

**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 às 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.



Dr. Bruno Brilhante  
ortopedes - traumatologia  
CRM: 6492 - PB

Bruno Bezerra Brilhante - CRM: 6492 - PB