

**AVALIAÇÃO PERICIAL**

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

Proc nº. 10339-96.2019

Vara: 3ºV

Audiência:

Sala:

**INFORMAÇÕES DA VÍTIMA**Nome completo: Mikelândia Martins RodriguesCPF: 018.804.283-00Endereço completo: Rua João Gomes, 2325, Planalto, Crateús - CE**INFORMAÇÕES DO ACIDENTE**Local: Ao fio - CeData do acidente: 29/10/2017**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, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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):

Jolho

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.

frto conservador de escorvoções em jolho (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 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

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

Mobilidade preservada de joelho F  
Tonus muscular de joelho F preservado

Crateús, 10/03/20

**Assinatura do médico - CRM:**

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

Anexos: Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

Dr. Clayton Freire Neto Filho  
MÉDICO  
CREMECE 19150

Dr. Greice Freire Campanhante  
Médico - CRM 9050

POLEPO