

**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?

[ **X** ] Sim [  ] Não

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

[  ] Sim [ **X** ] 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"

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 ás 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 LESÓES 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