

Proc nº. 936.73.2003.06.0134
 Vara :
 Audiência:
 Sala:

ANEXO 1

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: BRUNA HENRIQUE PEREIRA NASCIMENTO

CPF: 008.981.233-78

Endereço completo: Av. Dr. José Maria F. Leirão - 969 - Novo Oriente - CE.

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: ESTRADA LOCALIDADE FUR DO CAMPO - ZONA RURAL - NOVO ORIENTE - CE.

Data do acidente: 02 / 01 / 2019

CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

1. Declaro-me ciente da nomeação dos peritos judiciais, o Dr. FRANCISCO JOSÉ FROTA PRADO FILHO (CRM/CE Nº: 13246), 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.

Novo Oriente, ____/____/____

Assinatura do advogado

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

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.

Novo Oriente, ____/____/____

Assinatura da vítima

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):

pe' @ (5º PDD)

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.

tto conservador fx de 5º PDD

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):

IV) Seguindo 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

sem Dano residual de 5º PDD pé D
definitivo de ADM.

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

() Sim, em que prazo:

☒ 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) 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)

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 aqui o percentual

1º Lesão 5º dedo pé D ☒ 10% residual () 25% leve () 50% Média () 75% Intensa

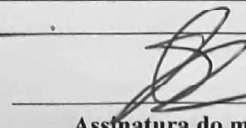
2º Lesão _____ () 10% residual () 25% leve () 50% Média () 75% Intensa

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

4º Lesão _____ () 10% residual () 25% leve () 50% Média () 75% Intensa

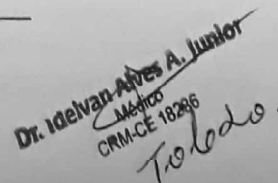
Lesões apontados pela parte, não reconhecidas por falta de comprovação de sua existência ou relação com o acidente

Crateús 05/11/19


Assinatura do médico - CRM:

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

Anexos: Sim _____ Não _____


Dr. Idelvan Alves A. Junior
Médico
CRM-CE 18236
Tudo bem.

27111

PARECER MÉDICO DE ASSISTENTE TÉCNICO

Informações da vítima

Nome Completo: BRUNO HENRIQUE PEREIRA NASCIMENTO
CPF e/ou RG: 068.981.233-78

Informações do Acidente

Data do acidente: 02/01/2019.

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRATURA DO 5º PÔDODÁCTILO DÍX.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DO 5º PÔDODÁCTILO DÍX.

c) 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:

LESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA: LÍQUO DOZ RESIDUAL COM PEQUENA LIMITAÇÃO DA A.D.M.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(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 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: 5º PÔDODÁCTILO DÍX.

Marque o percentual: (☒) 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

2ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4ª Lesão: _____

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

05.31.39, NOVO ORIENTE-CC

Local e data da realização da avaliação médica

Dr. Clayton Freire Melo Filho

MÉDICO
CREMEC 19150