

**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**

Nome do(a) Examinado(a): Kiara Rayssa Feitosa  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Nicolau Teodoro Aragao, 120  
Palestina Santa Cruz do Capibaribe PE CEP: 55190-010  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ CERTIDAO NASCIMENTO / PE ] 37354  
Data local do exame: [ 05/12/2017 ] Caruaru [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO, TCE MODERADO, TVP EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**  
**PREJUIZO DE GRAU GRAVE NA MOBILIDADE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO, ALTERAÇÃO DA MARCHA (+++++), LIMITAÇÃO NA FORÇA LOCAL, COM HIPOTROFIA DO MEMBRO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA. VÍTIMA CONSCIENTE E ORIENTADA AO EXAME, SEM DEFÍCIT COGNITIVO.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

Sim  Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto as observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

Sim  Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**TRATADO CIRURGICAMENTE DA FRATURA DE FEMUR, EVOLUINDO COM QUADRO DE TVP, JÁ TRATADO. TRATADO CONSERVADORAMENTE DO TCE. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**  
Data da alta: CERCA DE 15 DIAS APÓS O TRAUMA.

**OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA, SUPORTE CLÍNICO PARA O TCE, MEDICAMENTOSO PARA A TVP.**

**Complicações: ENCURTAMENTO E HIPOTROFIA DO MEMBRO. TVP.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

Sim  Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU GRAVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. 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"

"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)

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- 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):

**MEMBRO INFERIOR - Esquerdo**

% 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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

Total = "100% da IS"

- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**Sem sequela neurológica.**

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

**SAUDESEG**  
**Dr. Leonardo Neves**  
**CRM-PE 17742**

