

**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: **3190451741**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO NILSON BARBOSA DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a): **R ITU, 53, , 60.545-275, BOM JARDIM, Fortaleza/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP CE / 04058946630**

Data e local do acidente: **13/12/2018 - Fortaleza/CE**

Data e local do exame: **19/12/2019 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas:

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

**Fratura exposta da falange proximal do 3º pododáctilo esquerdo.**

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

**Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento cirúrgico de fixação da fratura com fios metálicos e tratamento medicamentoso. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no 3º dedo do pé esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.**

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

**Ao exame físico do 3º dedo do pé esquerdo apresenta agachamento alterado, flexão alterada, extensão alterada. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau total no terceiro dedo do pé esquerdo.**

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

**Sim**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

**Sim**

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

**Perda funcional completa em 3º dedo do pé 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 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" (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 ás regiões corporais acometidas.

3º Dedo do Pé Esquerdo - Total - 100%

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

  
Dr. Greive Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050  
Assinatura e carimbo do médico