

**PARECER MÉDICO
DE ASSISTENTE TÉCNICO**

Nome Completo: ROMÁRIO SOUSA DA SILVA
CPF e/ou RG: 612.234.803-24

Informações da vítima

Informações do Acidente

Data do acidente: 02/02/2016

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

FRATURA DE MAXILAR

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO

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 DEFINITIVA: LIMITAÇÃO RESIDUAL DE A.O.M. MAXILAR.

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: ESTRUTURA DE FACE

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

09.03.2020

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. 0001772-76-2019
 Vara : 1º ✓
 Audiência:
 Sala:

INFORMAÇÕES DA VÍTIMANome completo: Romário Souza da SilvaCPF: 612.214.803-24Endereço completo: Fazenda São Romão - Tucuruá - Paraíso - Cratêus - Ce**INFORMAÇÕES DO ACIDENTE**Local: Tucuruá - CeData do acidente: 02/07/16**CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

1. Declaro-me ciente da nomeação do perito judicial, o Dr. FRANCISCO JOSÉ FROTA PRADO FILHO (CREMEC Nº. 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.

Cratêus, ____/____/____

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.

Cratêus, ____/____/____

ROMÁRIO SOUZA DA SILVA

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):

Cabeça
Mão

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.

Tto conservador de TCE leve
Tto cirurgico de fx de maxilar

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):

as eo po

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

a) ☐ Disfunções apenas temporáriasb) ☒ 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

pelo limites da amplitude bucal
lesão leve ATM
maxilares irregulares leve

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) ☒ 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

1º Lesão face ☒ 0% residual () 25% leve () 50% Media () 75% Intensa

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

3º Lesão _____ () 10% residual () 25% leve () 50% Media () 75% Intensa

4º Lesão _____ () 10% residual () 25% leve () 50% Media () 75% Intensa

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

Crateús, 09/03/20

[Assinatura]
 Assinatura do médico - CRM:

Dr. Fco. José Frota
 Ortopedia e Traumatologia
 CRP 13246

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

Anexos: Sim _____ Não _____

Dr. Greice Freitas Cavalcante
 Médico - CRM 9050

TOLEDO.