

**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: **3180497067**

Nome do(a) Examinado(a): **ALECIO BARBOSA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MIGUEL ANGELO nº 140 - SUCUPIRA - JABOATAO DOS GUARARAPES/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 5057757 - SSP**

Data e local do acidente: **08/06/2018 JABOATAO DOS GUARARAPES/PE**

Data e local do exame: **18/12/2018 RECIFE/PE**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**fratura de mandíbula e epicôndilo medial de cotovelo esquerdo, trauma abdominal e toracico fechados, com hemopneumotórax**

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

**imobilização da mandíbula, imobilização gessada no cotovelo esquerdo, drenagem torácica em selo d'água a esquerda, observação para o trauma abdominal. Evolui sem complicações. Não fez fisioterapia. Alta há cerca de 3 meses**

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

**vítima sem assimetria de face, com bom ângulo de abertura de cavidade oral, sem limitação na mastigação. Apresenta extensão do cotovelo esquerdo a cerca de 170 graus, sem limitação de força. Cicatriz de drenagem toracica a esquerda, sem limitação na expansibilidade de caixa toracica.**

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%

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  
CREM/PE 17742

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