

**PARECER  
DE MÉDICO PERITO**

**Informações da Vítima**

Name completo: Francisco Ricardo Canchola

CPF: 024 653 343 95

Endereço completo: \_\_\_\_\_

**Informações do acidente**

Local: Rodovia d Tênis - Usim. Santana

Data do Acidente: 06/10/2017

**Avaliação Médica**

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

Sim  Não  Prejudicado

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);

Fratura do Ponto Busto.

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.

DN 1 mês d Ponto Busto.

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

Sim  Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s) e, se for o caso, se as mesmas já estavam prescritas no momento da avaliação administrativa:

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.

DN 1 mês d Ponto Busto.

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- Sim, em que prazo:
- Não

segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(es) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) 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 e, se for o caso, a partir do pagamento administrativo indicar: agravamento, melhora e/ou nova lesão.

Segmento corporal acometido:

a)  **Total**

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio fisico e/ou mental da Vítima).

b)  **Parcial**

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio fisico 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 alinea 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

Punho Direito

10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

2ª Lesão

Braco

10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

3ª Lesão

Braco

10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

4ª Lesão

Braco

10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

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

---

---

---

---

Local e data da realização do exame médico:

Assinatura do Assistente Técnico – CRM

Tentativa 07/12/2020

Dr. Samuel Machado Andrade  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 10.000

7