

**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: **3180554243**

Nome do(a) Examinado(a): **JULIANA CORDEIRO FEITOSA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Eça de Queirós, 1465 - Fortaleza/CE**

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: **04583724074, DETRAN/CE**

Data e local do acidente: **16/05/2018, Fortaleza, CE**

Data e local do exame: **27/12/2018 - FORTALEZA/CE**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**Fratura de sacro com comprometimento da porção sacro-iliaca à direita.**

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, o estágio clínico atual da lesão obteve melhora depois de terem sido adotadas as medidas terapêuticas cabíveis: tratamento conservador, medicamentoso e fisioterápico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no quadril direito, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões da periciada.

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

Ao exame do quadril direito, apresenta redução da amplitude de movimentos, com limitação aos movimentos de flexão aos 105°, abdução aos 20°, rotação lateral aos 25° e rotação medial aos 30°. Realiza manobra de agachamento com dificuldade. Apresenta trofismo mantido em membro inferior, sem prejuízo de força motora, bem como mobilidade preservada nos demais segmentos do membro, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao quadril.

**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:

Perda parcial e incompleta em quadril direito, devido à redução da mobilidade.

**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

( ) “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): Quadril - Direito - MÉDIA - 50%**

**% 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.

Dr. Greive Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050

Assinatura e Calímbio do médico

