

**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): **MARIA ELIANE MAIA DA SILVA** Sinistro: **3170469772** Data: **22/04/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **SIT CAJA, 940 - ZONA RURAL - Flores - PE - CEP 56850-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[ sds /PE ] 7283301**

Data local do exame: **[ 03/11/2017 ] Brejo Santo** [ **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)  
**Fratura diafisária do rádio e ulna direito. Vítima refere dores à mobilização do antebraço direito. Ao exame físico vítima apresenta limitação da supinação do antebraço direito de 0° a 40°, deformidade com angulação posterior da ulna por retardo de consolidação, diminuição da força muscular e diminuição da força de preensão da mão direita.**

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.

**Tratamento cirúrgico para redução da fratura do rádio e fixação com placa de reconstrução de 3.5 mm, parafuso de 3.5 mm, a ulna não foi fixada evoluindo com angulação posterior da mesma, a mesma refere fisioterapia e encontra-se de alta definitiva.**

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

**Limitação funcional do membro superior direito**

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"

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"

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):

**Membro superior direito**

% do dano: (  ) 10% residual ( **X** ) 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

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve

(  ) 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.



Dr. Ricardo de Araújo Leite  
CRM:4507 - CE: 165.321.57-78

Ricardo de Araújo Leite - CRM: 4507 - CE