

**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: 3190044787
Nome do(a) Examinado(a): Jamesson Roberio Leite de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): R Jose Pedro Jurubeba, 90 1 Andar
Aabb Serra Talhada PE CEP: 56912-280
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6028559
Data local do acidente: [13/10/2018]
Data local do exame: [04/02/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

**FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO DISTAL DIREITO
FRATURA ANTEBRAÇO ESQUERDO**

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

Tratamento: FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO DISTAL DIREITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO

FRATURA ANTEBRAÇO ESQUERDO - TRATAMENTO CIRÚRGICO

Complicações: VÍTIMA EVOLUIU SEM CONSOLIDAÇÃO DE FRATURA EM RÁDIO ESQUERDO

Data da Alta: 27/10/2018

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

**MEMBRO SUPERIOR DIREITO: EDEMA RESIDUAL EM PUNHO DIREITO, ATROFIA DE MUSCULATURA DORSAL DA MÃO DIREITA, TINNEL POSITIVO, LIMITAÇÃO INTESA DE DORSI-FLEXÃO DA MÃO DIREITA
MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO: EDEMA RESIDUAL, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE EXTENSÃO DO COTOVELO, LIMITAÇÃO DE PRONO-SUPINAÇÃO.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

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

DÉFICIT FUNCIONAL DO PUNHO DIREITO E DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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

"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):

PUNHO - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

% 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

