

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: **3180020875**

Nome do(a) Examinado(a): **ELIZA REGINA DA CONCEICAO BISPO**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOSE FLORENCIO, 186 - serranopolis - Jaicós - PI - CEP 64575000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PI**] **2905060**

Data e local do acidente: [**19/10/2017**] **Jaicós BR -407**

Data e local do exame: [**28/03/2018**] **Picos** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

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

ESCORIAÇÕES COM HEMATOMA EM REGIÃO COXO-FEMURAL DIREITA.

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

TRATAMENTO REALIZADO COM LIMPEZA CIRÚRGICA E SUTURA SIMPLES DOS FERIMENTOS. QUADRO CLÍNICO EVOLUINDO DE FORMA SATISFATÓRIA. ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA.

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

AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MARCHA NORMAL COM MOVIMENTOS PRESERVADOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

IV. Nexo 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:

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

(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, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal (Sequela):

% 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):

% 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.**



Assinatura do médico - CRM



CRM - Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Norte

Rubem Pinheiro - CRM: 2959 - PI