

**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**

Nome do(a) Examinado(a): Maria Celia da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Av Ferroviaria, S/N Qd-b Cs 06  
Ilhotas Teresina PI CEP: 64014-080  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PI ] 1716890  
Data local do exame: [ 15/09/2017 ] Teresina [ PI ]

**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)

**TRAUMATISMO CRANIANO, COM FRATURA CRANIANA LINEAR ALINHADA NO OSSO FRONTAL ESQUERDO, E FRATURA NO TERÇO MÉDIO DO OSSO ESCAFÓIDE DIREITO.**  
**APRESENTA NO MOMENTO PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO PUNHO DIREITO, E QUADRO CLÍNICO COM VERTIGEM (ROMBERG POSITIVO).**

- 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?

**(X) Sim**      **( ) Não**

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- 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?

**(X) Sim**      **( ) Não**

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

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

**EVOLUIU COM PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO PUNHO DIREITO, E QUADRO CLÍNICO COM VERTIGEM (ROMBERG POSITIVO).**

Data da alta: REFERE QUE JÁ TEVE ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO MÉDICO.

FEZ TRATAMENTO COM IMOBILIZAÇÃO COM APARELHO GESSADO POR 03 MESES, MEDICAMENTOSO COM USO DE ANTIINFLAMATÓRIOS, E ANALGÉSICOS, REFERE QUE FEZ FISIOTERAPIA COM 30 SESSÕES.

Complicações: NÃO TEVE COMPLICAÇÕES.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

**(X) 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.

**APRESENTA NO MOMENTO PERDA DE FORÇA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO PUNHO DIREITO, E QUADRO CLÍNICO COM VERTIGEM (ROMBERG POSITIVO).**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- 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 (\*).

**( ) "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)*

**( ) "Exame não permite conclusão"**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

**PUNHO - Direito**

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL**

% do dano: **(X) 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**

- 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

*Mauro Ricardo R. Bilibio*  
**Mauro Ricardo R. Bilibio**  
Médico  
CRM - PI 4606 / MA: 6373