

Proc. nº 0800182-34.2020.80.20.5105
PARECER MÉDICO
DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA

2^a VARA

Informações da Vítima

Nome completo: DOMINGOS SAVIO DE OLIVEIRA
CPF: 567.554.064-49
Endereço completo: R. PROJETADA, 04-B, CANTO DO PAPAGÁIO, MAEAV/PN
Tel. 98107-4658

Informações do acidente

Local: BR MAEAV/GUAMARÉ
Data do Acidente: 13/08/2014

Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

Sim Não Prejudicado

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);

punho esquerdo + olho esquerdo

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-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Regras de encarceramento pulho e
diminuição cinco olho 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) e, se for o caso, se as mesmas já estavam prescritas no momento da avaliação administrativa:

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) disfunções apenas temporárias
b) dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- Sim, em que prazo:
 Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI) 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 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 o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação e, se for o caso, a partir do pagamento administrativo indicar: agravamento, melhora e/ou nova lesão:

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 da 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

1ª Lesão	<input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa	<input type="checkbox"/> 100% Total
2ª Lesão	<input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa	<input type="checkbox"/> 100% Total
3ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa	<input type="checkbox"/> 100% Total
4ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa	<input type="checkbox"/> 100% Total

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

JUSTIFICATIVA DE DIVERGÊNCIA DA PERÍCIA JUDICIAL:

Local e data da realização do exame médico:

Maran 26/07/2022.

Assinatura do Assistente Técnico – CRM


Eduardo C L R de Medeiros
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ORTOPEDEIA DE QUADRIL
CIRURGIA DE PEE 2067


Fabiano Pontes da Carvalho
Ortopedista / Traumatologista
Ortopedia Pediátrica
TEOT: 15176 - CRM/RN: 6672