

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: **3180023551**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO FERREIRA DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA JOSE TIAGO DE ARAUJO, 09 - CENTRO - Timbaúba - PE - CEP 55870000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SP**] **370123918**

Data e local do acidente: [**26/12/2017**] **TIMBAÚBA - PE**

Data e local do exame: [**09/04/2018**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

LUXAÇÃO DO POLEGAR DIREITO.

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

SUBMETIDO A REDUÇÃO INCRUENTA, PORÉM FOI OBSERVADA A REDUÇÃO INCOMPLETA DA LUXAÇÃO, HAVENDO NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO COM A ABERTURA DA ARTICULAÇÃO PARA A RETIRADA DE PARTES MOLES INTRA ARTICULARES. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS 24 HORAS COM IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA LUVA LUVA POR UM PERÍODO DE 45 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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

APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM INTERFALANGEANA (2+/4+), DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°, DEFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO. DOR A PALPAÇÃO.

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:

Limitação funcional do 1º quirodáctilo 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):

1º **quirodático direito**

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TEOT 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB