

**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**

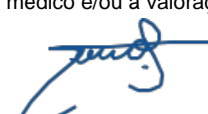
Número do Sinistro: 3170659464  
Nome do(a) Examinado(a): Geraldo Raulino de Holanda Junior  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Stenio Gomes, 1699  
Parque Sao Jose Fortaleza CE CEP: 60821-450  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 91005030823  
Data local do acidente: [ 21/10/2017 ]  
Data local do exame: [ 19/02/2018 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA-LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DIREITA**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIO K INTRAMEDULAR. FEZ FISIOTERAPIA (20SS).**  
**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES**  
**Data da Alta: FEVEREIRO DE 2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**DEFORMIDADE ESTRUTURAL, LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DE FLEXÃO, ROTAÇÃO INTERNA E ABDUÇÃO DO OMBRO**
- 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:  
**PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO OMBRO PELA LESÃO TENDINOSA E PELO 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 (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem sequela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |  |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>OMBRO - Lado Direito</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p>  | <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
- 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



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