

**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.**

Número do Sinistro: **3180249506**

Nome do(a) Examinado(a): **ITAUMIR ALVES DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**LOCALIDADE BARRO, SN - RURAL - Monsenhor Gil - PI - CEP 64450-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PI** ] **2398426**

Data e local do acidente: [ **05/01/2018** ] **BR 316, MONSENHOR GIL-PI**

Data e local do exame: [ **26/06/2018** ] **Teresina** [ **PI** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO. FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO.**

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

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NA FACE E NO ÚMERO ESQUERDO. REALIZOU FISIOTERAPIA.**

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

**VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE MASTIGAÇÃO. NO OMBRO ESQUERDO, OBSERVA-SE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO, ELEVAÇÃO E ADUÇÃO E DISCRETA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO.**

**IV.** Nexa 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:

**SEQUELA FUNCIONAL DA FACE E NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**

**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"

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 (Sequela):

**LESÃO CRANIO-FACIAL**

% do dano: ( ) 10% residual ( ☒ ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):


**MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO**

% do dano: ( ) 10% residual ( ☒ ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% 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.



Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI