

**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. 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:

SEUELA 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 (X) 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 (X) 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