

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
COMARCA DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA DE VARA ÚNICA

Vítima: * mizael paulo de oliveira

ANEXO I

AVALIAÇÃO PERICIAL

Art. 31 da Lei nº 11.945 de 4/6/2009
que altera a Lei nº 6.194 de 14/12/74

PROCESSO

Nº 50654-32-2020-8-06-0168

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nome completo: Mizael Paulo de Oliveira

CPF: 620.465.063-75

Endereço completo: Instituto Monte Graça - milhã CE

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: U/hô - Ce

Data do acidente: 18/07/2017

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):

POUNTO 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.

TRATAMENTO CONSERVADOR E
POSITIVO NO PUNTO 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

**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
COMARCA DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA DE VARA ÚNICA**

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.

BLOQUEIO MOVIMENTO DE PUNHO -
EXPANSÃO DO PUNHO ESQUERDO.

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 à 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 nº 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 previsão do inciso II, §1º do art. 3º da Lei nº 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 PUNHO E () 10% Residual () 25% Leve ☒ 50% Média () 75% Intensa

2ª Lesão / () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa

3ª Lesão / () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa

4ª Lesão / () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa

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

ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
COMARCA DE SOLONÓPOLE
SECRETARIA DE VARA ÚNICA

Solonópole, 02/06/2022

ANTONIO DE
JESUS R. A. de Menezes
MÉDICO PERITO
CREMEC 3772

Dr. Grêze Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
TUEM

Assinatura do médico - CRM

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

Anexos: Sim _____ Não / _____