

**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?

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?

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 TRANSESQUELETICA, SEGUINDO DE OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS,  
FEZ FISIOTERAPIA**

**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES**

- 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.

**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”

“Sem sequela permanente”

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

**Quadril - Lado Direito e Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

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 - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

Total = “100% da IS”

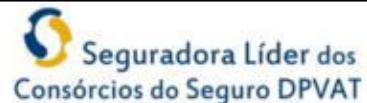
- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

*Elson Miranda*

Assinatura d(a)o 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** LIMITAÇÃO DE ADM EM QUADRIL DIREITO COM CONSOLIDAÇÃO VICOSA E ARTROSE PÓS-TRAUMATICA, SINFISITE  
**médico pericial:** CRÔNICA PÓS TRAUMÁTICA

**Resultados terapêuticos:** INICIALMENTE SUBMETIDO A TRAÇÃO TRANSESQUELETICA, SEGUIDO DE OSTEOSÍNTESE 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
<b>Total</b>			<b>37,5 %</b>	<b>R\$ 5.062,50</b>

## 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