

**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: **3180379591**
Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO NAILDO FERREIRA DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **ST ASSENTAMENTO COLINA nº 5 - ZONA RURAL - GRANITO/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 537935356 - SSP**
Data e local do acidente: **17/12/2017 GRANITO/PE**
Data e local do exame: **08/01/2019 OURICURI/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIANO GRAVE COM CONTUSÃO TEMPORAL BILATERAL, LESÃO LATERO-CONTUSA EM REGIÃO FRONTAL E PARALISIA DO TERCEIRO PAR DE NERVO CRANIANO, E FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

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

FOI REALIZADO TRATAMENTO NEUROLÓGICO CONSERVADOR, ASSIM COMO DA CLAVICULA DIREITA E FISIOTERAPIA. TEVE ALTA NO DIA 24/20/2018. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÃO;

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO, COM PERDA DE FORÇA MUSCULAR (GRAU 3) NOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO DIREITO, CEFALÉIA INTENSA, PARALISIA FACIAL A DIREITA, DANO COGNITIVO COMPORTAMENTAL, COM DIFICULDADE EM MANTER-SE ATENTO NA REALIZAÇÃO DE UMA TAREFA, OU NUM PENSAMENTO, SENDO FÁCIL DISTRAIR-SE, ALTERAÇÕES DE HUMOR, IRRITABILIDADE E ANSIEDADE-RELATADOS, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL; ALEGA PERCA DA ACUIDADE VISUAL PARCIAL À DIREITA, SEM COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA -EXAMES.

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:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO, E RESIDUAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

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 do 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 DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela): **SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

☒ 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 MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. CONSIDERADA EVOLUÇÃO INFORMADA EM LAUDOS AMBULATORIAIS DE EVOLUÇÃO E AVALIAÇÃO DO PERITO EXAMINADOR. -

Médico Perito: LEONARDO COELHO BEZERRA CRM:24897/PE


Dr. Leonardo Coelho Bezerra
Médico
CRM-PE 24897
CRM-CE 16885

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