

**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 RADIÓGRAFIA. 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  
CRA-CE 15085

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