

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190270681

**Nome do(a) Examinado(a):** FLAVIO ROBERTO FERNANDES DA SILVA

**Endereço do(a) Examinado(a):** R NELSON AVILA, 39 - RECIFE/PE - CEP 50820-370

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 4781970 - SSP PE - 31/03/2015

**Data e Local do Acidente :** 20/02/2018 - VIADUTO CAXANGA, 01. BAIRRO IPUTINGA, RECIFE

**Data e Local do Exame :** 06/05/2019 AVENIDA PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, 692 - OLINDA/PE - CEP 53030-010

**Resultado da Avaliação Médica**

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

FRAUTRA DE UMEROS ESQUERDO + LESÃO GRAVE DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDA + TRAUMA CRANIO ENCEFÁLICO MODERADO.

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

FIXAÇÃO COM PLACA E 6 PARAFUSOS DE FRAUTRA DE UMEROS ESQUERDO + NEURÓLISE EXTERNA DE PLEXO BRAQUIAL + USOU AMPLICTYL E PREDNISONA. alta 16/04/2019.

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

FIXAÇÃO COM PLACAS E PARAFUSOS DE FRAUTRA DE UMEROS ESQUERDO + tratamento conservador de TCE moderado(suporte clínico).

**IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

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

hipotrofia importante de toda a musculatura do membro superior esquerdo, não realiza nenhum movimento de todo o membro superior esquerdo

**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 (\*).

Vide motivo do impedimento 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

plexo braquial

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa (X) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal


\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% 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.**

eletroneurografia de membros superiores: "ausencia de potenciais do nervos sensitivo, dos musculos radiais, dos nervos axilares, esquerdos" . A ENM é consistemnte com uma plexopatia braquial severa à esquerda.  
lesão completa e permanente.



---

GUSTAVO CARVALHO ROSAS CRM : 13685 / UF :PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190270681 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIO ROBERTO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 20/02/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRAUTRA DE UMEROS ESQUERDO + LESÃO GRAVE DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDA + TRAUMA CRANIO ENCEFÁLICO MODERADO

**Descrição do exame físico:** HIPOTROFIA IMPORTANTE DE TODA A MUSCULATURA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, NÃO REALIZA NENHUM MOVIMENTO DE TODO O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** FIXAÇÃO COM PLACA E 6 PARAFUSOS DE FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO + NEURÓLISE EXTERNA DE PLEXO BRAQUIAL + USOU AMPLICTYL E PREDNISONA. ALTA MÉDICA 16/04/2019.

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL COMPLETO (100%) EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 06/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.450,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FLAVIO ROBERTO FERNANDES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00046

CONTA: 000000024792-0

---

Nr. da Autenticação FC7C2D9C105CF5A7