

**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: **3180009179**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **POVOADO CAMURIM CASCAVEL/CE**

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: **Documento de Identidade, SSP / CE, 2002005136021**

Data e local do acidente: **04/10/2017, CASCAVEL/CE**

Data e local do exame: **08/02/2018, Fortaleza/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do platô tibial esquerdo.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, o estágio clínico atual da lesão obteve resposta discreta, depois de terem sido adotadas as medidas terapêuticas cabíveis: tratamento cirúrgico, medicamentoso e fisioterapêutico. Avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no membro inferior esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame do membro inferior esquerdo, apresenta redução da amplitude de movimento do membro inferior esquerdo, com limitação aos movimentos de joelho de flexão em 100° e de tornozelo de flexão plantar em 35°. Constatada atrofia muscular, com consequente redução de força em membro inferior esquerdo (força em grau IV). O conjunto das lesões acarreta prejuízo funcional ao membro inferior esquerdo como um todo.

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

Sim Não

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:

Perda funcional, parcial e incompleta do membro inferior esquerdo, devido à redução da mobilidade e força.

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): Membro Inferior - Esquerdo - LEVE - 25%

% 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:

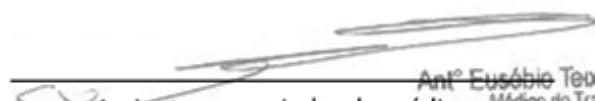
() 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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