

AVALIAÇÃO PERICIAL

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

Proc nº. 2002587-73. 2019

Vara :

Audiência:

Sala:

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nome completo: JORQUIM JÚNIOR DE CASTRO MANESSES

CPF: 826.295.333-04

Endereço completo: RESSEMENTO SÃO JOSÉ, ZONA RURAL

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: Crateús

Data do acidente: 18 / 11 / 18

CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

1. Declaro-me ciente da nomeação do perito judicial, o Dr. Francisco José Frota Prado Filho, CREMEC 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.

Crateús, ___/___/___

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.

Crateús, ___/___/___

Jorquim Júnior de Castro Maneses
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):

MÃO (E) e Punho (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 agudado trauma.

Tto cirurgico de Múltiplas fraturas de Metacarpo (2º, 3º, 4º, 5º MTC)

III) há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação

() Sim (X) Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

tto conservador de fratura de escápi

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

a) () Disfunções apenas temporárias

b) (X) 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

Sinala definitiva deformidade em dedos
(2º, 3º, 4º, 5º): Deficit grave de flexão dos
dedos. Deficit de flexão punho (E) Redução de

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

() Sim, em que prazo:

(X) Não

Deficiência para fazer punça dedos e punho
em polegar e 3º/4º/5º

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 <u>NÃO (E)</u>	() 10% 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, 26 / 08 / 19

Dr. Fco. José Frota
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 13246

Dr. Fco. José Frota
Ortopedista e Traumatologista
CRM 13246

Assinatura do médico - CRM:

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

Anexos: Sim _____

Não _____

Dr. Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050

**PARECER MÉDICO
DE ASSISTENTE TÉCNICO**

Informações da vítima

Nome Completo: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENEZES
CPF e/ou RG: 826.275.333.04

Informações do Acidente

Data do acidente: 18/11/2018

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

FRATURA DO 2º, 3º, 4º E 5º METACARPOS DA MÃO ESQUERDA,
FRATURA DE ESCAFÓIDE DA MÃO ESQUERDA

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

OSTEOSSÍNTESE COM FIOS CIRÚRGICOS EM 2º, 3º, 4º E 5º META-
CARPOS E CONSOLIDAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

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: BLOQUEIO
COM LIMITAÇÃO DO PUNHO E PERDA DA FUNCIONALIDADE
DO 2º AO 5º QUIRODÁCTILOS ESQ.

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 DE MÃO ESQUERDA

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média (x) 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

26.08.19, CRATUÍS-CE

Local e data da realização da avaliação médica

Dr. Clayton Freire Melo Filho

MÉDICO

CREMEC 19150

**PARECER MÉDICO
DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA**

Informações da Vítima

Nome completo: JORQUIM JUNIOR DE CASTRO MENAÍAS
CPF: 826.275.333-04
Endereço completo: ASSENTAMENTO SPT JOSÉ, ZONA RURAL

Informações do acidente

Local: Croféus-Ce
Data do Acidente: 18/11/2018

Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim ☐ Não ☐ Prejudicado

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

Mano esquerda

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.

Notamente umgueiro de profura do 2º, 3º, 4º e 5º Metacarpo.
Fiz fisioterapia. Tratamento conservador de profura do escápulo

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) e, se for o caso, se as mesmas já estavam prescritas no momento da avaliação administrativa:

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.

Hipertensão do 3º e 4º dedos. Externos incompleta do 5º dedo, blo-
queiro passivo de flexão do 3º, 4º e 5º dedos e moderada do 2º dedo,

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar? Diminuição
da força de punho polígono, refugo de punho, blo-
queiro de flexão punho.

☐ Sim, em que prazo:

☒ Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher c demais campos abaixo assinalados.

010.050.008

010.050.008.2

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 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 e, se for o caso, a partir do pagamento administrativo indicar: agravamento, melhora e/ou nova lesão.

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 da 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

1ª Lesão Não (E) ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☒ 75% Intensa

2ª Lesão ☐ 10% Residual ☐ 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

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

JUSTIFICATIVA DE CONCORDÂNCIA COM A PERÍCIA JUDICIAL:

Concordo

JUSTIFICATIVA DE DIVERGÊNCIA DA PERÍCIA JUDICIAL:

Local e data da realização do exame médico:

Aratu 26,08,19

Assinatura do Assistente Técnico – CRM


Dr. Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050

Empresa: Toledo Assistência Médica LTDA