

**PARECER MÉDICO  
DE ASSISTENTE TÉCNICO**

**Informações da vítima**

Nome Completo: José Ailton Fialho de Souza  
CPF e/ou RG: 065.851.763-59

**Informações do Acidente**

Data do acidente: 05/08/2015

**Avaliação Médica**

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

LESÃO NEUROLOGICA COM LESÃO AXIONAL OIRUSA E MANU-  
RA DO ANTERIOR OIR.

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

TRATAMENTO CONSERVADOR DE T.E. E C. TRATAMENTO  
CIRURGICO DE CRATURA DO ANTERIOR OIR.

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: DÉFICIT COGNITIVO LEVE COM ALIENAÇÃO ESPECIAL E EM USO CONTÍNUO DE HALOOL E OROMOTORIA.

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 NEUROLOGICA

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

2ª Lesão: INTERFERENCA OIR/OUTRO

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

Dr. Clayton Freire Melo Filho

MÉDICO

CREMEC 19150

05.33.301, NOVO ORIENTE - CE

Local e data da realização da avaliação médica

Proc nº. 521.25.000.8.06.0134

Vara :

Audiência:

Sala:

## ANEXO I

## 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: JOSÉ AIRTON FILHO DE SOUSACPF: 063.851.763-59Endereço completo: RUA CAPITÃO RODRIGO - 280 - NOVO ORIENTE - CE

## INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: LOCALIZADO MÂM DA DULY - NOVO ORIENTE - CEData do acidente: 05 / 01 / 2015

## 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):

Trompe coloça / trompe antebraço D

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:

+to cunhoco de fratura antebraço D  
+to conservador de TCE grande

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) Segundo 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

Dor residual de antebraços (D)  
alterações comportamentais leves.  
alterações cognitivas leves

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

( ) Sim, em que prazo: Deficit leve memória recente (lento Neuro).

(X) 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 integra 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 (X) 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 alinha 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.

**Marque aqui o percentual**

**Segmento Anatômico**

1ºLesão	<u>SNC</u>	( )10%residual	(X)25% leve	( )50% Media	( )75% Intensa
2ºLesão	<u>Antebraço (D)</u> (ponto).	(X)10%residual	( )25% leve	( )50% Media	( )75% Intensa
3ºLesão		( )10%residual	( )25% leve	( )50% Media	( )75% Intensa
4ºLesão		( )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

Crato/CE 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*  
 Médico  
 CRM-CE 18206

*TOLEDO*