

# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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?

(X ) 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: ( X ) Não      ( ) Sim.

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

**Resposta:**

b) Exames Complementares: (X ) 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) ( X ) 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 susceptível(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 íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vitima).

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

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 Vitima).

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

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 Médico: 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  
Mib nº 2270 Port. Nº 6 de 12/06/90  
CREMEC 4774 - CPF 376.928.284-15

Assinatura do Médico Examinador – CRM