

**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 São José 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 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:

**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 (\*).

**( ) "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):

**OMBRO - Lado Direito**

% do dano: **( ) 10% residual** **( ) 25% leve**  
**( ) 50% médio**    **(X) 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)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



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