

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180305197

**Nome do(a) Examinado(a):** MARIA DA CONCEICAO FREITAS PEREIRA

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA SERRA DA CRUZ, 71 - Pesqueira/PE -  
CEP 55200-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :**

**Data e Local do Acidente :** 23/12/2017

**Data e Local do Exame :** 16/07/2018 RUA MANOEL LOPES DA SILVA, 154 -  
CUSTODIA/PE

**Resultado da Avaliação Médica**

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

FRATURA DA CLAVICULA DIREITA, TRAUMA TORACICO ( FRATURA DE ARCO – COSTAIS)TCE.

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

TRATAMENTO CONSERVADOR + SUTURA EM REGIÃO PARIETAL TEMPORAL ESQUERDO, SEQUELA JÁ ESTABELECIDA.

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

PERDA DA FORÇA DO BRAÇO DIREITO, DEFICIT DO MOVIMENTO, SUPINAÇÕES DO BRAÇO DIREITO, DORMENCIA E FORMIGAMENTO, DEFICIT VISUAL DO OLHO ESQUERDO, CEFALEIA E LAPSO DE MEMORIA E TONTURA.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente  
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a  
qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

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

PERDA DA FORÇA DO BRAÇO DIREITO, DEFICIT DO MOVIMENTO, SUPINAÇÕES DO BRAÇO DIREITO, DORMENCIA E FORMIGAMENTO, DEFICIT VISUAL DO OLHO ESQUERDO, CEFALEIA E LAPSO DE MEMORIA E TONTURA.

**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

OMBRO DIREITO

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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



---

JOAO LOPES DE BARROS FILHO CRM : 15988 / UF :PE