

# 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 CONSERAVDOR**

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.

**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 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

**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

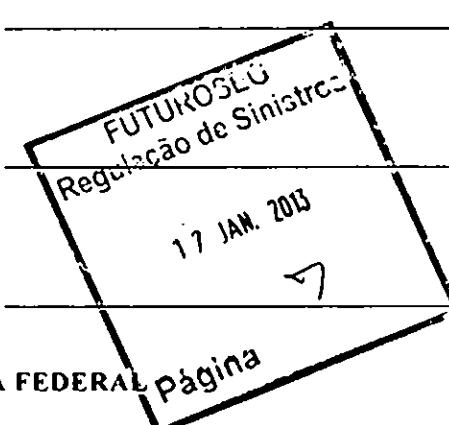


Assinatura do médico revisor - CRM

**Informações Complementares**

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVATNº DO SINISTRO 2013/034052

EU, José Eudes Lopes de Menezes PORTADOR (A) DO  
RG Nº 01866386808 EXPEDIDO POR Detran-CE EM (DATA) 26/08/11 E  
CPF 64194671368 / CNPJ                   
PROFISSÃO Autônomo E RENDA MENSAL R\$ 900,00 NA  
QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A  
INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA  
José Eudes Lopes de Menezes, AUTORIZO A  
SEGURADORA MBM A EFETUAR O RESPECTIVO CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO  
INDICADA:

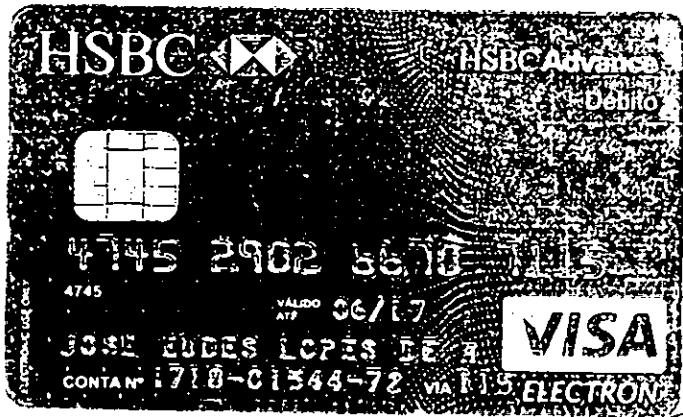
1.  CRÉDITO EM CONTA CORRENTENº BANCO 399 Nº AGÊNCIA 1718 C/C 01544-122.  CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCONº BANCO 237 Nº AGÊNCIA                  C/P                 3.  CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASILNº BANCO 001 Nº AGÊNCIA                  C/P                 4.  CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚNº BANCO 341 Nº AGÊNCIA                  C/P                 5.  CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALNº BANCO 104 Nº AGÊNCIA                  C/P                 

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

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

LOCAL / DATA

José 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: 00000001544-7-2

---

Nr. da Autenticação E4639620CA1BF8C8

**PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL****DADOS DO SINISTRO**

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

**PARECER**

**Data da análise:** 01/02/2013

**Valoração do IML:**

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** BAM informa "Escoriações"

**Resultados TTo conservador terapêuticos:**

**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 RJ médico:**

**DANOS**

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Danos não definidos.			
			<b>Valor avaliado:</b> 0,00