

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

Informações do Acidente

Sinistro: 2013587924

Nome da Vítima: FRANCISCO ARNALDO MOTA SILVA

Local: FORTALEZA

Data do Acidente: 20-05-2013

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Resultado da Avaliação do Medico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

Sim Não Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como “não” ou “prejudicado” apresentar justificativas:

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito I

II. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

Resposta: *TRAUMATISMO NO QUADRIL DIREITO COM LUXAÇÃO E FRATURA DO ACETÁBULO, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSO. FEZ 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO COM FRATURA DA TÍbia DIREITA, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA USANDO PLACA E PARAFUSO. FEZ 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA*

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Resposta: *CICATRIZ CIRÚRGICA SEM COMPLICAÇÃO NO QUADRIL E NO JOELHO DIREITOS. EDEMA RESIDUAL, ATROFIA MUSCULAR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS QUADRIL E NO JOELHO DIREITOS.*

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: Não Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

Resposta:

b) Exames Complementares: Não Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:
Resposta:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

b) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Resposta: *LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO*

Em caso de resposta afirmativa para "a" e/ou "b" no item III e/ou "a" no item IV, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

V. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame médico se pode documentar:

() Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

(X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como “parcial” informar se o dano é “completo” ou “incompleto”:

() Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

(X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão: MEMBRO INFERIOR DIREITO

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% grave

2ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

Informações Complementares Apresentadas pelo Médico Examinador

Identificação do Médico Examinador

Nome do Medico: ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA

Registro no CRM: 4774

Local do Exame: FORTALEZA-CE

Data do Exame: **19/11/2013**

Fortaleza, 19 de Novembro de 2013

Antº Eusébio Teixeira Rocha
Médico do Trabalho
Mtb nº 2270 Port. N° 6 de 12/06/90
CREMEC 4774 - CPF 376.928.284-15

Assinatura do Médico Examinador – CRM