

**AValiação Pericial**

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

Proc nº J0731-36.2019

Vara: 3ª V

Audiência:

Sala:

**INFORMAÇÕES DA VÍTIMA**Nome completo: Neivy Arcene LimaCPF: 030.477.573-80Endereço completo: Rua dos Pedras, em Crateús - CE**INFORMAÇÕES DO ACIDENTE**Local: CrateúsData do acidente: 28 / 03 / 19**CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

1. Declaro-me ciente da nomeação do perito judicial, o Dr. FRANCISCO JOSÉ FROTA PRADO FILHO (CREMEC Nº. 13.246), 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.

Crateús,    /    /   

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.

Crateús,    /    /    Neivy Arcene Lima

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):

ombros (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 agudo trauma.

trauma conservador de contusão ombros (E)

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 temporáriasb) ☒ 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

- Tendinite de ombro (E)  
Speed test (+) // Jobe (+) // Patte (+)  
- Adm normal de ombro com dor

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) 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) (X) 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 (X) 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 ombro (E) ( ) 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

Paciente queixa de dores intensas de ombro (E). Realizados exames clínicos sugerindo de alguns achados descritivos. Sugiro US ombro e TC do ombro que foi realizado na época do acidente anexados ao processo.

**Assinatura do médico - CRM:**

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

**Anexos:**

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

Dr. Greive Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050  
TOLEDO

Dr. Fco. José Faria  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 12345

**PARECER MÉDICO**  
**DE ASSISTENTE TÉCNICO**

Informações da vítima

Nome Completo: NEIVY ARCEVO LIMA

CPF e/ou RG: \_\_\_\_\_

Informações do Acidente

Data do acidente: 28/03/2019.

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

TRAUMA EM OMBRO ESQ. COM LESÃO DO MANGUITO  
ROTA DOZ

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

TRATAMENTO CONSERVADOR DE LESÃO CONTUSA  
DE OMBRO ESQ.

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: DOR RESIDUAL EM  
OMBRO ESQ. COM DOR EM MOVIMENTAÇÃO ATIVA DE  
ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA.

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: OMBRO ESQ.

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

10.03.2020

Local e data da realização da avaliação médica

Dr. Clayton Freire Melo Filho  
**MÉDICO**  
**CREMEC 19150**