

**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: **3180079135**

Nome do(a) Examinado(a): **EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R PADRE ANTONIO C DE SA, 823 - CENTRO - Boa Viagem - CE - CEP 63870000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SP**] **29830280-9**

Data e local do acidente: [**26/12/2017**] **DISTRITO DE IBUAÇÚ - BOA VIAGEM, CE.**

Data e local do exame: [**28/03/2018**] **Fortaleza [CE]**

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM LESÃO DO NERVO MEDIANO.

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

TRATAMENTO CONSERVADOR, EM USO DE IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA E SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM COMPLICAÇÃO NEUROLÓGICA. FOI LIBERADA SEM ELETRONEUROMIOGRAFIA, COM DANO FUNCIONAL NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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

AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA O PUNHO CAÍDO, NÃO CONSEGUE A DORSIFLEXÃO, TEM REDUÇÃO IMPORTANTE DE FORÇA NA MÃO, PREJUÍZO DA PINÇA E PREENSÃO, TINEL POSITIVO E BLOQUEIO DE MOVIMENTOS DA CINTURA ESCAPULAR. CLÍNICA COMPATÍVEL COM DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEXA PÓS TRAUMA.

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

[**X**] Sim [] Não

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do membro superior direito

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):

Membro superior direito

% 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

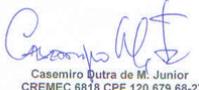
Região Corporal (Sequela):

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

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.


Casemiro Dutra de M. Junior
CREMEC 6818 CPF 120.679.68-27
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE