

**PARECER MÉDICO
DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA**

Informações da Vítima

Nome completo: Francisco Diassis Roberto Gomes

CPF: 077.350.413-30

Endereço completo: _____

Informações do acidente

Local: Aracaju - Ce

Data do Acidente: 21/05/18

Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automoto 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);

Membr. inferior esquerdo

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalment compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medida terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Lesões crônicas da perna da tíbia e fíbula

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 prescrita 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 presente no patrimônio físico da vítima.

Deficiência estrutural, claudicação, luxações de extremidades inferiores, limitação de movimentos de flexão e extensão do tornozelo.

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

☐ 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 demais campos abaixo assinalados.

010.050.00

010.050.008.

010.050.008.23

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 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 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

MIE

☐

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

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

JUSTIFICATIVA DE CONCORDÂNCIA COM A PERÍCIA JUDICIAL:

Concordo

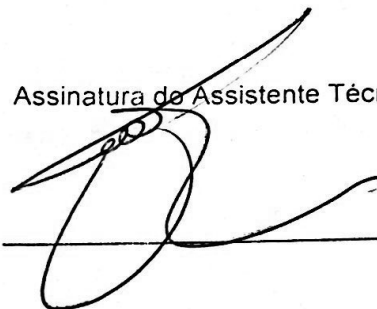
JUSTIFICATIVA DE DIVERGÊNCIA DA PERÍCIA JUDICIAL:

Local e data da realização do exame médico:

Croíças 27, 08, 19

Assinatura do Assistente Técnico – CRM

Dr. Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050



Empresa: Toledo Assistência Médica LTDA

**PARECER MÉDICO
DE ASSISTENTE TÉCNICO**

Informações da vítima

Nome Completo: FRANCISCO DIASSIS MIBEIRO GOMES
CPF e/ou RG: 077.350.433-30

Informações do Acidente

Data do acidente: 23/05/2018.

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA G.S.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO

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 E FUNCIONAL DEFINITIVA: DIMINUIÇÃO DA AUM DO OSSO PLANTAR G.S., DEFORMIDADE MODERADA DO PÉRNA G.S.

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: LESÃO EM MEMBRO INFERIOR G.S. QUICRO

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

27.08.19, CRATEÚS-CE

Local e data da realização da avaliação médica

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMEC 19150

AVALIAÇÃO PERICIAL

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

Proc nº. 0002046-402017
Vara :
Audiência:
Sala:

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nome completo: Fco. Diarmis Ribeiro Gomes
CPF: 027 350 413 30
Endereço completo: Nor. ands

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: Crateús
Data do acidente: 21 / 05 / 18

CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

1. Declaro-me ciente da nomeação do perito judicial, o Dr. Francisco José Frota Prado Filho, CREMEC 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):

perna (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.

Ho. cirurgia de fixação (E) externa
com fixador externo.

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

Deformidade
Dificuldade de em péma (E)
Resumo da ADM flexo-plantar + torção (E)

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) 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 Membro inferior (E) () 10% residual () 25% leve (X) 50% Média () 75% Intensa

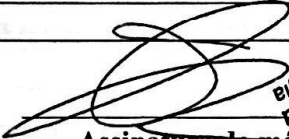
2º Lesão _____ () 10% residual () 25% leve () 50% Média () 75% Intensa

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 27.08.19.


Assinatura do médico - CRM:

Dr. Fco. José Frota
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 13246

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

Anexos: Sim _____ Não _____


Dr. Grete Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050