

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180305197

**Nome do(a) Examinado(a):** MARIA DA CONCEICAO FREITAS PEREIRA

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA SERRA DA CRUZ, 71 - Pesqueira/PE - CEP 55200-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 4932722 - SSP-PE

**Data e Local do Acidente :** 23/12/2017

**Data e Local do Exame :** 24/08/2018 RUA ERNESTO DOURADO, 654 - GARANHUNS/PE

**Resultado da Avaliação Médica**

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

Traumatismo crânio-encefálico leve com ferimento corto-contuso de couro cabeludo.

Trauma fechado de tórax com hemotórax à esquerda e fraturas múltiplas de arcos costais bilaterais.

Fratura de clavícula direita.

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

Tratamento conservador do Traumatismo crânio-encefálico.

Sutura de lesão corto-contusa de couro cabeludo.

Tratamento conservador da fratura de clavícula direita com imobilização com tipóia.

Drenagem fechada de hemotórax à esquerda.

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

Paciente abalada psicologicamente, poliqueixosa, com muitas dores em ombro direito e hemitórax esquerdo. Limitações importantes na elevação e rotação do ombro direito por rigidez articular, déficit de força grau 3 em ombro direito.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

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

Déficit de força em ombro direito com limitações na elevação e na rotação do membro superior direito por rigidez articular em ombro direito.

**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) “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

Ombro direito.

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% 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.**

  
DR. DANIEL GALVÃO  
Médico do Trabalho  
CRM 13735  
204-15

DANIEL HENRIQUE GALVÃO FERREIRA CRM : 13735  
/ UF :PE