

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2013382219**
Vítima: **FRANCISCO GILBERTO DE ARAUJO**
Local: **CE-TIANGUA**
Data do Acidente: **2/15/2013**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) SIM b) NÃO c) PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

OMBRO ESQUERDO

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. SUBMETIDO A TRATAMENTO ORTOPÉDICO CONSERVADOR.

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) SIM b) NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) Disfunções apenas temporárias
b) Dano anatômico e/ou funcional definitivo(sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

APRESENTA ATROFIA DE DELTOIDE ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO EM GRAU LEVE COM ENCURTAMENTO DE CLAVÍCULA ESQUERDA

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) SIM, em que prazo:
b) NÃO

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vitima).
b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vitima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vitima)
b.2) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vitima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vitima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico

1ª Lesão

OMBRO ESQUERDO

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

 10% 25% 50% 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - SOBRAL, 7/20/2013**Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302****Médico Revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO CRM: 52495155**
Dr. Gustavo Adolfo P. da Silva Jr.
Médico - Perito
CRMCE - 6302
Dra. Fatima Furtado Melo
Médica Perita
CRM-RJ - 52 49515-5
Cadastro Nacional

Assinatura do perito examinador - CRM

Assinatura do perito revisor - CRM

Informações Complementares



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Eu, FRANCISCO GILBERTO DE ARAÚJO, solteiro, agricultor, com renda mensal de R\$ 350,00, portador do(a) RG Nº: 2004028110572 emitido por SSP/CE, em 20/09/2004 e CPF ou CNPJ: 039.767.703-02 , na qualidade de favorecido / beneficiário do valor referente a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT da vítima: FRANCISCO GILBERTO DE ARAÚJO, autorizo a seguradora CENTAURO SEGUROS a efetuar o respectivo pagamento / crédito, de acordo com a forma abaixo indicada:

• CRÉDITO EM CONTA **CORRENTE DO BANCO BRADESCO**

Nº DO BANCO 237, Nº DA AGÊNCIA 727-7, C/C Nº 670001-2

Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade. Uma vez efetuado o pagamento / crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço e dou como quitado o valor da referida indenização.

Tianguá – CE, 03 de junho de 2013

Francisco Gilberto de Araújo
(Assinatura do favorecido beneficiário)

UNIDADE SÃO PAULO	PROTÓCOLO P. ANÁLISE
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	27 JUN. 2013
CENTAURO	

Correspondente do Banco Bradesco S.A
Ovidoria - 0800 727 9933

BENEDITA VARIEDADES

Data: 29/04/2013 Hora de Brasilia: 09:11

Deposito em Conta Corrente

Favorecido
Banco : 237
Agencia: 00727 - VICOSA DO CEARA
Conta : 000000670001-2
Nome : FRANCISCO GILBERTO DE ARAUJO

Depositante : O PROPRIO
FAVORECIDO
Valor em dinheiro : 10,00
Valor em cheque : 0,00
Valor total : 10,00

Ag. Bradesco : 0727 - VICOSA DO CEARA
Corresp. Banc.: 067 - BENEDITA
VARIEDADES
NSU: 021794209563 Autenticacao: 831621

O BENEDITA BELCHIOR FONTENELE - ME
atua como Correspondente Bancario do
Banco Bradesco S/A

Conserve este Recibo

OLVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

DEMONSTRATIVO EMITIDO NO
POS: 00104477 NSU REDE: 940787802



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 2013382219	Cidade: Viçosa do Ceará	Natureza: Invalidez
Vítima: FRANCISCO GILBERTO DE ARAUJO	Data do acidente: 15/02/2013	Emissor do parecer: Carlos Antonio Corrêa de Carvalho
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	CRM do médico: 6302

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico APRESENTA ATROFIA DE DELTOIDE ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO EM GRAU LEVE COM ENCURTAMENTO DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

pericial:

Resultados SUBMETIDO A TRATAMENTO ORTOPÉDICO CONSERVADOR.
terapêuticos:

Sequelas APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.
permanentes:

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 20/07/2013

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 3.375,00

Médico avaliador: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

UF do CRM do médico:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	25

Valor avaliado: 843,75