

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): MARIA DAS GRACAS GIRAO DE FREITAS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JUSCELINO KUBSTCHESK, 1492 - MORADA NOVA/CE - CEP 62940-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 96013027292 - SSP-CE - 30/01/2013

Data e Local do Exame : 23/03/2017 RUA CEL. ALVES TEIXEIRA, 1280 - 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)

Segurado relata acidente de trânsito em 13/11/2016, com encaminhamento para atendimento médico hospitalar. Em virtude do acidente que sofreu 13/11/2016

Diagnóstico: TRAUMA RAQUIMEDULAR DORSAL, COM FRATURA DE D6 E D7.

Exame Físico: MARCHA ATÍPICA, DORSALGIA E LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO E ROTAÇÃO DA CÔLUNA DORSAL.

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

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

II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações
ATENDIDA NA EMERGÊNCIA, IMOBILIZADA E LIBERADA. A PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA EM FEVEREIRO DE 2017, SEM COMPLICAÇÃO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível 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.

DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DA COLUNA DORSAL, PELO BLOQUEIO DOS MOVIMENTOS DA MESMA.

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 (*).

Vide motivo do impedimento 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”

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

COLUNA DORSAL.

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% 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.**



André de Oliveira Leal
CRM 16566

ANDRÉ DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE