

**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: 3180363968  
Nome do(a) Examinado(a): Joseane Helena da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Chapada do Araripe, 1 A  
Cohab Recife PE CEP: 51340-255  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 5832731  
Data local do acidente: [ 24/11/2017 ]  
Data local do exame: [ 23/10/2018 ] Olinda [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TCE E CONTUSÃO NA Perna ESQUERDA**

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

**Tratamento: REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR**

**Complicações: NÃO HOUVE**

**Data da Alta: 09/12/2017**

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

**APRESENTA EXAME FÍSICO NORMAL. EGB, CONSCIENTE, ORIENTADA , DEAMBULA NORMAL, SENTA E LEVANTA NORMALMENTE**

- 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

