

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190512781
Nome do(a) Examinado(a): Antonia Celia Alves Guimaraes
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Escorpiao, 37 Prox. A Material de Construcao Satelite
Cidade Satelite Boa Vista RR CEP: 69317-500
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RR] 122298
Data local do acidente: [20/05/2019]
Data local do exame: [16/09/2019] BOA VISTA [RR]

Resultado da Avaliação Médica

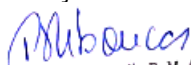
- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO, COM CONSEQUENTE TRAUMATISMO NO MSE: FRATURA NO ÚMERO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: VITIMA FICOU INTERNADA POR 04 DIAS PARA FAZER CIRURGIA E DEVIDO AUSENCIA DE MATERIAL NO SERVIÇO PUBLICO FOI FEITO TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE TIPOIA POR 30 DIAS, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA EM AGOSTO 2019
Complicações: MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + AUSENCIA DE FORÇA MOTORA DO MÊMORO + AUSENCIA DO MOVIMENTO DE PINÇA/APRENSÃO DA MÃO
Data da Alta: VITIMA NAO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FORÇA MOTORA
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
MSE: OMBRO CONGELADO SEM MOVIMENTO DE ABDUÇÃO/ADUÇÃO/ELEVAÇÃO/EXTENSÃO/FLEXÃO + ATROFIA EM REGIÃO ESCAPULAR E BRAÇO + LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FORÇA MOTORA
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 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
TC OMBRO E(22/5/19): FRATURA COMINUTIVA NA CABEÇA /COLO FEMORAL (NA VERDADE É UMERAL)

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
CPF - 378.315.502-91
CRM/RR - 1032


Dra. Regina Claudia R. M. Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
ROE: 177