

Proc nº. 145.97.2018
Vara de origem: 2ª vara
Audiência:
Sala:

AVALIAÇÃO PERICIAL

Art.31 da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/74

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nome completo: Francisco Feitosa Araújo

CPF: 055.954.348-48

Endereço completo: R. Francisco José Severino de Moraes, 83. Mombaca - CE

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: Mombaca - CE

Data do acidente: 12 / 02 / 2018

CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

1. Declaro-me ciente da nomeação do(s) perito(s) judicial(is), o Dr. Emídio José Araújo Rocha, CRM 17.385, 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.

Mombaca, 31/01/2020

Assinatura do advogado

1. Declaro-me ciente do exposto no item 1.

2. Declaro que as informações de vítima e do acidente acima indicadas, são verdadeiras e que compareci neste ato, por livre e espontânea vontade, para realização de perícia judicial.

Mombaca, 31/01/2020

Assinatura da vítima

AVALIAÇÃO MÉDICA

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

(X) 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):

Perda parcial da movimentação do dedo da mão esquerda

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 aguda do trauma.

Sim

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

a) () Disfunções apenas temporárias

b) (X) dano anatômico/ ou funcional definitivo (sequelas)

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

Perda leve de força e mobilidade do dedo da
mão esquerda

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

() Sim, em que prazo: _____

(x) Não

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 a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anômico(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 anômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) (x) Parcial (Dano anômico 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 anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

b.2 (x) Parcial Incompleto (Dano anômico 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 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 Anômico

Marque aqui o percentual

1º Lesão dedo da mão esquerda () 10% residual (x) 25% leve () 50% Média () 75% Intensa

2º Lesão _____ () 10% residual () 25% leve () 50% Média () 75% Intensa

3º Lesão _____ () 10% residual () 25% leve () 50% Média () 75% Intensa

4º 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

MOMBAÇA, 31/01/2020

Emídio José A. Rocha
Assinatura do médico – CRM: 17835

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

Anexos: Sim () Não (x)

Dr. Idelvan Alves A. Junior
CRM-GE 18236
Son de Seg

DR. EMÍDIO ROCHA
MÉDICO
CREMEC: 17835