

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 AVENES Mota Chaves

CPF: 079.043.793-03

Endereço completo: PONTOA CASQUEIRA - ZONA RURAL - NOVA ORIENTE - MG

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: Ronavis 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 noj D E

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.

*+to conservador fratura mao D e E
con mobilizante*

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 integra 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 alinha 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

1ºLesão _____ 10% residual 25% leve 50% Media 75% Intensa

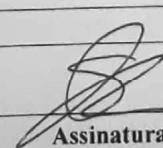
2ºLesão _____ 10% residual 25% leve 50% Media 75% Intensa

3ºLesão _____ 10% residual 25% leve 50% Media 75% Intensa

4ºLesão _____ 10% residual 25% leve 50% Media 75% Intensa

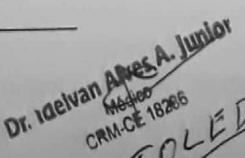
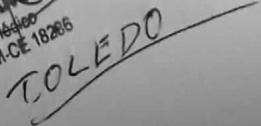
Lesões apontadas pela parte, não reconhecidas por falta de comprovação de sua existência ou relação com o acidente

Crateús 05/11/19


Assinatura do médico - CRM:
Dr. José Faria
CRM-CE 15527 / CRM 13216
CRM-CE 15527 / CRM 13216
CRM-CE 15527 / CRM 13245
CRM-CE 15527 / CRM 13245

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

Anexos: Sim _____ Não _____


Dr. Idelvan Alves A. Junior
Medico
CRM-CE 18266

TOLEDO X

7415

PARECER MÉDICO DE ASSISTENTE TÉCNICO

Informações da vítima

Nome Completo: FRANCISCO AUDEVES NOZA 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(es) corporal(is) acometida(s):

FRATURA DE AMBOS OS PUNHOS

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

TIRADIMENTO 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 OCINTITIVA: LIMITAÇÃO LEVE DA A.D.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(es) 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 65%

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

2ª Lesão: PUNHO 25%

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

Dr. Clayton Freire Melo Filho

MÉDICO

CRM/PR 19150

05-13-39, NOVO ORIENTE-PR
Local e data da realização da avaliação médica