

AVALIAÇÃO PERICIAL

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

Proc nº. 3633-97.2019

Vara: 22V

Audiência:

Sala:

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nome completo: Pedro Vieira da Silva

CPF: 012.268.393.55

Endereço completo: nas autas.

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: Crateus

Data do acidente: 28 / 12 / 16

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):

Joelho (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.

Hto conservado de contusão de joelho esquerdo associado a entorses

III) há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação

☒ Sim ☐ Não

, digo, (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

Acoturn de dor em joelho
tendão do polegar de joelho
residual

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

1º Lesão joelho ☒ residual ☒ 10% residual () 25% leve () 50% Media () 75% Intensa

2º Lesão _____ () 10% residual () 25% leve () 50% Media () 75% Intensa

3º Lesão _____ () 10% residual () 25% leve () 50% Media () 75% Intensa

4º 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

Crateús, 09/03/20

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

Anexos:

Sim _____

Não _____

Assinatura do médico - CRM:

Dr. Fco. José F. de
Otopédia e Fonoaudiologia
CRM: 11.248

Dr. Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
TOLEDO

PARECER MÉDICO
DE ASSISTENTE TÉCNICO

Informações da vítima

Nome Completo: PCORA VIRGINA DA SILVA
CPF e/ou RG: 010.268.393-55

Informações do Acidente

Data do acidente: 28/12/2016.

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQ.

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

TRATAMENTO CONSERVADOR DO JOELHO 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: TENDINITE PATOLÓGICA RESIDUAL.

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: JOELHO 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: _____

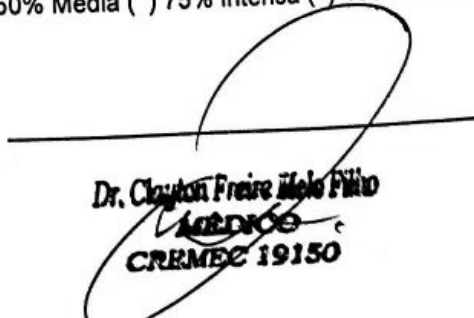
Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4ª Lesão: _____

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

09.03.2020.

Local e data da realização da avaliação médica


Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMEC 19150