

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nº do Processo: 00326190-77.2019.8.17.2001.

Nome completo: KIARA NAYSSA FEITOSA

CPF: 160.165.984-96

Vara: 21ª Vara Cível – seção A

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Local do acidente:

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
PE

Data do Acidente: 06/08/17

Avaliação

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

a) Sim

b) 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):

CRÂNIO + MEMBRO

INFERNAL ESQUELÉTICO

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.

TRAUMA CRANIANO LEVE + FRACTURA
EXPRESSA DO FEMUR + FRACTURA
DO 2º METATARSO ESQUELÉTICO
FRACTURA LINHADA DO FEMUR

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 (sequelas)

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

DESGEMENTO NASOALÉRICO
LEVE DA MÃE DA CINTA. ANCO DE
MOVIMENTO DO PFE NORMAL.

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 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 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.

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

(não)

<input checked="" type="checkbox"/>	10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve
<input type="checkbox"/>	50% Média	<input type="checkbox"/> 75%

Intensa

2ª Lesão

*MEMBRO INFERIOR
esquerdo*

<input type="checkbox"/>	10% Residual	<input checked="" type="checkbox"/> 25% Leve
<input type="checkbox"/>	50% Média	<input type="checkbox"/> 75%

Intensa

3ª Lesão

<input type="checkbox"/>	10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve
<input type="checkbox"/>	50% Média	<input type="checkbox"/> 75%

Intensa

4ª Lesão

<input type="checkbox"/>	10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve
<input type="checkbox"/>	50% Média	<input type="checkbox"/> 75%

Intensa

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:

31/07/2010

Dr. Luiz Casanova
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17761/PE

Espacô para assinatura do médico legista perito

Informações Complementares

(Large blue mark or signature over the bottom section)