

**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 ESTABELECIDADA.

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, CEFALIA E LAPSO DE MEMORIA E TONTURA.

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 susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ 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, CEFALIA 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 às 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