

# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 complicação.

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

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

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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 seqüela 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%

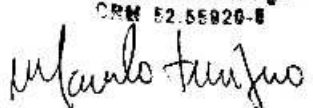
Local e data de realização do exame médico legal:

**CE - CRATEUS, 12/02/2014**

**Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM: 5263021-7**

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

Fabio S. Fernandes  
Medicina Interna  
CRM 52.63021-7  


Marcelo de Toledo F. Terrigno  
CRM 52.55920-8  


Assinatura do perito examinador - CRM

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](http://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:** Apresenta limitação funcional moderada do ombro esquerdo.**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:** CE

## 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 Vitimas 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?

( x ) 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: ( x ) Não      ( ) Sim.

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

**Resposta:**

b) Exames Complementares: ( x ) 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 susceptível(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 íntegra 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 Médico: Kleiber Salvador Cáceres Morales.

Registro no CRM: CE 12959

Local do Exame: *Crateús - CE*

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

A handwritten signature in black ink, enclosed in an oval. The text inside the oval reads: "Dr. Kleiber S. Cáceres Morales", "MÉDICO", and "CRM-CE 12959".

**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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

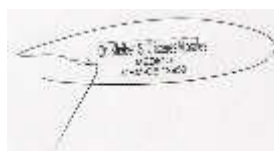
Região Corporal (Sequela):

% 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.



Kleiber Salvador Caceres Morales - CRM: 12959 - CE