

**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: **3180216267**

Nome do(a) Examinado(a): **ISAIAS GOMES REIS**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA 1 DE MAIO nº 533 - NOVO MILENIO - MARCOLANDIA/PI**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3.415.529 - SSP**

Data e local do acidente: **11/03/2018 MARCOLANDIA/PI**

Data e local do exame: **03/07/2018 ARARIPINA/PE**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**Fraturas de ossos da face a direita.**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Vítima sofreu fratura de ossos da face à direita, sendo submetido a tratamento conservador. Refere dores de cabeça ocasionais que surgiram após o acidente. Recebeu alta médica definitiva em junho de 2018**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**Apresenta cicatriz na região supraciliar direita de 7 centímetros com discreto edema local. Não apresenta deformidades. Nega perda visual.**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM  NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo 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*

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

Região Corporal(Sequela):

10%  25%  50%  75%  100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -**

**Médico Perito: ERNANDE MODESTO DE CARVALHO CRM:14736/PE**

  
Ernande Modesto de Carvalho  
Medicina de Trânsito  
CRM- PE 14736

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM