

**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: 3190490187
Nome do(a) Examinado(a): Eduardo Pereira da Silva do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Paulo II, 1000
Sao Jose do Livramento Timbauba PE CEP: 55870-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7933399
Data local do acidente: [18/05/2019]
Data local do exame: [09/09/2019] GOIANA [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 18/05/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS, RECEBEU ALTA APÓS 24 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM FACE ANTERO MEDIAL DA PERNA COM PRESENÇA DE CALO ÓSSEO EXUBERANTE, CLAUDICAÇÃO MODERADA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, DOR COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICOS, CICATRIZ EM FACE MEDIAL DO TORNOZELO DE 4 CM, ALEM DE EDEMA ARTICULAR.
Data da Alta: 19/05/2019

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

AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME EM FACE ANTERO MEDIAL DA PERNA COM PRESENÇA DE CALO ÓSSEO EXUBERANTE, ATROFIA DA MUSCULATURA DA PERNA EM 2 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, CLAUDICAÇÃO MODERADA DURANTE A DEAMBULAÇÃO, DOR COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICOS, CICATRIZ EM FACE MEDIAL DO TORNOZELO DE 4 CM, EDEMA ARTICULAR (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 25°.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

**DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II
ATROFIA DA MUSCULATURA DA PERNA EM 2 CM
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II
DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA E FLEXORA DO TORNOZELO GRAU II
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 20°
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 25°.**

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Tiago Martins Formiga
CPF - 051.447.734-27
CRM/PB - 8085


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830