-se que, estando a lesão devidamente especificada no plano, deverá ser aplicado o exato percentual que consta na tabela.

Exemplo: Perda total do uso de uma das mãos – 60% da IS (importância segurada).

Caso a lesão em análise determine um déficit funcional parcial, aplicam-se as regras que se seguem a esse artigo.

§ 1º Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 2º Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente. (SUSEP, 2008).

Comentários: Alguns interpretam que os graus informados, mínimo, médio e máximo, representam percentuais fixos de 25, 50 e 75, respectivamente, o que não faz sentido. A norma refere, claramente, sendo referido o grau classificado apenas como mínimo, médio e máximo. Logo, qualquer percentual entre 01 e 25 pode ser classificado como grau mínimo. E assim por diante. Entre 26 e 50 como grau médio e entre 50 e 75 como grau máximo. Quisesse o legislador fixar rigidamente estes percentuais teria suprimido a palavra apenas.

Exemplos:

- Surdez em grau mínimo de um ouvido ---  $25\% \text{ de } 20\% = 05\% \text{ da IS.}$
- Perda de 40% da visão de um olho ---  $40\% \text{ de } 30\% = 12\% \text{ da IS.}$  Nesse exemplo a perda visual encontra-se no intervalo classificado como grau médio.

E para os casos que não constam especificados na tabela, o parágrafo seguinte indica que os cálculos percentuais deverão utilizar outras referências.

§ 3º Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão. (SUSEP, 2008).

Comentários: Já houve quem interpretasse, e defendesse, esta cobertura securitária como sendo exclusiva para as lesões descritas na tabela indicada no contrato. Ou seja, seriam indenizáveis apenas as lesões que constassem na tabela, o que não é válido.

Pelo contrário, a partir da vigência da circular SUSEP 302/05 tornou-se optativa a utilização da tabela da circular SUSEP 29/91 (SUSEP, 2008), cuja concisão conduziu a CMS – Comissão de Medicina de Seguros - da FENASEG – Federação Nacional das Seguradoras – a discutir a possibilidade de sua complementação com outras lesões-tipo, cujas respectivas taxas de incapacidade já se conheciam e constavam de outras tabelas. [2]

A proposta de complementação dessa tabela foi discutida pela CMS – Comissão de Medicina de Seguros - presidida à época pelo Dr. Paulo César Tourinho – e apresentada pelo Dr. Wagner Fonseca Moreira da Silva ao mercado segurador em fevereiro de 2006, sendo desde então utilizada por algumas seguradoras em seus contratos de acidentes pessoais. Trata-se, como já dito, de um acréscimo de lesões às já especificadas na tabela da circular SUSEP 29/91. [2]

Uma das maiores dificuldades na valoração das seqüelas em Acidentes Pessoais é a falta de indicação na apólice do seguro de uma outra tabela - mais completa - que possa ser utilizada quando as lesões analisadas não estiverem contempladas.

Os esforços realizados no sentido de uma harmonização das avaliações do dano corporal levaram à formulação de uma tabela Européia e a considerar as semelhanças entre a legislação brasileira e os princípios em que a mesma foi idealizada, esta tabela é válida como referência de estudo e aplicação no Brasil (BOUCHARDET, 2006).

Além disso, essa tabela européia é suficientemente ampla, apresenta indicativos de várias lesões-tipo com suas respectivas taxas de incapacidade e sua elaboração envolveu ampla discussão entre representantes de vários países da Europa. Esses são motivos adicionais para sua utilização como tabela referência complementar nos casos não especificados nos contratos. E assim estabelecer a diminuição permanente da capacidade física do segurado em termos percentuais, independentemente de sua profissão, conforme descrito no parágrafo em análise – Circular SUSEP 302/05 - Art. 12 - § 3º..

No caso de seqüelas múltiplas tem-se:

§ 4º Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

§ 5º Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total. (SUSEP, 2008).

Comentários: Esses dois parágrafos tratam do mesmo tema, avaliação de seqüelas múltiplas. Nessas situações o perito deve analisar a sinergia entre as seqüelas, o somatório das mesmas, a função global do órgão, membro ou função comprometida e comparações com situações clínicas cujas taxas de incapacidade se conhecem, ajustando-se os percentuais encontrados de maneira equilibrada.

Desta forma tenta-se harmonizar as avaliações, considerando que situações clínicas de gravidade semelhante devem ter a mesma taxa de incapacidade (MÉLENNEC, 2000).

O parágrafo seguinte trata das avaliações nas situações de lesões prévias.

§ 6º Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva. (SUSEP, 2008).

Comentários: As seqüelas existentes antes do acidente são excluídas da indenização já que decorrem de eventos anteriores, supostamente já indenizados. Por exemplo, a inutilização de uma mão, cujo indicador encontrava-se previamente amputado, terá deduzida da indenização o valor percentual correspondente ao referido dedo. Ou seja, 60% (mão) - 15% (indicador) = 45% da IS.

O último parágrafo deste artigo trata de uma exclusão de cobertura securitária, mas que merece reflexão.

§ 7º A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente. (SUSEP, 2008).

Comentários: Os dentes, assim como a estética e outros parâmetros de dano corporal – *quantum doloris* e prejuízo de afirmação pessoal - já consolidados na doutrina européia, têm, na França, uma cobertura securitária denominada “acidentes da vida privada”. Além da taxa de invalidez – prejuízos fisiológicos - são indenizáveis os prejuízos econômicos, ou seja, as perdas financeiras imputadas diretamente ao acidente e os chamados prejuízos particulares ou pessoais, *quantum doloris*, dano estético e prejuízo de afirmação pessoal, cujos conceitos encontram-se descritos no tópico “parâmetros de dano corporal medicamente valorizáveis”. [3]

Em que pese a exclusão de cobertura para perdas dentárias e os danos estéticos na legislação brasileira, não se pode esquecer o prejuízo funcional que, eventualmente, estas lesões também determinam.

A perda de tegumento cutâneo, por exemplo, não determina apenas comprometimento estético. As funções próprias de proteção e transpiração da pele, assim como as limitações de movimentos, são valorizadas independentemente do prejuízo estético e recebem taxas de incapacidades próprias [1]

Da mesma maneira, as conseqüências na função mastigatória, fonética, as alterações na deglutição, paladar, na motricidade e na sensibilidade crânio-mandibular e as disfunções têmporo-mandibulares, dentre outras, são valoradas independentemente das perdas dentárias na União Européia e não são consideradas nas coberturas de acidentes pessoais no Brasil. [1]

## TABELA DA CIRCULAR SUSEP 29/91

DISCRIMINAÇÃO	% sobre importância segurada
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior.	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável.	100
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista.	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral.	25
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos.	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares.	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores.	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios.	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-fibular	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé.	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	06
Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	

(SUSEP, 2008)

## MODELO DE RELATÓRIO

### PERÍCIA MÉDICA - SANIDADE FÍSICA E MENTAL

**Objetivo:** Avaliação de dano corporal em seguro de pessoas – Invalidez permanente por acidente.

**Nome do médico avaliador do dano corporal:** - CRM

**Data do exame médico:** / / .

#### **Identificação do segurado:**

Nome: .

Identidade: .

Idade: .

Sexo: .

#### **Anamnese:**

Data do acidente / / . Descrição do acidente: .

O atendimento de emergência foi realizado em .

O segurado realizou os seguintes tratamentos: .

Data da alta definitiva: / / .

Quadro clínico atual do segurado: .

O segurado *apresentava/não apresentava* comprometimento prévio ou doença na zona corporal atingida pelo acidente descrito. Especificar: .

#### **Exame Físico:**

Exame específico das queixas relacionadas ao acidente: .

#### **Documentação médica apresentada:**

Resultado de exames e outros documentos médicos apresentados: .

**Discussão:** .

#### **Conclusões:**

*Admite-se/Não se admite* nexos de causalidade entre as alterações apresentadas e o evento em análise.

Atualmente o segurado *apresenta/não apresenta* incapacidade em decorrência do evento em análise.

A incapacidade decorrente do acidente é compatível com uma taxa de invalidez de da IS (importância segurada), considerando as seguintes seqüelas: .

/ / .

Dr.  
MÉDICO  
CRM

O Modelo acima indica as principais informações que o relatório pericial para avaliação de Invalidez Permanente por Acidente – IPA deve conter, sem prejuízo, obviamente, de outras informações complementares pertinentes. **[4]**

## **4.2 Da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por doença.**

A Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença é definida como perda da existência independente do segurado, caracterizando-se em tal estado os segurados portadores de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício de suas relações autonômicas. A comprovação do estado de invalidez funcional permanente e total por doença deve seguir os critérios indicados nas condições contratuais gerais e específicas, conforme art. 17 da circular SUSEP 302/05 (1966).

Art. 17. Garante o pagamento de indenização em caso de invalidez funcional permanente total, conseqüente de doença, que cause a perda da existência independente do segurado.

§ 1º Para todos os efeitos desta norma é considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício de suas relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do seguro.

§2º Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de que trata este artigo, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

A partir da vigência da circular SUSEP 302/05, outra discussão se formava. Referia-se à uniformização de critérios para comprovação do estado de invalidez funcional permanente e total por doença. A Comissão de Medicina de Seguros da FENASEG – Federação Nacional das Seguradoras – reuniu-se regularmente durante o segundo semestre de 2005 para organização e discussão desses critérios. A época presidida pelo Dr. Paulo César Tourinho, uma proposta de critérios, a seguir transcrita, foi apresentada em fevereiro de

2006 pelo Dr. Fernando de Castro, e vem sendo utilizada pelas seguradoras que comercializam esta cobertura desde então. [2]

Os critérios para comprovação do estado de invalidez funcional permanente e total por doença, propostos pela Comissão de Medicina de Seguros – CMS são:

- Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de Cardiopatia grave
- Doença neoplásica maligna ativa, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não mais esteja inserida em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais, sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões em grau máximo em órgão vital, sentido de orientação ou das funções de dois membros.
- Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores.
- Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- Cegueira completa.
- Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (Doença em estágio terminal).

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés **[2]**

As situações que **não se enquadrarem nos critérios acima** devem ser analisadas pelo **IAIF – Instrumento para Avaliação da Invalidez Funcional**, composto por duas tábuas. A invalidez funcional se comprova pela obtenção de 60 pontos em 80 possíveis e descritos nas tábuas a seguir:

### **TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS**

#### **Relações do Segurado com o cotidiano**

1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.

**00 PONTOS**

2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.

**10 PONTOS**

3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições

médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.

**20 PONTOS**

**Condições clínicas e estruturais do Segurado:**

1º grau: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.

**00 PONTOS**

2º grau: O Segurado apresenta disfunção (ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.

**10 PONTOS**

3º grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.

**20 PONTOS**

### **Conectividade do Segurado com a vida**

1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a auto-suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.

**00 PONTOS**

2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).

**10 PONTOS**

3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.

**20 PONTOS**

**OBSERVAÇÃO: Para caracterização do primeiro grau o segurado deve apresentar todos os atributos referidos. Para os demais apenas um dos atributos referidos já caracteriza o segundo ou terceiro grau.**

Essa primeira tabela descreve 60 pontos possíveis, que são complementados por outros 20 pontos na tabela seguinte. **[2]**

**TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS,  
FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE.**

**Dados Antropométricos, Riscos  
Interagentes e Agravos Mórbidos Pontuação**

A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC (índice de massa corporal) superior a 40.

**02 PONTOS**

Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.

**02 PONTOS**

Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.

**04 PONTOS**

Existem mais de dois fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.

**04 PONTOS**

Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.

**08 PONTOS [2]**

Interpretação final:

Somando-se a pontuação obtida pela aplicação das duas tabelas e o total de pontos excedendo a 60, caracteriza-se o estado de invalidez funcional permanente e total por doença. **[2]**

## MODELO DE RELATÓRIO

### PERÍCIA MÉDICA – SANIDADE FÍSICA E MENTAL

**Objetivo:** Avaliação de dano corporal em seguro de pessoas – Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença - IFPD.

**Nome do médico avaliador do dano corporal:** - CRM

**Data do exame médico:** / / .

#### **Identificação do segurado:**

Nome: .

Identidade: .

Idade: .

Sexo: .

**Anamnese:** Descrição da evolução dos sintomas . Data da confirmação diagnóstica / / . Exames realizados e resultados: . Tratamentos realizados, conservadores e cirúrgicos: . Internações hospitalares, períodos e local: . Evolução dos tratamentos e resultados: . Tratamentos em andamento: . Perspectivas de outros tratamentos (quando e que tipo): . Outras condições médicas associadas: . História pregressa: . Queixas atuais: .

**Exame Físico:** Pressão Arterial: mmhg. Frequência Cardíaca: batimentos por minuto. Ausculta cardíaca e respiratória: . Exame específico das queixas relacionadas à moléstia principal: .

**Resultado de exames e outros documentos médicos apresentados:** .

**Discussão e conclusões:** A condição médica em análise *preenche / não preenche* critérios para comprovação do estado de invalidez funcional permanente e total por doença. Justificar: . O segurado apresenta as seguintes limitações para suas atividades da vida diária: . A condição médica em análise perfaz pontos pela aplicação do **IAIF – Instrumento para Avaliação da Invalidez Funcional**.

/ / .

Dr.  
MÉDICO  
CRM

O Modelo acima indica as principais informações que o relatório pericial para avaliação de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – IFPD deve conter, sem prejuízo, obviamente, de outras informações complementares pertinentes. [4]

### **4.3 Da cobertura Invalidez Laborativa Permanente e Total por doença.**

A cobertura de que trata o artigo 15 da circular SUSEP 302/05 garante o pagamento de indenização em caso de invalidez laborativa permanente total conseqüente de doença.

§ 1º Para todos os efeitos desta norma é considerada invalidez laborativa permanente e total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para atividade laborativa principal do segurado.

§ 2º Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.  
(SUSEP,2008)

Trata-se de cobertura, no momento, ainda não comercializada pelas seguradoras, em que pese, conforme já mencionado acima, encontrar-se definida nas normas referentes a seguro de pessoas. Como descrito, é uma cobertura específica para avaliar se, em decorrência da doença apresentada pelo segurado, existe compatibilidade para o exercício de determinada profissão.

### **4.4 Da cobertura de Diárias por Incapacidade (DIT)**

A incapacidade de que trata essa cobertura securitária, descrita na circular SUSEP 302/05 é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico. (SUSEP,2008)

Devem ser analisados os seguintes aspectos:

- 1 A Gravidade da ofensa sofrida.
- 2 Avaliação do Risco.
- 3 Repercussão na capacidade laborativa do segurado.
- 4 Data de início da incapacidade.
- 5 Literatura médica (evolução natural para a cura ou consolidação).
- 6 Documentação médica encaminhada.
- 7 Eventuais complicações que determinem prorrogação do habitual período de incapacidade

Os elementos risco, capacidade e tolerância devem ser analisados com critério, tendo em conta os conceitos:

**RISCO:** Tem a ver com a possibilidade potencial de dano para doente ou para o público em geral, ao introduzir o paciente em afetividades específicas de trabalho.

**CAPACIDADE:** A capacidade refere-se a conceitos como força, flexibilidade e resistência.

**TOLERÂNCIA:** Conceito psicofisiológico, refere-se tolerância individual de se suportar de forma sustentada um determinado nível de atividade ou trabalho. Sintomas como a dor e/ou fadiga são o limite da capacidade para realizar a tarefa em questão. Não sendo mensurável ou verificável cientificamente é vulnerável a divergências subjetivas.

O retorno ao trabalho dependerá de vários fatores, principalmente organização e planejamento desta etapa. (PEPWH; 2000)

## **MODELO DE RELATÓRIO**

### PERÍCIA MÉDICA – SANIDADE FÍSICA E MENTAL

**Objetivo:** Avaliação de dano corporal em seguro de pessoas – Diárias por incapacidade temporária.

**Período de incapacidade requerido:** dias a partir de / / .

**Nome do médico avaliador do dano corporal:** - CRM

**Data do exame médico:** / / .

#### **Identificação do segurado:**

Nome: .

Identidade: .

Idade: .

Sexo: .

#### **Anamnese:**

Histórico Ocupacional:

Atividade laborativa . Data de início do afastamento: / / .

História da Moléstia Atual:

Data do início dos problemas de saúde . Tratamentos realizados (conservadores e cirúrgicos): .

Descrição da evolução da situação clínica: . Queixas atuais: .

História pregressa: .

**Exame Físico:** .

#### **Documentação médica apresentada:**

Resultado de exames e outros documentos médicos apresentados: .

**Discussão:** .

#### **Conclusões:**

A condição médica em análise *justifica / não justifica* o período de incapacidade requerido.

A condição médica apresentada é compatível dias de incapacidade temporária.

/ / .

Dr.  
MÉDICO  
CRM

O Modelo acima indica as principais informações que o relatório pericial para avaliação de Diárias por Incapacidade – DIT deve conter, sem prejuízo de outras informações complementares pertinentes [4] .

#### **4.5 Da cobertura de Doenças Graves.**

Esta cobertura é definida pelo artigo 21 da circular SUSEP 302/05 nos seguintes termos:

Art. 21 – A cobertura de doenças graves garante o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico de doenças devidamente especificadas e caracterizadas nas condições gerais e/ou especiais do plano de seguros, sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo de capital com base nas despesas médicas e/ou hospitalares incorridas pelo segurado para o tratamento da doença. (SUSEP,2008)

Neste contexto, a avaliação pericial deve observar as condições contratuais de cada seguradora. Não há, até o momento, uma harmonização de critérios para definição de quais doenças, bem como grau de evolução, caracterizaram Doença Grave. Desta forma, existem contratos com variados critérios especificando quais doenças, bem como grau de evolução, têm cobertura.

