

**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: **3180408435**  
Nome do(a) Examinado(a): **VICTOR RAFAEL DA ROCHA ANDRADE**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOÃO GONÇALVES nº 132 - MORRO DA CONCEIÇÃO - RECIFE/PE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 7.693.391**  
Data e local do acidente: **16/10/2017 RECIFE/PE**  
Data e local do exame: **27/09/2018 RECIFE/PE**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**Traumatismo craniano com fratura de temporal esquerda**

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

**Tratamento cirurgico, evolui sem complicação. Alta médica.**

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

**vítima consciente e orientado ao exame, sem deficit cognitivo, realiza contato visual e verbal com entrevistador, presença de cicatriz cirurgica em couro cabeludo**

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: LEONARDO DE FARIA NEVES CRM:17742/PE**

**Leonardo Neves**  
Médico  
CREMEPE 17742  


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