

**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: 3180206077  
Nome do(a) Examinado(a): Hamilton Severino Martins  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Caracas, 79  
Caiuca Caruaru PE CEP: 55034-450  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PE ] 2195479  
Data local do acidente: [ 15/12/2017 ]  
Data local do exame: [ 22/05/2018 ] Caruaru [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE TIBIA E FIBULA DISTAIS ESQUERDAS**

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

**Tratamento: PLACAS E PARAFUSOS, FISIOTERAPIA**

**Complicações: AUSENTES**

**Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**

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

**VITIMA COM BLOQUEIO ARTICULAR DO TORNOZELO ESQUERDO, ALTERAÇÃO DA MARCHA (+++++), EDEMA LOCAL, PREJUIZO NA MOBILIDADE DE GRAU GRAVE (FLEXÃO DORSAL A 10 GRAUS, PLANTAR A 25 GRAUS), COM PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA, DEFICIT DE FORÇA LOCAL.**

- IV. Nexo de causalidade: 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:

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU GRAVE DO TORNOZELO ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR**

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO - Lado Esquerdo**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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

**SAUDESEG**  
**Dr. Leonardo Neves**  
**CRM-PE 17742**

