

7053

**PARECER MÉDICO  
DE ASSISTENTE TÉCNICO**

Informações da vítima

Nome Completo: JOSÉ AILTON RIALHO DE SOUSA  
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 NEUROLÓGICA COM LESÃO AXIAL DIFUSA E MATE-  
RA DO ANTEBRAÇO DIREITO.

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

TRATAMENTO CONSERVADOR DE T.E.E. E TRATAMENTO  
CIRÚRGICO DE FRATURA DO ANTEBRAÇO DIREITO.

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: DÉFICITE COGNI-  
TIVO LEVE COM MIELOPATIA ESPINAL E EM USO CONTÍ-  
NUO DE HALOOL E PROMETAZINA.

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 NEUROLÓGICA

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

2ª Lesão: ANTEBRAÇO DIREITO

Marque o percentual: (X) 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**

DS 33.301, NOVO ORIENTE - CE  
Local e data da realização da avaliação médica

ANEXO I

AVALIAÇÃO PERICIAL

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

Proc nº. 521.25.2019.8.06.0134

Vara :

Audiência:

Sala:

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nome completo: JOSE AIRTON FILHO DE SOUSA

CPF: 065.851.763-59

Endereço completo: RUA CAPITÃO RODRIGO - 280 - NOVO ORIENTE - CE

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: LOCALIDADE MÃE DE DEUS - NOVO ORIENTE - CE.

Data do acidente: 05 / 03 / 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):

trauma cabeça / trauma antebraço ☒

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

trauma cirurgico de fratura antebraço ☒  
trauma conservador de TCE grave

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 anatômico/ ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas no patrimônio físico da vítima

Dor residual de antebraço (D)  
Alteração comportamental leve  
Alteração cognitiva leve

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento faz-se necessário exame complementar?  
 ( ) Sim, em que prazo: Deficit leve memora recente (Lomb Neuro).

☒ 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.

**Marque aqui o percentual**

**Segmento Anatômico**

|  |  |  |               |                 |
|--|--|--|---------------|-----------------|
| 1º Lesão <u>SNC</u>                              | ( ) 10% residual                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 25% leve | ( ) 50% Média | ( ) 75% Intensa |
| 2º Lesão <u>Antebraço (D)</u><br><u>(punho).</u> | <input checked="" type="checkbox"/> 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 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 18286

TOLEDO