

**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: **3180545952**
Nome do(a) Examinado(a): **ODAILDO BEZERRA DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CAPITÃO XIMENES nº 115 - LAGOA REDONDA - FORTALEZA/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 99006010490 - SSP**
Data e local do acidente: **10/02/2018 FORTALEZA/CE**
Data e local do exame: **21/12/2018 FORTALEZA/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

REFERE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 10/02/2018 APRESENTANDO FRATURA DA TIBIA DIREITA E PATELA ESQUERDA.

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

REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO EM FEVEREIRO 2018 PARA FRATURA DA PERNA DIREITA E DA PATELA ESQUERDA, COM PLACA E PARAFUSOS, BANDA DE TENSÃO E FIXADOR EXTERNO. RETIRADO O FIXADOR EXTERNO APÓS 06 MESES DA CIRURGIA. REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA, ALTA AMBULATORIAL DESDE AGOSTO DE 2018.

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

REDUÇÃO DA FORÇA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO (+4/+5), CLAUDICAÇÃO AO DEAMBULAR, REDUÇÃO DA FLEXÃO DOS JOELHOS DENTRO DO LIMITE DA FUNÇÃO COM EXTENSÃO COMPLETA.

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:

DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, E JOELHO 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 DIREITO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela): **JOELHO ESQUERDO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

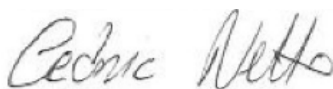
Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: JAROMIR CEDRIC CARDOSO NETTO JUNIOR CRM:11585/CE



Cedric Netto
Médico Ortopedista
CRM 11.585

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