

**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**

Sinistro: **3170525117**  
Nome do(a) Examinado(a): **MACIEL LIMA SILVA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO nº 09 - SAO GERALDO - TRINDADE/PE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2004032036365 - SSP**  
Data e local do acidente: **18/08/2017 TRINDADE/PE**  
Data e local do exame: **22/01/2019 OURICURI/PE**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA EXPOSTA DA TIBIA ESQUERDA**

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

**FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA EXPOSTA DA TIBIA ESQUERDA E FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM PSEUDO ARTROSE DE TÍBIA. TEVE ALTA NO DIA 05/09/2018**

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

**REDUÇÃO DE FORÇA MUSCULAR NOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO, COM PSEUDO ARTROSE DE TÍBIA, VISUALIZADA POR MEIO DE RADIOGRAFIA. MARCHA CLAUDICANTE**

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 suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

**DÉFICIT DE FUNÇÃO E GRAU MÉDIO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

**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

☐ 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

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 ESQUERDO**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**NOTA: A FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA DESCRITA NO RELATÓRIO MÉDICO( PAGINA 1) NÃO FOI RELATADA NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR ANEXADA. HOUVE PIORA FUNCIONAL DEVIDO A EVOLUÇÃO PARA PSEUDO ARTROSE. -**

**Médico Perito: LEONARDO COELHO BEZERRA CRM:24897/PE**

  
Dr. Leonardo Coelho Bezerra  
Médico  
CRM-PE 24897  
CRM-CE 16405

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM