

**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

Sinistro: **3180163754**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO MAURICIO DA SILVA FILHO**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOAO GOMES FERREIRA nº 08 - CENTRO - SAPE/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 21.510.336-7 - SSP**

Data e local do acidente: **23/09/2017 SAPE/PB**

Data e local do exame: **27/04/2018 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA E SÍNDROME COMPARTIMENTAL.

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

FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA E SÍNDROME COMPARTIMENTAL TRATADO CIRURGICAMENTE COM FASCIOTOMIA E FIXADOR ESTERNO TIPO ILIZAROV. ESTÁ EM CADEIRA DE RODAS SEM POSSIBILIDADE DE DEAMBULAÇÃO E PORTANDO AINDA O FIXADOR EXTERNO. TEM RETORNO MARCADO COM O MÉDICO ASSISTENTE EM 30/04/2017.ESTA EM TRATAMENTO.

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

VÍTIMA EM CADEIRA DE RODAS SEM POSSIBILIDADE DE DEAMBULAÇÃO E PORTANDO AINDA O FIXADOR EXTERNO. TEM RETORNO MARCADO COM O MÉDICO ASSISTENTE EM 30/04/2017.ESTA EM TRATAMENTO.TEVE ALTA HOSPITALAR EM 30/12/2017.NÃO HÁ NEXO DOCUMENTAL DA LESÃO.

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 suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

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

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

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

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

NOTA: DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA AO SINISTRO NÃO INFORMA SOBRE AS FRATURAS EM PERNAS DIREITA, NEM TÃO POUCO QUANTO AO TRATAMENTO REALIZADO, SENDO NECESSÁRIO DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAÇÃO DE NEXO DE CAUSALIDADE -

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB



João Fernandes de Souza
CRM-PB 2732

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM