

**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: **3180181028**

Nome do(a) Examinado(a): **COSMO ARAUJO BARBOSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Projetada, s/n - Centro - Gado Bravo - PB - CEP 58492-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **1706881**

Data e local do acidente: [**24/02/2017**] **Gado Bravo-PB**

Data e local do exame: [**29/05/2018**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE ZIGOMA DIREITO, TCE, FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA, LESÃO LIGAMENTAR EM JOELHO ESQUERDO

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

ACIDENTE DE MOTO NO DIA 24/02/2017, POLITRAUMATIZADO, ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE. DEVIDAMENTE OPERADO EM EMERGENCIA COM FIXADOR EXTERNO EM MIE, PERMANECEU EM UTI POR 7-8 DIAS, SEGUNDO INFORMAÇÕES COLHIDAS. ACOMPANHADO EM AMBULATÓRIO .

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

BOM ALINHAMENTO E COMPRIMENTO PRESERVADO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. INSTABILIDADE EM JOELHO ESQUERDO(LESAO MULTILIGAMENTAR- LCA E LCP PELO EXAME FÍSICO).

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 susceptível 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 (*).

(X) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 180 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):

% 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.

PACIENTE POLITRAUMATIZADO, PERÍCIA REALIZADA DAS LESÕES ORTOPÉDICAS APRESENTADAS, OU SEJA, FRATURA DOS OSSOS DA PERNA E LESÃO LIGAMENTAR DE JOELHO ESQUERDO. AINDA AGUARDA RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DE JOELHO. PACIENTE ORIENTADO, RESPONDE TODOS OS QUESTIONAMENTOS COM LÓGICA, LEMBRA DOS ACONTECIMENTOS.



Rodrigo Porto Amorim Guedes - CRM: 6321 - PB