

**PARECER MÉDICO
DE ASSISTENTE TÉCNICO**

Informações da vítima

Nome Completo: LEIVIANE NUNES DE SOUSA
CPF e/ou RG: DSO. 556.243-02

Informações do Acidente

Data do acidente: 25/02/2017

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

FRATURA DO TORNOTOULO ESQ. E DO ANTEBRAÇO DIR.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOTOULO ESQ.
E DO ANTEBRAÇO DIR.

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 ORIGINATIVA: DOR LEVE COM LIMITAÇÃO
LEVE DO TORNOTOULO ESQ. E DOR LEVE COM LIMITAÇÃO
LEVE DO ANTEBRAÇO DIR.

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: TORNOTOULO ESQ.

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

2ª Lesão: MEMBRO SUPERIOR DIR.

Marque o percentual: () 10% Residual (x) 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

DS-3139, NOVO ORIENTE-CO
Local e data da realização da avaliação médica

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMEC 16150

ANEXO 1

AVALIAÇÃO PERICIAL

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

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nome completo: LEIVIANE NUNES DE SOUSACPF: 050.556.243-02Endereço completo: PONTAL

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: SITA PONTAL - AVITERRANOPOLIS - PE.Data do acidente: 15 / 02 / 2017

CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

1. Declaro-me ciente da nomeação dos peritos judiciais, o Dr. FRANCISCO JOSÉ FROTA PRADO FILHO (CRM/CE Nº: 13246), 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.

Novo Oriente, ____/____/____

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.

Novo Oriente, ____/____/____

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):

antebraço (D)
torso (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 agudo trauma.

Trt cirurgico de fr de torso (E) / antebraço (D)

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

- Do a polpa de Material de sutura
de tornozelo (E) leve
- de fôse de punho (D) leve

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

() Sim, em que prazo: - Deficit leve ADM de Antebraço D e
tornozelo (E) - Solene tornozelo residual
(X) Não - Antebraço Antebraço (D)

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

1ª Lesão - tornozelo (E) () 10% residual (X) 25% leve () 50% Média () 75% Intensa
2ª Lesão - punho (D) () 10% residual (X) 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

05, 11, 19

Assinatura do médico - CRM:

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

Anexos: Sim Não

Dr. Idelvan Alves A. Junior
CRM-CE 18286

TOLEDO