

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Escr.:

Nº do Processo: 0035860-98-2018.8-17-2001

Nome completo: DAIANE SILVA DE OLIVEIRA

CPF: 110.831.594-10

Vara: 10 VARA CÍVEL A

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Local do acidente:

Goiana - PE

Data do Acidente: 12/06/2017

Avaliação

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

a) ☒ Simb) ☐ Não

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

Face, ombros direito, 5º dedo direito

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Fratura luxação manguito proximal direito, fratura 5º dedo direito (metacarpo) + fratura arco zigomaxilar direito (FACE)

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

a) ☐ Simb) ☒ Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) ☐ disfunções apenas temporáriasb) ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Limitação mobilidade 5º dedo direito, limitação abdução ombro direito, Face - cicatrizes, edema manguito

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

a) ☐ Sim, em que prazo: _____b) ☒ Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mas susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima.

b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima.

Dr. Olyana Arruda Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 211529 SBOI - 6121



INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

b.1) ☐ **Parcial Completo** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

b.2) ☒ **Parcial Incompleto** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento

Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

ombro
direito

Intensa

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐
☒ 50% Média ☐ 75%

2ª Lesão

5º dedo
direito

Intensa

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐
☐ 50% Média ☒ 75%

grave

Escr.:

3ª Lesão

face -
esquerda

Intensa

☐ 10% Residual ☒ 25% Leve ☒
☐ 50% Média ☐ 75%

4ª Lesão

Intensa

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐
☐ 50% Média ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Data da realização do exame médico legal:

20/11/18

Dr. Oyama Arruda Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PE 11642 SDC - 6121

Espaço para assinatura do médico legista perito

Informações Complementares

