

**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: 3190646125  
Nome do(a) Examinado(a): Marilene dos Santos Vital  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Conquista, 66 Casa  
Santa Maria Aracaju SE CEP: 49043-487  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 3.476.983-8  
Data local do acidente: [ 30/04/2019 ]  
Data local do exame: [ 04/12/2019 ] Aracaju [ SE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBDURAL LAMINAR.**

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

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO**  
**Complicações: NENHUMA**

**Data da Alta: 07/05/2019**

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

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO ASSIMÉTRICO, TÔNUS, REFLEXO, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS MEMBROS SUPERIORES PRESERVADOS  
PERICIADA LUCIDA, ORIENTADA, VERBALIZANDO COM FALA NORMAL, PERICIADA COM HISTÓRIA PREGRESSA DE NEUROCIRURGIA CRANIANA, NÃO DEFININDO A CAUSA (LESÕES SOBREPOSTAS).**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**(X) Sim** **( ) Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

**( ) Sim** **(X) 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 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"**

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

**(X) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 à valoração do dano corporal.

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

*Manoel Otávio Nascimento Junior*

Manoel Otávio Nascimento Junior  
Clínica e Auditório Médico  
CRM 1827