

## INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Escr.:

Nº do Processo: 2176-51.2019.8.14.2001

Nome completo: Ana Paula de Melo da Silva

CPF: 071015664-21

Vara: 13-A

Endereço completo:

## Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

## Informações do acidente

Local do acidente:

Carapina - PE

Data do Acidente: 09/06/2018

## Avaliação

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

a)  Simb)  NãoSó 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):

Junção superior inquedo

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 de 3-4 cíclodes da mão rigida e do fêmur distal do rádio e higromídia à cirurgia,

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):

*(Handwritten signature)*

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.

Limitação dos movimentos de flexão e duplação imparcial + redução importante da força pélvica resultante da morte por rigidez fetal do 4º cíclode da mão

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 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.

## 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

*Lumbro  
Superior E*

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

#### 2ª Lesão

<input type="checkbox"/>	10% Residual	<input 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
--------------------------	--------------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	-------------

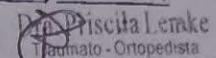
#### 4ª Lesão

<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:

*14/05/2019*

  
Priscila Lenke  
Fisioterapeuta - Ortopedista  
CRM-PE 9.388 / TECOT 16156

Espaço para assinatura do médico legista perito

## Informações Complementares