

**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): Clayton Araujo de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Olavo Bilac, 469
Taborda São José de Mipibu RN CEP: 59162-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / RN] 2219256
Data local do exame: [08/04/2016] Natal [RN]

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)

**QUADRIL BILATERAL (FRATURA DE ACETABULO E ANEL PÉLVICO),
LIMITAÇÃO DE ADM EM QUADRIL DIREITO COM CONSOLIDAÇÃO VICOSA E ARTROSE PÓS-TRAUMÁTICA,
SINFISITE CRÔNICA PÓS TRAUMÁTICA**

- 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.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA, RX, TC, TRATAMENTO CIRÚRGICO

Data da alta: ALTA APÓS 5 MESES

**INICIALMENTE SUBMETIDO A TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEGUIDO DE OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS,
FEZ FISIOTERAPIA**

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES

- 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.

LIMITAÇÃO DE ADM EM QUADRIL DIREITO COM CONSOLIDAÇÃO VICOSA E ARTROSE PÓS-TRAUMÁTICA, SINFISITE CRÔNICA PÓS TRAUMÁTICA

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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):

Quadril - Lado Direito e Esquerdo

% 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

- 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.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Elson Miranda
Ortopedista
CRM/RN 6301 TEOT 13807

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150974121 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAYTON ARAUJO DE LIMA **Data do acidente:** 01/10/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: QUADRIL BILATERAL (FRATURA DE ACETÁBULO E ANEL PÉLVICO)

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DE ADM EM QUADRIL DIREITO COM CONSOLIDAÇÃO VICOSA E ARTROSE PÓS-TRAUMÁTICA, SINFISITE CRÔNICA PÓS TRAUMÁTICA

Resultados terapêuticos: INICIALMENTE SUBMETIDO A TRAÇÃO TRANSESQUELETICA, SEGUIDO DE OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave em quadril direito e esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/04/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Elson Jose dos Santos Miranda

CRM do médico: 6301

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/04/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAYTON ARAUJO DE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02035-4

CONTA: 000010048403-4

Nr. da Autenticação 471EEE750E2DB524