

# Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

## Informações do Acidente

Sinistro: **2011/490000**  
Vítima: **ROBERTO RIVELINO DE OLIVEIRA**  
Local: **RN-CARAUBAS**  
Data do Acidente: **05/08/2008**

## 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 ;FUNÇÃO RESPIRATORIA**

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 DE COSTELAS E CLAVÍCULA ESQUERDA - TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO**

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 médico 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.

**LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO ESQUERDO , SEM ALTERAÇÕES MOTORAS OU FUNCIONAIS DA FUNÇÃO RESPIRATORIA**

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 vítima).  
b)  Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). 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 vítima)  
b.2)  Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, 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

**FUNÇÃO RESPIRATORIA**

Marque o percentual

 10%     25%     50%     75%

2ª Lesão

**OMBRO ESQUERDO**

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:

**RN - CARAUBAS, 04/01/2012****Médico Perito: MANOEL FERNANDES DA SILVEIRA CRM: 2999 RN****Médico Revisor: MARIA DE FÁTIMA FURTADO VELOSO DE MELO CRM: 52495155/RJ****Dra. Fátima Furtado Melo**

Médica Perita

CRM-RJ - 52 49515-5

Cadastro Nacional



Assinatura do médico revisor - CRM

**Informações Complementares**

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: 18/01/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ROBERTO RIVELINO DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 00000672926-6

---

Nr. Autenticação

BRADESCO1801201205000000000237032260000067292684375 PAGO

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2011490000**Cidade:** Caraúbas**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ROBERTO RIVELINO DE **Data do acidente:** 05/08/2008  
OLIVEIRA**Emissor do parecer:** Camila  
Monteiro  
dos  
Santos**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS  
S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional  
Informações e Serviços**CRM do médico:** 2999

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE COSTELAS E CLAVÍCULA ESQUERDA.**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO ESQUERDO , SEM ALTERAÇÕES MOTORAS OU FUNCIONAIS DA FUNÇÃO RESPIRATORIA.**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE COSTELAS E CLAVÍCULA ESQUERDA - TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO.**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO. NÃO APRESENTA DÉFICIT DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA.**Sequelas :** Não definido**Data da perícia:** 04/01/2012**Conduta mantida:** Não**Observações:** FUNÇÃO RESPIRATORIA SEM SEQUELAS.**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** MANOEL FERNARDES DA SILVEIRA**UF do CRM do médico:**

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	25
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100	1	0

desde que haja comprometimento de função vital

**Valor avaliado:** 843,75