

**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: 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: VITIMA 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 INTENSA 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 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)

☒ (X) 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  
☒ (X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

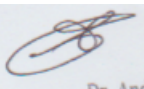
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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. André Gustavo F. Souza  
- Médico -  
CREMEPE 19340/CRM-PB 8607