

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 472,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ CARLOS TOMAZIO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05657-X

CONTA: 000010018066-3

Nr. da Autenticação 47B9EC33DDD49CE3

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

Sinistro: **3160583364 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **LUIZ CARLOS TOMAZIO**

Endereço do(a) Examinado(a): **AVENIDA DOUTOR EDÉSIO VIEIRA DE MELO nº 1356 - SUÍSSA - ARACAJU/SE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 849957 - SSP**

Data local do exame: **14/10/2016 ARACAJU/SE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMA CONTUSO EM PUNHO DIREITO (SEM FRATURA)

FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DE 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, SEM DESVIO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRAUMA CONTUSO EM PUNHO DIREITO (SEM FRATURA) E FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DE 2º QUIRODÁCTILO ESQUERDO, SEM DESVIO, DE TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA HOSPITALAR NO MESMO DIA. IMOBILIZADO COM TALA, A QUAL USOU POR 1 MÊS. ESTÁ DE ALTA DA ORTOPEDIA. REFERE DOR EM PUNHO E NO DEDO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO DISCRETA NO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO 2 QUIRODÁCTILO ESQUERDO CERCA DE 10%. AUSÊNCIA DE ATROFIA. EDEMA DISCRETO E DISCRETA LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO EM PUNHO DIREITO. AUSÊNCIA DE CICATRIZ.

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

PUNHO DIREITO

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

II DEDO DA MÃO ESQUERDA

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

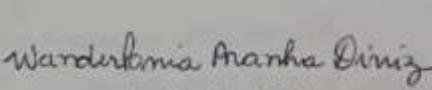
Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

SE - ARACAJU, 14/10/2016

Médico Perito: WANDERLÂNIA ARANHA DINIZ CRM:3506/SE


Dra. Wanderlânia Aranha Diniz
Analista de Fisioterapia/SANEH/SE
CRM/SE 3506 - CPF: 064.803.528-38

