

**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%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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


Ernando Modesto de Carvalho
Medicina de Tráfego
CRM- PE 14736

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