

**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 GESIANA PRADO DE AGUIAR MOREIRA** Sinistro: **3150002772** Data: **16/10/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **Avenida Senador Fernandes Távora, 2881, AP 11 - Autran Nunes - Fortaleza - CE - CEP 60526-641**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[SSPDS /CE] 20075580882**

Data local do exame: **[22/01/2015] Fortaleza [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)
TRAUMA NO TORNOZELO DIREITO E TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. A VÍTIMA REFERE DOR AO DEAMBULAR, EDEMA RESIDUAL LOCAL, ATROFIA MUSCULAR, MARCHA CLAUDICANTE E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO. REFERE CEFALÉIA E VERTIGENS.

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.
A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA.

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 FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO E DANO NEUROLÓGICO.

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):

TORNOZELO DIREITO

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

DANO NEUROLÓGICO

% 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.


Antº Eusébio Teixeira Rocha
Médico do Trabalho
Mº n° 2270 Port. N° 6 de 12/06/00
CREMEC 4774 - CPF 378.928.284-15

Antonio Eusébio T. Rocha - CRM: 4774 - CE