

# Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

## Informações do Acidente

Sinistro: **2011/322816**  
Vítima: **RAIMUNDO CLEITON OLIVEIRA MATIAS**  
Local: **CE-FORTALEZA**  
Data do Acidente: **22/04/2010**

## 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);

**SISTEMA NERVOSO CENTRAL  
MEMBRO INFERIOR 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.

**TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO E FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO NEUROCLÍNICO CONSERVADOR E USO DE ÓRTESE GESSADA.**

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- SE CALMO AO EXAME, COOPERATIVO, COM DÉFICIT DE CONCENTRAÇÃO E ATENÇÃO, PERDA DE MEMÓRIA RECENTE E PASSADA, CEFALALGIA, INSTABILIDADE EMOCIONAL, TONTURA PÓS TRAUMÁTICA, PENSAMENTO LENTIFICADO.  
MEMBRO INFERIOR DIREITO- ATROFIA DE PANTURRILHA DIREITA, BLOQUEIO RESIDUAL MOBILIDADE DO JOELHO E TORNOZELO DIREITO DE GRAU RESIDUAL**

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

#### **SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

Marque o percentual

10%     25%     50%     75%

2ª Lesão

#### **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

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%

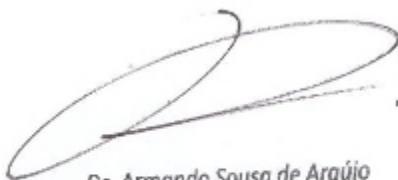
Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

**CE - CAUCAIA, 20/12/2011**

**Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JÚNIOR CRM: 6302/CE**

**Médico Revisor: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO CRM: 52533315 RJ**



Dr. Armando Sousa de Araújo  
Médico Perito  
CRM-RJ 52 5333-15  
Cadastro Nacional

Assinatura do médico revisor - CRM

#### Informações Complementares