

# PARECER MÉDICO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA

## Informações da Vítima

Nome completo: FRANCISCO DE ASSIS ALVES DINIZ.  
CPF: 739.284.533-00  
Endereço completo: RUA CAPITÃO IVAN PEREIRA DE BARROS, CAROLINA.

## Informações do acidente

Local: SÃO JOSÉ DE BELMONTE.  
Data do Acidente: 20/07/2015.

## 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(is) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

- + 2 ATUAS NA TORÇÃO ESPALDA

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.

LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO T14(E)

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.

LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DO T14(E)

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

☐ Sim; em que prazo:

☒ 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 do dano permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) an e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) seg corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação a partir do pagamento administrativo e/ou judicial, agravamento, melhora e/ou nova lesão.

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). 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 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

TORAXE (B)

☐ 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

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


JUSTIFICATIVA DE CONCORDÂNCIA COM A PERÍCIA JUDICIAL:



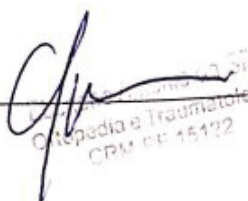

DECLARATIVA DE DIVERGÊNCIA DA PERÍCIA JUDICIAL:


Local e data da realização do exame médico:

SJ Belmarts 16.03.2020

Empresa: Toledo Assistência Médica LTDA

Assinatura do Assistente Técnico – CRM

  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM RR 15122

**Dr. Ederaldo Leite**  
Médico - CRM 21.310

TOLEDO.