

# Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

## Informações do Acidente

Sinistro: **2011/283699**  
Vítima: **JARDE GOMES DA SILVA**  
Local: **CE-BARREIRA**  
Data do Acidente: **27/03/2011**

## 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);

**SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

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.

**TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO. INTERNAÇÃO NEUROCLÍNICA.**

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.

**APRESENTA-SE CALMO AO EXAME, POUCO COOPERATIVO, ORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO, DÉFICIT DE CONCENTRAÇÃO E ATENÇÃO, PERDA DE MEMÓRIA RECENTE E PASSADA DE GRAU MODERADO, CEFALÉIA E TONTURA PÓS-TRAUMÁTICA, PENSAMENTO LENTO, SEM ALTERAÇÃO DO PENSAMENTO ABSTRATO, DA EXECUÇÃO E DO JULGAMENTO, FORÇA MOTORA NORMAL E MARCHA NORMAL.**

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

##### **SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

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 - BARREIRA, 23/08/2011**

**Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JÚNIOR CRM: 6302/CE**

**Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890/RJ**

**Dra. Dores M. B. C. Mendes**

Médica Perita  
CRM-RJ 52 25889-0  
Cadastro Nacional

*Dores Mendes*

Assinatura do médico revisor - CRM

**Informações Complementares**



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

(CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da indenização do Seguro Dpvat, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jard Gomes da Silva, PORTADOR / A DO  
 RG N° 3350915-98 EXPEDIDO POR SSP-e EM 21/09/98, CNPJ  
 / CPF N° 015.122.333-88, PROFISSÃO Vendedor E RENDA MENSAL  
 DE R\$ 540,00, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO  
 OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA Jard Gomes da Silva

SEGURADORA Lader AUTORIZO A  
 ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA: A EFETUAR O CRÉDITO, DE

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento.  
 Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

( ) CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO \_\_\_\_\_ Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ Nº CONTA CORRENTE \_\_\_\_\_  
 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_  
 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 4166-1 Nº CONTA POUPANÇA 8.903-6  
 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_  
 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ Nº CONTA POUPANÇA \_\_\_\_\_  
 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

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 DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Cot e DATA 11/07/2011

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A Jard Gomes da Silva

#### ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante: indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP).
- Para acompanhar o andamento do pedido da indenização, acesse [www.dpvat.com.br](http://www.dpvat.com.br) ou ligue (21) 4009-1709, de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h.
- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

# 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: 05/10/2011

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: JARDE GOMES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04166-1

CONTA: 00000008903-6

---

Nr. da Autenticação D1532F65E73639F6