

**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: 3190306128

Nome do(a) Examinado(a): LUCAS NUNES DE OLIVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): BARRA NOVA, 0 - Caucaia/CE - CEP 61622-020

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 06549856903 - DETRAN-CE. - 13/02/2017

Data e Local do Acidente : 29/11/2018 - CAUCAIA, CE.

Data e Local do Exame : 22/05/2019 RUA CEL. ALVES TEIXEIRA, 1280 - FORTALEZA/CE - CEP 60130-001

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA/LUXAÇÃO DE GALEAZZI DO MSD.

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

A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CAUCAIA, TRANSFERIDA PARA A UNIME, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FK, PLACA E PARAFUSOS. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA, COM COMPLICAÇÃO - DEFORMIDADE ÓSSEA.

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

ASSIMETRIA ESCPULAR, ATROFIA MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD, DEFORMIDADE ÓSSEA DO PUNHO DIREITO, CICATRIZES CIRÚRGICA E IRREGULAR NO ANTEBRAÇO DIREITO E BLOQUEIO MODERADO DA PRONO-SUPINAÇÃO E SEVERO DA FLEXO-EXTENSÃO.

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:

DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MSD, PELA ATROFIA MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSD, DEFORMIDADE ÓSSEA E BLOQUEIO ARTICULAR.

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “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

MSD.

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 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

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.



Andre de Oliveira Leal
CRM 16566

ANDRE DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE