

**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: **3180380652**
Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO MARCOS FLORENCIO DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA VEREADOR ELESBÃO DE MACEDO nº 773 - NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO - NATAL/RN**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1642981 - SSP**
Data e local do acidente: **30/09/2017 NATAL/RN**
Data e local do exame: **05/10/2018 SAO GONCALO DO AMARANTE/RN**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

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

PACIENTE FOI SUBMETIDO À CIRURGIA PARA REDUÇÃO DE FRATURA COM FIXAÇÃO DE PLACA EM L 4,5 EM PONTE E PARAFUSOS E FINALIZADO COM TALA, SENDO TRATADO COM ANALGÉSICOS E ANTI-FLAMATÓRIOS, RECEBEU ALTA SEM APRESENTAR COMPLICAÇÕES E INFECÇÃO HOSPITALAR.

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

VÍTIMA ORIENTADO, CONSCIENTE, SEM SEQUELA NEUROLÓGICA, APÓS EXAME FÍSICO PACIENTE APRESENTA INVALIDEZ ANATÔMICA E FUNCIONAL COM LIMITAÇÃO DE ADM E ATROFIA MUSCULAR DA PERNA ESQUERDA, COM REPERCUSSÃO NA MARCHA.

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:

SEQUELA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE

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.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: DAURI LIMA DO NASCIMENTO FILHO CRM:7547/RN



Dr. Dauri Lima
Clínico Geral
CRM 7547

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