As coberturas de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, bem como Diária por internação hospitalar, possuem critérios bem delimitados de cobertura e sua avaliação pericial consta, essencialmente, de comprovações documentais dos gastos efetuados e do período de internação hospitalar efetuado para fins de auditoria e conferência.

#### **REFERÊNCIAS**

Bouchardet, FCH. Avaliação do dano buco-maxilo-facial: metodologia europeia baseada no contexto brasileiro [Tese de Mestrado]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2006.

Brasil. Código civil. 54 ed. São Paulo: Saraiva;2003. Art. 789 a 802. p.158-60.

Brasil. Código civil. 54 ed. São Paulo: Saraiva;2003. Art. 231. p.64.

Criado Del Río MT. Valoración médico-legal del daño a la persona. Civil, penal, laboral e administrativa: responsabilidad profesional del perito médico. Madrid: COLEX; 1999. cap.2, p.35-705.

Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização. História do seguro no Brasil: do Século XVI ao Regulamento Murinho. FENASEG. Disponível em: URL: <http://www.fenaseg.org.br/main.asp?TeamID={39CB7CD8-F7B8-4BC8-835D-2F43B4ACBF4B}#Topo> [2007 out. 03].

Freudenthal SP. A evolução da indenização por Acidente do Trabalho. São Paulo: LTR®; 2007.

Injury-Illness and return to work–function. The physician education project in workplace health. PEPWH; 2000. Disponível em URL: [http://www.wsib.on.ca/wsib/wsibsite.nsf/LookupFiles/DownloadableFilePhysician\\_sRTWGuide/\\$File/RTWGP.pdf](http://www.wsib.on.ca/wsib/wsibsite.nsf/LookupFiles/DownloadableFilePhysician_sRTWGuide/$File/RTWGP.pdf) [2007 out. 06]

História do seguro. BRADESCO. Disponível em URL: [http://www.bradesco.saude.com.br/Historia/Historia\\_Seguro.asp](http://www.bradesco.saude.com.br/Historia/Historia_Seguro.asp) [2007 out. 06]

Magalhães T. Estudo tridimensional do dano em direito civil: lesão, função e situação (sua aplicação médico-legal). Coimbra: Almedina; 1998. cap.1, p.24-83.

Martins JMB. Seguro – resumo histórico. Superintendência de Seguros Privados. SUSEP; 1966. Disponível em: URL: [http://www.seguros.inf.br/artigo\\_joao.asp?Codigo=23](http://www.seguros.inf.br/artigo_joao.asp?Codigo=23) [2007 out. 03].

Mélenec L. Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Baremo Internacional de Invalideces. Madrid: MASSON; 2000. cap. 1, p.1-32.

Santos RB. Direito de Seguro no Novo Código Civil e Legislação Própria. Seguro DPVAT – Breve Resumo. Rio de Janeiro: Forense 2006. cap.X, p. 563-8.

Silva CE. Evolução e tendência da medicina de seguro de vida no Brasil - Anais de Medicina de Seguro – Ano I – 1981 – nº. I – 1982.

Superintendência de seguros privados: Circular 302, de 19 de setembro de 2005. Disponível em: URL: <http://www.susep.gov.br/textos/circ302.pdf> [2008 fev. 20].

Superintendência de Seguros Privados. História do Seguro. SUSEP; 1997. Disponível em: URL: <http://www.susep.gov.br/menususep/historiadosseguro.asp> [2008 fev. 20].

Superintendência de seguros privados: Circular 029, de 20 de dezembro de 1991. Disponível em: URL: <http://www.susep.gov.br/textos/Cir.29-91Consolidada.pdf> [2008 fev. 20].

Vieira, DNP. A “missão” da avaliação do dano corporal em direito civil. Revista Sub Judice – justiça e sociedade. maio 2001; v. 17, p.23-31.

**[1]** Informação pessoal ao Instituto Nacional de Medicina Legal de Coimbra – INML - TABELA INDICATIVA PARA AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADES EM DIREITO CIVIL – PORTUGAL - 2007

**[2]** Informação pessoal à Comissão de Medicina de Seguro – CMS. FENASEG, 2006

**[3]** Contrato de seguro da TRÉSOR PRÉVOYANCE ALÉAVIE, abril 2007

**[4]** Informação pessoal ao IMeP – Instituto de Medicina Pericial - 2008