

**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

Sinistro: **3180379591**
Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO NAILDO FERREIRA DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **ST ASSENTAMENTO COLINA nº 5 - ZONA RURAL - GRANITO/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 537935356 - SSP**
Data e local do acidente: **17/12/2017 GRANITO/PE**
Data e local do exame: **05/09/2018 JUAZEIRO DO NORTE/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

**traumatismo craniano grave
fratura da clavícula direita**

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

**tratamento hospitalar conservador de traumatismo craniano grave, em regime intensivo.
teve alta médica tendo evoluído com melhora da contusão hemorrágica temporal bilateral, com absorção e melhora clínica e neurológica.
tratamento conservador de fratura de clavícula direito com imobilização. evoluiu sem complicações
está de alta médica.**

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

**ACUIDADE VISUAL DE OLHO DIREITO AUSENTE, CONFORME LAUDO DE DR.DAVID FARIAS CRM-PE 10764 DATADO DE 23.01.2018.
OMBRO DIREITO COM DEFICIT DE FLEXÃO E EXTENSÃO**

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 suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO DIREITO

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

☐ 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

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

Região Corporal(Sequela): **OMBRO DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%


Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**NÃO HÁ NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA AO PROCESSO A COMPROVAÇÃO DO NEXO DA PERDA VISUAL INFORMADA PELO MÉDICO EXAMINADOR.
MANTIDO ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO QUANTO A FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA**

Médico Perito: VICTOR HUGO BEZERRA PEDROSA CRM:10674/CE


Dr. Victor Hugo Bezerra Pedrosa
Médico do Trabalho - CRM-CE: 10674
Especialização em Medicina do Trabalho ABR/ABR/2011
RUE/CRM 5001-Salão 1100-10 ANEXO 10/2011

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM