

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.

Número do Sinistro: **3190303927**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCIO DA SILVA CABRAL FILHO**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Inácio Albino Neto, 240 - Gramame - João Pessoa - PB - CEP 58068-200

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2601285**

Data e local do acidente: [**13/07/2018**]

VIA PÚBLICA-FUNCIONÁRIOS-JOÃO PESSOA-PB

Data e local do exame: [**15/05/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE FÉMUR ESQUERDO. FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO. FRATURA DA MAXILA.

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

AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM AUXÍLIO DE MULETAS AXILARES, HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA E Perna DIREITAS E LIMITAÇÃO ACENTUADA DA FLEXÃO DO JOELHO DIREITO. CREPITAÇÃO ARTICULAR EM JOELHO DIREITO, CICATRIZ CIRÚRGICA MEDINDO 20 CM EM TERÇO DISTAL DA COXA E JOELHO DIREITO E CICATRIZ QUELOIDIANA NO TERÇO PROXIMAL POSTERIOR DA Perna DIREITA MEDINDO CERCA DE 10 CM. CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTROFICA E NORMOCRÔMICA DE CERCA DE 20 CM NA REGIÃO EXTERNA DA COXA ESQUERDA E HIPOTROFIA MUSCULAR NA COXA ESQUERDA.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

FRATURA DO FÉMUR ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO TRATADA COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO EXTERNA E TRAÇÃO TRANSTIBIAL COM POSTERIOR REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. FRATURA DE MAXILAR SUPERIOR TRATADA CIRURGICAMENTE COM OSTEOSÍNTESE. REALIZOU FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do joelho direito

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"
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)

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% 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.



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB