

**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: **3180540377**

Nome do(a) Examinado(a): **EDSON GUEDES VASCONCELOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

**AV TENENTE CLETO CAMPELO, 2897 - CENTRO - Moreno - PE - CEP 54800-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **1.995.086**

Data e local do acidente: [ **28/06/2018** ] **MORENO**

Data e local do exame: [ **05/12/2018** ] **Limoeiro** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DA PATELA À DIREITA.**

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

**AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA ATROFIA MUSCULAR DA COXA E PERNA DIREITA, DÉFICIT DE FORÇA MUSCULAR, LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO E OSTEOARTROSE PÓS TRAUMÁTICA NESTA ARTICULAÇÃO.**

**III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM CERCLAGEM - BANDA DE TENSÃO.**

**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:**

**Limitação funcional do joelho direito**

**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):

Joelho direito

% 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.



Assinatura do Médico Examinador – CRM

Roberto de Castro Costa - CRM: 11730 - PE