

# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

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

Sinistro: **3170252776 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **HARLAN CORREIA RAMOS**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CRAOLÂNDIA nº 124 - NOVA DESCOBERTA - RECIFE/PE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 6309216 - SSP**  
Data local do exame: **06/09/2017 RECIFE/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)

#### FRATURALUXAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO

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

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

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

#### REDUÇÃO INCRUENTA E POSTERIOR FIXAÇÃO DO TROQUITER COM ANCORAGEM. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO LEVE A MODERADA DA ABDUÇÃO MÁXIMA DO OMBRO ESQUERDO; SEM DEFICIT MUSCULAR; SEM RELATO DE RESCÍDIVA;

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

#### DEFICIT FUNCIONAL MODERADO NO OMBRO ESQUERDO

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 seqüela 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)

#### OMBRO ESQUERDO

☐ 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%

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

☐ Total = "100% da IS"

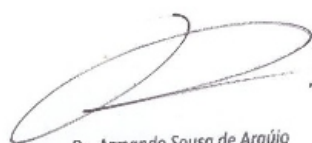
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

**NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -**

Local e data de realização do exame médico legal:

**PE - RECIFE, 06/09/2017**

**Médico Perito: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO CRM:52.53331-5 /RJ**

  
Dr. Armando Sousa de Araújo  
Médico Perito  
CRM-RJ 52.5333-15  
Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM