

**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): Cicerlandio Alves de Sa
Endereço do(a) Examinado(a): Fz Jardim, 127
Santa Paula Floresta PE CEP: 56400-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [CERTIDAO NASCIMENTO / PE] 1709
Data local do exame: [11/01/2017] Serra Talhada [PE]

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)
Fratura de fêmur `a direita.
Ao exame físico apresenta andar claudicante, encurtamento de membro inferior direito com dificuldade de carga.
- 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.
Evolui com dores membro inferior direito.
Data da alta: 01/11/2016
Tratamento cirúrgico com placa e parafusos e fisioterapia.
Complicações: Sem complicações.
- III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
 (X) Sim () Não
Existindo seqüela(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.
Perda da mobilidade e força com encurtamento de membro acometido.
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 (*).
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <input type="checkbox"/> "Sem seqüela permanente" <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| <input type="checkbox"/> "Exame não permite conclusão" <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Seqüela): Membro inferior - Direito % do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela): % do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela): % do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Seqüela): % 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.

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


Antonio Dialma de Sousa Júnior
CRM-PE 19250
CRM-PB 9446
CPF- 045.146.304-89