

AVALIAÇÃO PERICIAL

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

Proc nº. 10845.72.2019

Vara : 2ª U.

Audiência:

Sala:

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nome completo: José Junior Coelho Bezerra

CPF: 952.516.183-87

Endereço completo: Rua Professora Neto, 76. Ipore Cratêus - E

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: Cratêus

Data do acidente: 04/07/19

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.

Cratêus, ___/___/___

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.

Cratêus, ___/___/___ + José Junior C. Bezerra

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 (D)
ombro (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.

tto cirurgias de fixação Sº PDD pe (D)
tto conservado de luxação síndrome do túnel

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 anômico/ ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas no patrimônio físico da vítima

- Ausência de extensão do 5º PDD pe D
- Edema importante associado hiperemia de 5º PDD pe D
- força 50% de ombro D com abdução do artelho
V) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento faz-se necessário exame complementar? ca oromoclavicular
() Sim, em que prazo: Da a palpção do artelho
☒ Não sinomoclavicular a E

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) anômico(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 anômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) ☒ Parcial (Dano anômico 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 anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

b.2 ☒ Parcial Incompleto (Dano anômico 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 Anômico

Marque aqui o percentual

1º Lesão 5º dedo pe D () 10% residual () 25% leve () 50% Média ☒ 75% Intensa
2º Lesão ombro E () 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

Crateús, 10/03/2020

Dr. Fco. José Frota
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11.246

Assinatura do médico - CRM:

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

Anexos: Sim _____ Não _____

Dr. Greise Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050

70660

PARECER MÉDICO
DE ASSISTENTE TÉCNICO

Informações da vítima
Nome Completo: JOSE JUNIOR COELHO SILVA
CPF e/ou RG: _____

Informações do Acidente

Data do acidente: 04/07/2019

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

FRATURA DO 5º PDD. E LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO 5º PDD.
E CONSERVADOR DE LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR.

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: AUSÊNCIA DE EXTEN-
SÃO DO 5º PDD., POR RESIDUAL A MOBILIZAÇÃO.

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 PODOFALANGE DO DÍGITO.

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

2ª Lesão: OMÓRTO OSSO.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve (X) 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 (X) 100% Completa

10.03.2020.

Local e data da realização da avaliação médica

Dr. Cláudio Freire Melo Filho
MEDEICO
CREMEC 19150