

**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: **3180023578**

Nome do(a) Examinado(a): **EDUARDO BERNARDO DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA UM, 745, LOTEAMENTO - SANTIAGO - Timbaúba - PE - CEP 55870000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **7657945**

Data e local do acidente: [ **06/12/2017** ] **CENTRO - TIMBAÚBA - PE.**

Data e local do exame: [ **11/06/2018** ] **Goiana** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**LUXAÇÃO ABERTA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.**

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

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REDUÇÃO DE LUXAÇÃO, SUTURA DE PARTES MOLES E IMOBILIZAÇÃO COM TALA LUVA POR UM PERÍODO DE 45 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 4 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE DE ALTA ORTOPÉDICA.**

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

**AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE DE EXTENSÃO NA INTERFALANGEANA PROXIMAL, COM DÉFICIT DE EXTENSÃO GRAU II, ATITUDE EM FLEXO DA ARTICULAÇÃO INTERFALANGEANA PROXIMAL EM 30° DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO, IMPOSSIBILIDADE DE EXTENSÃO DA MESMA. APRESENTA TAMBÉM DEFORMIDADE ROTACIONAL EM 15°, COM DEFORMIDADE FIXA.**

**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 5º quirodáctilo 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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**5º quirodáctilo 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.

Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Cirurgia do Joelho  
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411  
TEOT 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB