

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

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014161581 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **ROSENILDO SILVA DE ARAUJO**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA RAIOS DO SOL nº 184 - LOTEAMENTO SOL NASCENTE - SANTA RITA/PB**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2407589 - SSP**  
Data local do exame: **22/03/2014 RECIFE/PE**

### 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 cominutiva de diáfise de fêmur E

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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

**Tratamento cirurgico com haste intramedular em Novembro de 2013. Evoluiu sem consolidação do foco de fratura, realizando nova cirurgia em fevereiro de 2014. esta de alta medica**

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

☒ 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.

#### Atrofia muscular do quadríceps limitando a deambulação

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

☐ Sem sequela permanente

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

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

**MIE**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.


Local e data de realização do exame médico legal:

**PE - RECIFE, 22/03/2014**

**Médico Perito: VANESSA LUCILIA SILVEIRA DE MEDEIROS CRM: 18295**

**Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890**

  
Vanessa de Medeiros  
CRM 18295 - PE  
Clínica Médica

  
Dra. Dorel M. B. C. Mendes  
Médica Perita  
CRM-RJ 52 25889-0  
Cadastro Nacional



Assinatura do perito examinador - CRM

Assinatura do perito revisor - CRM

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/04/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSENILDO SILVA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000008694-8

---

Nr. da Autenticação BBF96D97D18B4AEC

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014161581**Cidade:** Santa Rita**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ROSENILDO SILVA DE ARAUJO**Data do acidente:** 27/10/2012**Emissor do parecer:** Amanda Franca Pinheiro**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços**CRM do médico:** 18925

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura cominutiva de diáfise de fêmur E**Descrição do exame médico pericial:** Atrofia muscular do quadríceps limitando a deambulação**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirurgico com haste intramedular em Novembro de 2013. Evoluiu sem consolidação do foco de fratura, realizando nova cirurgia em fevereiro de 2014. esta de alta medica**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 22/03/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 9.450,00**Médico avaliador:** VANESSA LUCILIA SILVEIRA DE MEDEIROS**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

**Dano**

Perda funcional completa de um dos membros inferiores

**% Dimensão Graduação**

70 1 25

**Valor avaliado:** 2.362,50