

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

---

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

**Número do Sinistro:** 3180186877

**Nome do(a) Examinado(a):** ROSILENE DA SILVA PEREIRA

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Idealista, 692 - Caucaia/CE - CEP 61652-180

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 1043621 - CT - CE. - 09/08/2012

**Data e Local do Acidente :** 10/12/2017 - FORTALEZA, CE.

**Data e Local do Exame :** 05/07/2018 RUA CEL. ALVES TEIXEIRA, 1280 - FORTALEZA/CE - CEP 60130-001

**Resultado da Avaliação Médica**

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

ESMAGAMENTO DO PÉ DIREITO, FRATURA GRAVE DO V METATARSO E FRATURA DO IV E III METATARSOS DO PÉ DIREITO.

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

A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO FROTINHA DA PARANGABA, ONDE FOI IMOBILIZADA E LIBERADA. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA EM JUNHO DE 2016, COM COMPLICAÇÃO - DEFORMIDADE ÓSSEA.

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

MARCHA COM APOIO, DEFORMIDADE ÓSSEA NO DORSO DO PÉ DIREITO, EDEMA DO PÉ DIREITO ++/4+ E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DOS DEDOS DO PÉ DIREITO.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [ ] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PÉ DIREITO, PELA DEFORMIDADE ÓSSEA, EDEMA E BLOQUEIO ARTICULAR.

**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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

PÉ DIREITO.

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

% 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.**



Andre de Oliveira Leal  
CRM 16566

---

ANDRE DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE