

**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: 3180112338  
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Lucas Pereira Rodrigues  
Endereço do(a) Examinado(a): Si Cachoeira, 150  
Zona Rural Araripina PE CEP: 56280-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PE ] 9982295  
Data local do acidente: [ 10/01/2018 ]  
Data local do exame: [ 29/03/2018 ] Juazeiro do Norte [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA/LUXAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.**

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

**Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ARARIPINA, TRANSFERIDO PARA OURICURI, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FK. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.**

**Complicações: DEFORMIDADE OSSEA.**

**Data da Alta: 10/03/2018**

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

**AUMENTO DE VOLUME DO PUNHO ESQUERDO, DEFORMIDADE OSSEA DO PUNHO ESQUERDO, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DO PUNHO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA PREENSÃO PALMAR DA MÃO ESQUERDA E LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.**

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

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim       Não

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

**DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MSE, PELA DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO, DEFORMIDADE E BLOQUEIO ARTICULAR 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 o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Andre de Oliveira Leal  
CPF - 029.258.907-76  
CRM/CE - 16566