

**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: **3190658464**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE OLIVEIRA DANTAS**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA PROJETADA, 37 - Campina Grande - PB - CEP 58434-990**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ssp /PB** ] **2095216**

Data e local do acidente: [ **25/08/2019** ] **bairro das cidades Campina Grande**

Data e local do exame: [ **09/12/2019** ] **Campina Grande** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura do rádio esquerdo , fratura exposta do quarto dedo da mão esquerda , fratura do quinto dedo da mão esquerda, fratura exposta do terceiro dedo do pé esquerdo*

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

*Ao exame apresenta limitação articular leve do punho e moderada do quinto dedo da mão esquerda, amputação do quarto dedo da mão esquerda , cicatriz em quarto dedo do pé esquerdo e antebraço esquerdo sem limitação .*

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

[  ] Sim [  ] Não

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

*Foi submetido a tratamento cirúrgico e já não faz mais acompanhamento médico com alta. Evolução sem intercorrências*

**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:

*Amputação do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do punho 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"

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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Punho esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

**5º quirodáctilo esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

**4º quirodáctilo 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

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



Bruno Bezerra Brilhante - CRM: 6492 - PB