

# Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

## Informações do Acidente

Sinistro: **2013186072**  
Vítima: **ELENEIDE PINTO DA SILVA**  
Local: **CE-CRATEUS**  
Data do Acidente: **12/13/2012**

## Avaliação do Medico Perito Legista

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

- a)  SIM      b)  NÃO      c)  PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

- a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

**OMBRO DIREITO  
FACE**

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 DA CLAVÍCULA DIREITA E TRAUMATISMO CONTUSO EM FACE. FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO ORTOPÉDICO CONSERVADOR E SUTURAS FACIAIS.**

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

- a)  SIM      b)  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 temporárias  
b)  Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

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

**APRESENTA ATROFIA DE DELTOIDE, ENCURTAMENTO DE CLAVÍCULA DIREITA E LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DO OMBRO DIREITO EM GRAU LEVE.**

**APRESENTA RESIDUAL LIMITAÇÃO DA ABERTURA E FECHAMENTO DA RIMA BUCAL.**

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) mais suscetível(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 integra do patrimônio físico e/ou mental da vitima).  
b)  Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vitima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:  
b.1)  Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vitima)  
b.2)  Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vitima)

b.2.1) Informar o grau da 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

1ª Lesão

#### **OMBRO DIREITO**

Marque o percentual

10%     25%     50%     75%

2ª Lesão

#### **FACE**

Marque o percentual

10%     25%     50%     75%

3ª Lesão

Marque o percentual

10%     25%     50%     75%

4ª Lesão

Marque o percentual

10%     25%     50%     75%

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

Local e data de realização do exame médico legal:

**Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302**

**Médico Revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO CRM: 52495155**

*Dra. Fatima Furtado Melo*

Médica Perita

CRM-RJ - 52 49515-5

Cadastro Nacional



Assinatura do médico revisor - CRM

#### Informações Complementares