

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 2014062845 - 1

Nome do(a) Examinado(a): LUIS NERES DE OLIVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): BARRO VERMELHO nº 181 - ZONA RURAL - NOVO ORIENTE/CE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 171919889 - SSP

Data local do exame: 12/02/2014 CRATEUS/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMA CONTUSO EM COXA ESQ E OMBRO ESQ

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES. ALTA MÉDICA DEFINITIVA NO DA DO ACIDENTE

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DISCRETA LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DE OMBRO ESQ

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

OMBRO ESQ

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MIE

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

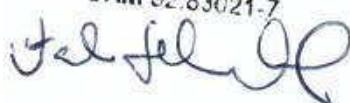
SEM ALTERAÇÕES ANATOMO FUNCIONAIS. OMBRO E MIE 0%

Local e data de realização do exame médico legal:

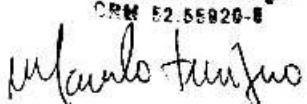
CE - CRATEUS, 12/02/2014

Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM: 5263021-7

Médico Revisor: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO CRM: 5255920-8

Fábio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7


Assinatura do perito examinador - CRM

Marcelo de Toledo F. Terrigno
CRM 52.55920-8


Assinatura do perito revisor - CRM

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2014

Carta nº: 4541676

A/C: LUIS NERES DE OLIVEIRA

Sinistro: 2014376324
Vitima: LUIS NERES DE OLIVEIRA
Data Acidente: 12/09/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: LUIS NERES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 0000029388-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Perda completa da mobilidade de um dos ombros, em grau médio = 12,50%	R\$ 1.687,50
Total avaliado:	R\$ 1.687,50
Valor de Multa / Juros:	R\$ 0,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 2014376324	Cidade: Crateús	Natureza: Invalidez
Vítima: LUIS NERES DE OLIVEIRA	Data do acidente: 12/09/2013	Emissor do parecer: Roberto Martins Albuquerque
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A	Prestadora: ACE Gestão de Saúde Ltda.	CRM do médico: 12959

PARECER

Diagnóstico: Com diagnóstico inicial de trauma na coxa e região proximal do braço esquerdo. .

Descrição do exame médico pericial: Refere dor intensa para a movimentação do ombro esquerdo. Apresenta limitação dos movimentos do ombro esquerdo por lesão no ligamento

Resultados terapêuticos: Seguiu tratamento conservador.

Sequelas permanentes:

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 30/05/2014

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: Kleiber Salvador Caceres Morales

UF do CRM do médico:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Informações do Acidente

Sinistro: 2013767298

Nome da Vítima: Luís Neres de Oliveira

Local: Crateús - CE

Data do Acidente: 12/09/13

“Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo”.

Resultado da Avaliação do Medico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

() Sim () Não () Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como “não” ou “prejudicado” apresentar justificativas:

Resposta:

II. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

Resposta: *Contusão na coxa esquerda, submetido a tratamento conservador.*

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.

Resposta: *Refere dor na mobilização do membro inferior esquerdo.
Exame clínico normal.*

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: () Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

Resposta:

b) Exames Complementares: () Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

Resposta:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) (x) Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

Resposta: Sem sequelas.

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.

Resposta:

V. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame médico se pode documentar:

() Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

() Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como “parcial” informar se o dano é “completo” ou “incompleto”:

() Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

() Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

2ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

Informações Complementares Apresentadas pelo Médico Examinador

Resposta:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR:

Nome do Medico: Kleiber Salvador Cáceres Morales.

Registro no CRM: CE 12959

Local do Exame: Crateús - CE

Data do Exame: **03/01/14.**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **LUIS NERES DE OLIVEIRA** Sinistro: **2014376324** Data: **12/09/2013**

Endereço do(a) Examinado(a): **BARRO VERMELHO, 181 - ZONA RURAL - Novo Oriente - CE - CEP 63740-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **171919889**

Data local do exame: [**30/05/2014**] **Crateús** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Com diagnóstico inicial de trauma na coxa e região proximal do braço esquerdo. . Refere dor intensa para a movimentação do ombro esquerdo. Apresenta limitação dos movimentos do ombro esquerdo por lesão no ligamento

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Seguiu tratamento conservador.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Apresenta limitação funcional moderada do ombro esquerdo.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

