

**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: **3180061489**

Nome do(a) Examinado(a): **JURANDIR MORAES DE SOUZA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R DO CRUZEIRO, 546, C - BOM JESUS - Serra Talhada - PE - CEP 56906020**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **sds /PE** ] **6420410**

Data e local do acidente: [ **14/10/2017** ] **BR 232-BORBOREMA-SERRA TALHADA**

Data e local do exame: [ **20/03/2018** ] **Afogados da Ingazeira [ PE ]**

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA NA DIÁFISE DA TÍBIA À ESQUERDA**

**II.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE POR HASTE INTRAMEDULAR.**

**III.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**AO EXAME, VITIMA APRESENTA BLOQUEIO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO COM ATROFIA MUSCULAR.**

**IV.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [    ] Não

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [    ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Limitação funcional do membro inferior esquerdo**

**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 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  
susceptíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)



**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Membro inferior esquerdo**

% 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

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 a valoração do dano corporal.

**VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE PERÍCIA MÉDICA REALIZADA EM 15/02/2018. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU LEVE. CONDUTA MANTIDA.**



Dr. Francisco E. Melo Jr.

Ortopédica e Traumatologia

CRM - 15940/TEOT-11.923

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBO'T)

Francisco Erländio de Melo Junior - CRM: 15940 - PE