

**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**

**Nome do(a) Examinado(a):** FRANCISCO LAUDENI DA SILVA  
**Endereço do(a) Examinado(a):** VL NOVA, S/N - S/N - Pindoretama/CE - CEP 62860-000  
**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 20073020049 - SSP-CE - 04/06/2009  
**Data e Local do Exame :** 31/07/2017 RUA CEL. ALVES TEIXEIRA, 1280 - FORTALEZA/CE

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)**

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL LEVE, COM FRATURA DA FACE.

Exame Físico: ASSIMETRIA FACIAL DISCRETA, DOR À MASTIGAÇÃO, PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS E LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DA ATM.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?  Sim  Não

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico?  Sim  Não

**II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações**

ATENDIDO NA EMERGÊNCIA E INTERNADO, PARA TRATAMENTO CONSERVADOR. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA, SEM COMPLICAÇÃO.

**III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  Sim  Não**

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DA FACE, PELA PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS E BLOQUEIO ARTICULAR DA ATM.

**IV. Segundo o 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)

“Exame não permite conclusão”

**b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

CRÂNIO-FACIAL.

% 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

Região Corporal

% do Dano  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

**c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico – assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).**

Total = “100% da IS”

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andre de Oliveira Leal  
CRM 16566

---

ANDRÉ DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE