

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190558030  
Nome do(a) Examinado(a): Raimundo Rodrigues de Mesquita  
Endereço do(a) Examinado(a): Faz Bom Jardim, S/N  
Dist de Gozea Ipueiras CE CEP: 62230-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 985024  
Data local do acidente: [ 22/03/2019 ]  
Data local do exame: [ 18/10/2019 ] SOBRAL [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DO FÊMUR DIREITO**

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

**Tratamento: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA.**

**Complicações: SEM**

**Data da Alta: 02/10/2019**

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

**HIPOτροφIA LEVE DA COXA, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO A 100°, FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO GRAU IV E CLAUDICAÇÃO.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**SEQUELA FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO PELA PERDA PARCIAL DOS MOVIMENTOS, PELA ALTERAÇÃO DO TÔNUS, DO TROFISMO E DA MARCHA.**

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 o 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 seqüela 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

**D. Greive Freitas Cavalcante**  
CPF - 558.900.833-68  
CRM/CE - 9050