

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.

Número do Sinistro: **3180500010**

Nome do(a) Examinado(a): **JORGE JOSE LEITAO REGO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Cento e Quatro A, 250, A - Jardim Maranguape - Paulista - PE - CEP 53442-070

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **1745095**

Data e local do acidente: [**29/07/2018**] **PAULISTA, PE**

Data e local do exame: [**07/01/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA-LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR À DIREITA

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

VITIMA COM QUEIXA DE DOR E DEFICIT DE FORÇA E MOBILIDADE EM OMBRO DIREITO. AO EXAME, APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DA ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO DE FIO DE KIRSCHNER. RECEBEU ALTA APÓS 2 DIAS, COM ENCAMINHAMENTO AO AMBULATÓRIO. REFERE ACOMPANHAMENTO E REALIZAÇÃO DE 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

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:

Limitação funcional do ombro direito

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"

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 (Sequela):

Ombro direito

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.

VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 30/10/2018. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO. CONDUTA MANTIDA.



Rayssa Silva Leal Mousinho
Médica
CRM-PE 22116
"Creio no Senhor Jesus Cristo e serás salvo"

Rayssa Silva Leal Mousinho - CRM: 22116 - PE