

13PROCESSO Nº 0802992-19.2018.815.0181**PERÍCIA MÉDICA**

Distribuído em

19/02/18

(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/194)

PERITO DR. JÂNIO
2ª VARA GUARABIRA

Nome completo: JOSE ADAILTON ALMEIDA DA SILVA
CPF: 070.134.824-04
Endereço completo: RUA ELOY PEREIRA, 39 - B. ROSÁRIO,
GUARABIRA/PB

Informações do acidente

Local: CACHOEIRA DOS DEVEDES - GUARABIRA
Data do Acidente: 13/05/18

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação em razão do processo judicial su, pra para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 2ª Vara Cível da Comarca de Guarabira/PB.

Guarabira/PB, 26/08 / 2019.

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 afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(regiões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

CRÂNIO - FÁCIAZ

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-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Sim

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 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 presentes no patrimônio físico da vítima.

CEFALEIA + DOL A MOVIMENTAÇÃO CERVICAL, SEM LIMITAÇÃO

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 de resposta afirmativa do item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

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 susceptíveis a tratamento como sendo gerador(es) 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, afirmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total

(Dano anatômico e/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 relação 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

CRANIO-FACIAL



10% Residual



25% Leve



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

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

Dr. João Dantas Gualberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 382 TET 6514

Local e data da realização do exame médico:

Guarabira/PB, 26/08/2019

Assinatura do médico - CRM

Médico Assistente

Ernesto Loewenbach Neto

MÉDICO

CRM-PB 10.690

P/ARE GESTÃO DE SAÚDE