

Proc nº. 100.16.2009-2.06.0134

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: FRANCISCO AVDENEZ MOTA CHAVES

CPF: 079.043.793-03

Endereço completo: POUNADA CASARENA - ZONA RURAL - NOVA ORIENTE-CE

#### INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: RODovia CE-199

Data do acidente: 12 / 11 / 2018

#### 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 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.

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):

trauma nos membros superiores e inferiores

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.

trauma conservado fratura não D e F  
com mobilização

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 deficit

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.

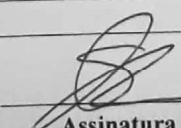
**Segmento Anatômico**

**Marque aqui o percentual**

1ª Lesão _____	( ) 10% residual	( ) 25% leve	( ) 50% Media	( ) 75% Intensa
2ª Lesão _____	( ) 10% residual	( ) 25% leve	( ) 50% Media	( ) 75% Intensa
3ª Lesão _____	( ) 10% residual	( ) 25% leve	( ) 50% Media	( ) 75% Intensa
4ª Lesão _____	( ) 10% residual	( ) 25% leve	( ) 50% Media	( ) 75% Intensa

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

Cratêus 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. Iaelvan Alves A. Junior**  
Médico  
CRM-CE 18286

**TOLEDO**

**Dr. Fco José Prota**  
Otorrinolaringologista - Transfusão  
CRM-CE 15527 / CRM 13246

7415

**PARECER MÉDICO  
DE ASSISTENTE TÉCNICO**

Informações da vítima  
Nome Completo: FRANCISCO AUGUSTO MOZA CHAVES  
CPF e/ou RG: 079.943.793-03

**Informações do Acidente**

Data do acidente: 12/11/2018.

**Avaliação Médica**

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

FRATURA DE AMBOS OS PUNHOS

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

TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE AMBOS OS PUNHOS.

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: LIMITAÇÃO DE MOV. DA M.O.M. DE AMBOS OS PUNHOS.

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: PUNHO DSA.

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

2ª Lesão: PUNHO DSA

Marque o percentual: ( ) 10% Residual (x) 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

Dr. Clayton Freire Melo Filho  
**MÉDICO**  
**CREMEO-19150**

DS 13 SA. NOVO ORIENTE-CE  
Local e data da realização da avaliação médica