

**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: **3190607245**

Nome do(a) Examinado(a): **MATHEUS DOS SANTOS NUNES CAMPISTA**

Endereço do(a) Examinado(a): **R NORTE BRASIL, 237 - Natal - RN - CEP 59123-415**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **003.633.999**

Data e local do acidente: [ **27/12/2018** ] **NATAL / RN**

Data e local do exame: [ **05/11/2019** ] **Natal** [ **RN** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*FRATURA EXPOSTA DO TERÇO MÉDIO DA TÍBIA DIREITA (GUSTILO I).*

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

*VÍTIMA REFERE DOR E REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA Perna DIREITA. AO EXAME, APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE MÉDIO/LATERAL DO PERNA DIREITA DE CERCA DE 6 CM (FRATURA EXPOSTA) E PUNTIFORME DO FIXADOR EXTERNO. ADM DA FLEXO/ EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO DE 0º-110º. ADM DE FLEXÃO DORSAL DO TORNOZELO DIREITO DE 0º-10º, FLEXÃO PLANTAR DE 0º-40º, EVERSAO DE 0º-20º E INVERSAO DE 0º-30º. SEM ATROFIA MUSCULAR E DANO NEURO-VASCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO.*

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

[  ] Sim [  ] Não

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

*SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA COM DESBRIDAMENTO E FIXADOR EXTERNO POR CERCA DE 5 MESES (SIC). EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.*

**V.** Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[  ] Sim [  ] Não

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

*Limitação funcional do tornozelo 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):

**Tornozelo 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

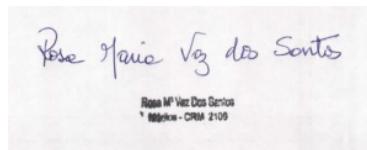
Região Corporal (Sequela):

% 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.



Rosa Maria Vaz dos Santos

Rosa M<sup>a</sup> Vaz Dos Santos  
Médica - CRM: 2109

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN