

**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: 3180021559
Nome do(a) Examinado(a): Arnaldo Manoel da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Batista Ramos, 58 Cs
Centro Orobó PE CEP: 55745-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 554513535
Data local do acidente: [16/10/2017]
Data local do exame: [07/03/2018] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DA F2 DO 3O DEDO DA MAO DIREITA, FRATURA FECHADA SEM DESVIO DA F2 DO 4O E 5O DEDOS DA MAO DIREITA.

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

Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM LIMPEZA E FIXAÇÃO COM FIO DE AÇO DO 3O DEDO E IMOBILIZAÇÃO DO 4O E 5O DEDOS DA MAO DIREITA. NAO REALIZOU FISIOTERAPIA

Complicações: RIGIDEZ ARTICULAR E DESVIO ROTACIONAL

Data da Alta: JANEIRO/18

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

LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXÃO DO 3O DEDO DA MAO DIREITA, COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO E LEVE LIMITAÇÃO DA OPONÊNCIA DO POLEGAR DIREITO

IV. Nexo de causalidade: 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 suscetível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

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

DEFÍCIT FUNCIONAL LEVE DA FUNÇÃO GLOBAL DA MAO DIREITA (PINÇA, OPONÊNCIA E FIRMEZA DA PREENSAO)

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"

() "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

MÃO - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761