

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, EVERSÃO DE 0º-20º E INVERSÃO 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?

[**X**] 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 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 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

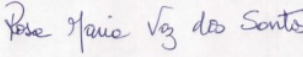
Região Corporal (Sequela):

% 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 Mª Vaz Dos Santos
Médica - CRM 2109

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN