

$$\begin{array}{r} MS \rightsquigarrow 4725,00 \\ 2362,50 \\ \hline 2362,50 \end{array}$$



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
1ª VARA DA COMARCA DE IGUATU
FÓRUM DES. ROANERGES DE QUEIROZ FACÓ
Rua José Amaro, s/n, Bairro Bugi, Igatu/CE, Fone: (88) 3581-8109, e-mail: iguatu.1@tjce.jus.br

PORTARIA Nº 10/2019 - 1ª Vara da Comarca de Igatu

ANEXO II

AVALIAÇÃO PERICIAL DE DPVAT

Art. 31 da lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a lei 6.194 de 14/12/1974.

Processo nº 0005529-15-2019-8.06.0091
1ª Vara de Igatu/CE

Informações da vítima

Nome completo: Leonardo Pereira de Silva
CPF: 603.277.795-65 Endereço completo: Rua Monsenhor Coelho

Informações do acidente

Local: Rua Monsenhor Coelho

Data do acidente:

15	09	2019
----	----	------

Concordância com a realização da avaliação médica

1. Declaro-me ciente da nomeação dos peritos judiciais Sávio Leonardo Araújo de Oliveira, CRM 11.411, e que me considero ciente e aceito a realização do exame por meio clínico, não havendo necessidade de profissional especializado, salvo se assim determinado pelo perito judicial.

Igatu/CE, _____ de outubro de 2019.

Assinatura do(a) advogado(a)

2. Declaro-me ciente do exposto no item 1, bem como que compareci neste ato, por livre e espontânea vontade, para realização de perícia judicial.

Igatu/CE, _____ de outubro de 2019.

Leonardo Pereira de Silva
Assinatura da vítima

AVALIAÇÃO MÉDICA

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

☒ Sim

() Não

() Prejudicado



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
1ª VARA DA COMARCA DE IGUATU
FÓRUM DES. BOANERGES DE QUEIROZ FACÓ
Rua José Amaro, s/n, Bairro Bugi, Igatu/CE, Fone: (88) 3581-8109, e-mail: iguatu.1@tjce.jus.br

660886

2.1) Qual(is) região(ões) corporal(ais) encontra(m)-se acometido(s).....

(E)

membro superior

2.2) 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 aguda da lesão.

fratura rádio. tratamento cirúrgico:

3) 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):

4) Seguindo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

4.1) () Disfunções apenas temporárias;

4.2) ☒ 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.

redução no movimento de flexão

5) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento se faz necessário exame complementar?

() Sim, em que prazo:

☒ Não.

Em caso de enquadramento na opção "d.1" do item "d" ou resposta afirmativa ao item "e", favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

6) Segundo o previsto na lei 11.945 de 4 de julho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(eis) 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 no instrumento legal, firmar a sua graduação:

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).

ESCRITÓRIO RESPONSÁVEL

1 () VC ()



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
1ª VARA DA COMARCA DE IGUATU

Rua José Amaro, s/n, Bairro Bugi, Igatu/CE, Fone: (88) 3581-8109, e-mail: iguatu.1@tjce.jus.br

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 abaixo o percentual:

1. Lesão Am. Superior (E) () 10% residual () 25% leve ~~() 50% Média~~ () 75% Intensa;
2. Lesão _____ () 10% residual () 25% leve () 50% Média () 75% Intensa;
3. Lesão _____ () 10% residual () 25% leve () 50% Média () 75% Intensa;
4. 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:

Lesões apontados pela parte, não reconhecidas por falta de comprovação de sua existência ou relação com o acidente.

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

Dr. Alan Felipe Oliveira de Alencar
MÉDICO
CREMEC 18.121

Iguatu/CE, aos 22 do mês de outubro de 2019.

[Assinatura]
Assinatura do médico - CRM

EXPERMOM Pehua mônia