

LAUDO DE AVALIAÇÃO CINESIOLÓGICA FUNCIONAL PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUALIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Nº processo: 0000730-27.2019.8.17.2740

Nome da vítima: FRANCINEIDE MARIA DE JESUS

Local: SÍTIO PAJEÚ, IPUBI-PE

Data acidente: NÃO INFORMADA

Francineide Maria Jesus Barbosa

Assinatura da Vítima

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

RESULTADO DA AVALIAÇÃO DO PERITO EXAMINADOR

1. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusiva decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(X) SIM () NÃO () PREJUDICADO

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativa:

RESPOSTA:

SO PROSSEGUIR COM O LAUDO EM CASO DE RESPOSTA AFIRMATIVA NO QUESITO I

2. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

RESPOSTA:

TRAUMATISMO CRANIANO E MÃO DIREITA

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.

RESPOSTA:

CORTE CONTUSO DO LADO ESQUERDO DA CABEÇA CALOTA CRANIANA (ESCALPAMENTO), LESÃO NA MÃO DIREITA E VÁRIAS ESCORIAÇÕES.

3. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: (X) NÃO () SIM

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

RESPOSTA:

b) Exames Complementares: (X) NÃO () SIM

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

RESPOSTA:

4. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

- a) () Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.
- b) (X) 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.

RESPOSTA:

CEFALEIA PERSISTENTE E DOR RESIDUAL NA MÃO

Em caso de resposta afirmativa para "a" e/ou "b" no item III e/ou "a" no item IV, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

5. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(s) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame médico se pode documentar:

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

(X) **PARCIAL** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento com "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

() **PARCIAL COMPLETO** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

(X) **PARCIAL INCOMPLETO** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/09, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

-----	SEGMENTO	PERCENTUAL
Lesão 1	MÃO DIREITA	() 10% (X) 25% () 50% () 75% () 100%
Lesão 2	CRÂNIO	(X) 10% () 25% () 50% () 75% () 100%
Lesão 3		() 10% () 25% () 50% () 75% () 100%
Lesão 4		() 10% () 25% () 50% () 75% () 100%

Informações Complementares Apresentadas pelo Perito Examinador

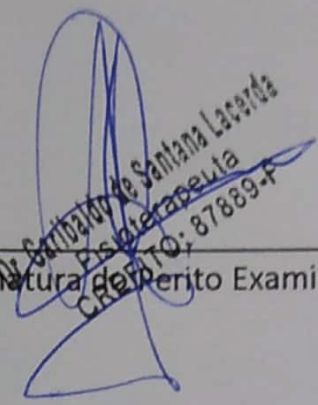
IDENTIFICAÇÃO DO PERITO EXAMINADOR

Nome do Perito: GARIBALDO DE SANTANA LACERDA

Registro profissional: 87889 F

Local do Exame: FÓRUM DA COMARCA DE IPUBI-PERNAMBUCO

Data: 06 de fevereiro de 2020


Assinatura do Perito Examinador