

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2013675517**
Vítima: **NILTON CESAR LIMA**
Local: **PI-REGENERACAO**
Data do Acidente: **3/2/2013**

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);

SNC
FÇ RESP
OMBRO DIREITO

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.

TCE COM TRATAMENTO CIRURGICO
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA COM TRATMENTO CONSERVADOR
DRENAGEM CIRURGICA DE PNEUMOTORAX

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.

DEFORMIDADE CRANIANA COM DÉFICIT MODERADO COGNITIVO E MODERADA LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO DE OMBRO DIREITO
CANSAÇO AOS ESFORÇOS

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

SNC

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

FUNÇÃO RESPIRATÓRIA

Marque o percentual

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

OMBRO DIREITO

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:

PI - TERESINA, 11/12/2013

Médico Perito/Revisor: FABIO SELERI FERNANDES CRM: 5263021-7

Fabio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7


Assinatura do perito revisor - CRM

Informações Complementares

12/12/2013

- BANCO DO BRASIL -

13:35:00

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTOS: TED - OUTRA TITULARIDADE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT SA

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 00.000.611.000-2

=====

DATA DA TRANSFERÊNCIA:

25/11/2013

NÚMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

9.787,50

***** TRANSFERIDO PARA :

CLIENTE: NILTON CESAR LIMA

BANCO : 104 - Banco 104

AGÊNCIA : 198-9

CONTA : 00.000.067.770-4

=====

Nr. Autenticação: 4.6C5.361.71B.827.FE4

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013675517**Cidade:** Amarante**Natureza:** Invalidez**Vítima:** NILTON CESAR LIMA**Data do acidente:** 02/03/2013**Emissor do parecer:** Carlos Antonio
Correa de
Carvalho**Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE
SEGUROS**Prestadora:** CNIS - Cadastro
Nacional Informações e
Serviços**CRM do médico:** 52630217

PARECER

Diagnóstico: TCE; FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA E PNEUMOTORAX.**Descrição do exame médico pericial:** DEFORMIDADE CRANIANA COM DÉFICIT MODERADO COGNITIVO E MODERADA LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO DE OMBRO DIREITO; CANSAÇO AOS ESFORÇOS.**Resultados terapêuticos:** TCE COM TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA COM TRATMENTO CONSERVADOR DRENAGEM CIRURGICA DE PNEUMOTORAX**Sequelas permanentes:** APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL. APRESENTA DÉFICIT DE FUNÇÃO RESPIRATÓRIA. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 12/11/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** FABIO SELERI FERNANDES**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100	1	10
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100	1	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	50

Valor avaliado: 9.787,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013675517**Cidade:** Amarante**Natureza:** Invalidez**Vítima:** NILTON CESAR
LIMA**Data do acidente:** 02/03/2013**Emissor do parecer:** Maria Tereza
Ramos de
Araujo Amorim**Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE
SEGUROS**Prestadora:** AMORIM E MATTOS
SERVIÇOS MÉDICOS
ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 31475-9

PARECER

Data da análise: 06/11/2013**Valoração do IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** A ESCLARECER LESÃO**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO**Sequelas permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** MARIA TEREZA**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano

Danos não definidos.

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