

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2013151329**
Vítima: **JOSE EUDES LOPES DE MENEZES**
Local: **CE-FORTALEZA**
Data do Acidente: **12/10/2011**

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);

MAO DIR

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.

TRAUMA CONTUSO EM MAO DIR - TRATAMENTO 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(seqüelas)

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

DISCRETA LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO POLEGAR E DIMINUIÇÃO DA FORÇA

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 susceptível(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 íntegra 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

MAO DIR

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:

Médico Perito:

Médico Revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO CRM: 52495155

Dra. Fatima Furtado Melo
Médica Perita
CRM-RJ - 52 49515-5
Cadastro Nacional



Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares



Nº DO SINISTRO 2013/034052

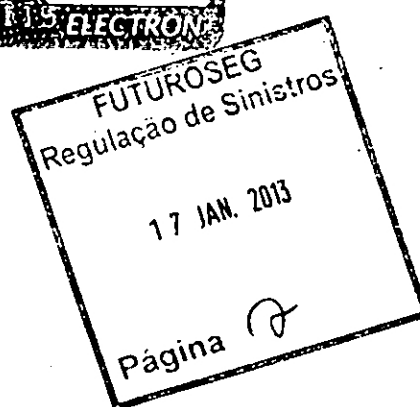
INDICADA:

- | | | |
|--------------|------------|-----|
| Nº BANCO 104 | Nº AGÊNCIA | C/P |
|--------------|------------|-----|

UMA VEZ EFETUADO O CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL / DATA

Assi Eudes Lopes de Menezes
ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)



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: 12/04/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EUDES LOPES DE MENEZES

BANCO: 399

AGÊNCIA: 01718

CONTA: 000000001544-7-2

Nr. da Autenticação E4639620CA1BF8C8

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013034052**Cidade:** Fortaleza**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JOSE EUDES LOPES
DE MENEZES**Data do acidente:** 10/12/2011**Emissor do
parecer:** Arnaldo
Kacelnik**Seguradora:** MBM SEGURADORA
S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE MEDICINA
ESPEC.EM SEGUROS LTDA**CRM do médico:** 312915

PARECER

Data da análise: 01/02/2013**Valoração do
IML:****Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** BAM informa "Escoriações"**Resultados
terapêuticos:** TTo conservador**Sequelas
permanentes:****Sequelas:** Sem sequela**Conduta mantida:****Quantificação das
sequelas:****Documentos
complementares:****Observações:** De acordo com a análise dos documentos médicos não há danos funcionais permanentes em relação às lesões que decorrem do acidente.**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** Arnaldo Kacelnik**UF do CRM do
médico:** RJ

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**Valor avaliado:** 0,00