

**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**

Nome do(a) Examinado(a): Francisco Pereira Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): R Maria Patricia Costa, S/N  
Centro Barra de Santa Rosa PB CEP: 58170-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 3121359  
Data local do exame: [ 14/03/2016 ] Campina Grande [ PB ]

**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)

**Fratura de tibia Esq, Fratura de acetabulo D**

**Presença de cicatriz cirurgica na região anterior da perna Esq, edema importante e deformidade no terço distal da perna, limitação da adm do Tnz para flexo extensão em torno de 50 %, atrofia importante da musculatura do MIEsq, deambula com auxilio de muleta. ausência de cicatrizes na região do quadril D ausência de limitações na ADM do quadril Esq.**

- 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?

**(X) Sim** ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- 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?

**(X) Sim** ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*\*))

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

**Foi atendido no mesmo dia do acidente, ficou internado durante 22 dias, sendo submetido a sintese de fratura de tibia no 16º dia, fez TAC da bacia e teve indicação de tratamento conservador da fratura do acetabula, fez acompanhamento durante seis meses, não fez fisioterapia**

**Data da alta: 13-03-2015**

**Osteossintese de fratura de tibia Esq com uso de placa e parafusos**

**Tratamento conservador de fratura de acetábulo**

**Complicações: Evoluiu sem complicações**

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

**(X) Sim** ( ) Não

Existindo sequela(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.

**Dano anatomico pela fratura e deformidade importante da perna Esq, deficit funcional da ADM do TNZ, atrofia da musculatura do MIE, perda da capacidade de correr e agachar, limitação para deambular sem o auxilio de muletas.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Membro inferior - Lado Esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio **(X) 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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale 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 valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Schubert Costa**  
PÉRITO ASSISTENTE  
SAUDE SEG  
CRM - 5523