

**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**

Nome do(a) Examinado(a): Rafael da Silva Sousa  
Endereço do(a) Examinado(a): R Jose Gomes, 416 C  
Monguba Pacatuba CE CEP: 61800-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 20071355264  
Data local do exame: [ 16/11/2015 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**TRAUMA LÁCERO CONTUSO NO JOELHO DIREITO E FRATURA DE TÍBIA E DE FÍBULA DIREITAS. APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO COM EDEMA RESIDUAL E CLAUDICAÇÃO**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

Sim  Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

Sim  Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA. EVOLUIU COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO COM EDEMA RESIDUAL E CLAUDICAÇÃO**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

Sim  Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**SEQUELA FUNCIONAL POR DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO COM EDEMA RESIDUAL E CLAUDICAÇÃO**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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)

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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  
 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

Total = "100% da IS"

V. (\*) 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



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150880719      **Cidade:** Pacatuba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAFAEL DA SILVA SOUSA      **Data do acidente:** 09/06/2015      **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA LÁCERO CONTUSO NO JOELHO DIREITO E FRATURA DE TÍBIA E DE FÍBULA DIREITAS.

**Descrição do exame** APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO COM EDEMA RESIDUAL E CLAUDICAÇÃO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA. EVOLUIU COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO COM EDEMA RESIDUAL E CLAUDICAÇÃO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA EM MID

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/11/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** GREIVE FREITAS

**CRM do médico:** 9050

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

**CRM do médico:** 21102

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150880719      **Cidade:** Pacatuba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAFAEL DA SILVA SOUSA      **Data do acidente:** 09/06/2015      **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/11/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA E TRAUMA DE JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO INSUFICIENTE PARA AVALIAR SEQUELA

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

