

**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**

**Número do Sinistro:** 3180233144

**Nome do(a) Examinado(a):** HELOHANE OLIVEIRA BARBOSA

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Sebastião Ari Paiva, 888 - Boa Vista/RR - CEP 69314-358

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 4739949 - SSP RR - 11/02/2014

**Data e Local do Acidente :** 18/01/2018 - RUA CECI MOTA BAIRRO CENTRO MUNICIPIO DE UIRAMUTA -RR

**Data e Local do Exame :** 11/06/2018 AVENIDA DOUTOR SYLVIO LOFÊGO BOTELHO, 565 - BOA VISTA/RR - CEP 69301-085

**Resultado da Avaliação Médica**

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

CRIANÇA MENOR DE IDADE ATROPELADA POR MOTOCICLETA, SOFRENDO ESCORIAÇÕES EM FACE, TORAX E TRAUMA CONTUSO EM HEMITORAX DIREITO, FRATURA REGIÃO MEDIAL DA FIBULA E TIBIA DIREITA COM LIMITAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

USO DE CALHA GESSADA POR 30 DIAS (19/1/2018-19/2/2018). ALTA HOSPITALAR NO DIA 24/1/2018

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

CRIANÇA APRESENTA DEFORMIDADE EM CICATRIZ E DIMINUIÇÃO DA INTENSIDADE DA FORÇA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO. SEM SEQUELA.

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

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

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

**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 (\*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

( X ) “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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

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

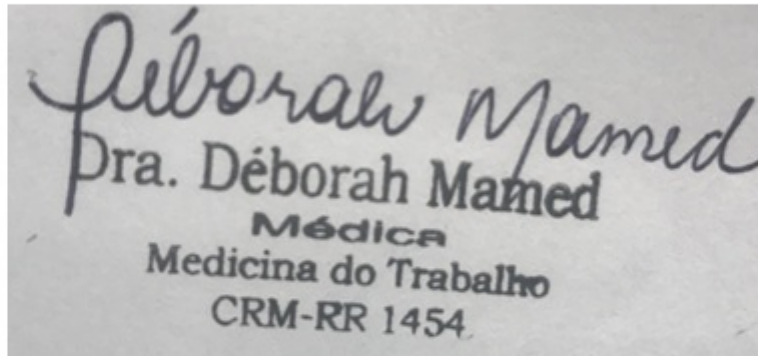
Região Corporal

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

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% 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.**



*Débora Mamed*  
Pra. Débora Mamed  
Médica  
Medicina do Trabalho  
CRM-RR 1454

---

DEBORAH ACÁSSIA MAMED RODRIGUES CRM : 1454 / UF :RR