

**ESTADO DO CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
COMARCA DE SANTA QUITÉRIA  
SECRETARIA DA 2<sup>a</sup> VARA**

# AVALIAÇÃO PERICIAL

Art. 31 da Lei nº 11.945 de 4/6/2009  
que altera a Lei nº 6.194 de 14/12/74

x Antônio noelio A. Cojoca

# **INFORMAÇÕES DA VÍTIMA**

Nome completo: Antônio Nálio Alles Taita

CPF: 023.082.673.30

Endereço completo: Fazenda Trapioz, Patumeda

# **INFORMAÇÕES DO ACIDENTE**

Local: Tamboril

Data do acidente: 07 / 08 / 2016

Tambon

# AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Sim ( ) Não ( ) Prejudicado

**Só prosseguir em caso de resposta positiva**

## **II - Descrever o quadro clínico atual informado:**

a) qual (quais) região (ões) corporal (is) encontra (m)-se acometido(s):

Guilherme Dantas

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 as medidas terapêuticas tomadas na fase agudado trauma.

as terapêuticas tomadas na fase agudado trauma.

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

( ) Sim (X) 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/ ou funcional definitivo ( sequelas )

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

patrimônio físico da vítima.

- Desnecessidade de manobras impulsionadoras

dissesto lesões de conservação possível

v Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento faz-se necessário exame complementar?

v - Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento faz-se necessário exame complementar?

( ) Sim, em que prazo:

Não - Dos polpores de clorofanle

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados:

VI - Segundo o previsto na lei 11.945 de 4 de julho de 2009 favor promover à 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 nº 11.945/09 o (s) segmento (s) corporal (is) acometido (s) e ainda segundo 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 de incapacidade definitiva da vítima segundo previsão do inciso II, §1º do art. 3º da Lei nº 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 Membro Inferior Direito ( ) 10% Residual  25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa

2ª Lesão \_\_\_\_\_ ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa

3ª Lesão \_\_\_\_\_ ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa

4ª Lesão \_\_\_\_\_ ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa

Lesões apontadas pela parte, não reconhecidas por falta de comprovação de sua existência ou relação com o acidente \_\_\_\_\_

Dr. José Frota  
Traumato-Ortopedia  
CRM 13246

Dr. Gelson Freitas Catacante  
Médico - CRM 9050

Santa Quitéria,

13 DEZ 2021

Assinatura do médico - CRM

GX FG CM GD

Observações: eventuais informações complementares deverão constar em folha anexa, com referência à sua existência nesta.

Anexos: Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_