



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE MOMBACA/CE

AVALIAÇÃO PERICIAL

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

Proc nº. 6248-33.2012

Vara de origem: 1ª Vara.

Audiência:

Sala:

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nome completo: Francisco Chagas da Silva

CPF: 892.441.923-49

Endereço completo: Sítio Canadão, Mombaca

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: Mombaca - CE

Data do acidente: 25 / 04 / 2009

CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

1. Declaro-me ciente da nomeação do(s) perito(s) judicial(is), o Dr. Emídio José Araújo Rocha, CRM 17.385, 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.

Mombaca, 31/01/2020

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.

Mombaca, 31/01/2020

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):

Deformidade da mão esquerda com luxação de manivela

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 aguda do trauma.

Sim

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):

Correção cirúrgica

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.

Deficiência em mão e dano a futura profissão
conjugado

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) (X) 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

1ª Lesão mão esquerda () 10% residual () 25% leve () 50% Média (X) 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 apontadas pela parte, não reconhecidas por falta de comprovação de sua existência ou relação com o acidente

MOMBAÇA, 31/01/2020

Emidio José A. Rocha
Assinatura do médico - CRM: 17835

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

Anexos: Sim () Não (X)

Dr. Idelvan Alves A. Junior
Médico
CRM-CE 18236
Sandoz

DR. EMÍDIO ROCHA
MÉDICO
CREMEC: 17835