

**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: 3180596070
Nome do(a) Examinado(a): Joseliane Rayane Paulino
Endereço do(a) Examinado(a): R Pedro Reboucas, 34
Salgadinho II Icapui CE CEP: 62810-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSPDC / CE] 2007539679-8
Data local do acidente: [27/09/2018]
Data local do exame: [18/12/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE CÚBITO ESQUERDO

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

Tratamento: EXAMES COMPLEMENTARES, ANALGESIA, TRATAMENTO CIRÚRGICO E REABILITAÇÃO COM FISIOTERAPIA MOTORA.

Complicações: PACIENTE RELATA REJEIÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE APÓS 05 MESES DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, TENHO QUE SER REALIZADO RETIRADA DESTE.

Data da Alta: 29/09/2018

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

CICATRIZ EUTRÓFICA EM REGIÃO DE COTOVELO ESQUERDO; ARCO DE MOVIMENTAÇÃO PRESERVADO; AUSÊNCIA DE CREPITAÇÃO ARTICULAR EM COTOVELO ESQUERDO; MOVIMENTO DE PRONOSUPINAÇÃO PRESERVADO.

- IV. Nexo 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)

☐ () 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 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 (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☒ (X) "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 parcial, completo ou incompleto, 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 à valoração do dano corporal.

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



Dr. Raphael Bergson de Araujo Carneiro

CPF - 021.639.013-35

CRM/CE - 17614