

**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): Jose Ricardo Valentin
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Mario Goncalves de Medeiros, 82 Cs
Aguas Compridas Olinda PE CEP: 53160-720
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 2977037
Data local do exame: [25/01/2018] Olinda [PE]

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)
**FX DE TIBIA E FIBULA DO MID.
DEFORMIDADE NO TERÇO MEDIO-DISTAL DA PERNA DIREITA, DISCRETO ENCURTAMENTO EM RELAÇÃO AO MEMBRO CONTRA-LATERAL, MARCHA CLAUDICANTE.**
- 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?
(X) 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?
(X) 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.
**EVOLUIU COM DEFORMIDADE NO MEMBRO, ENCURTAMENTO E ALTERAÇÃO A MARCHA.
Data da alta: MAIO DE 2017.
OSTEOSSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA.
APOS TERAPEUTICA INSTITUIDA EVOLUIU COM DEFORMIDADE NO MEMBRO, ENCURTAMENTO E ALTERAÇÃO A MARCHA (CLAUDICAÇÃO).
Complicações: NÃO HOUE.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) 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.
DEFORMIDADE NO TERÇO MEDIO-DISTAL DA PERNA DIREITA, DISCRETO ENCURTAMENTO EM RELAÇÃO AO MEMBRO CONTRA-LATERAL, MARCHA CLAUDICANTE.
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" () "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)*
() "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): | Região Corporal (Sequela): |
| MEMBRO INFERIOR - Direito | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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


Dr. Victor Ramires Reynaux Borba
CPF - 038.972.994-27
CRM/PE - 21266

