



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
COMARCA DE CRATEÚS
CENTRO JUDICIÁRIO DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS E CIDADANIA

ANEXO I

AValiação PERICIAL

Art. 31 da Lei nº 11.945 de 4/6/2009
que altera a Lei nº 6.194 de 14/12/74



PROC. Nº 0003546-44.2019

VARA: 1ª VARA

AUDIÊNCIA: _____

SALA: CEJUSC

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nome completo: Antonino Barbosa de Lima

CPF: 153.793.358-29

Endereço completo: _____

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: Ipaperanga, dugo, Ipaperanga

Data do acidente: 11 / 08 / 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

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):

pulso (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.

Realizados Hto cingulo de pulso (E)
placa e parafuso

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):



**ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
COMARCA DE CRATEÚS
CENTRO JUDICIÁRIO DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS E CIDADANIA**

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.

Rigidez intrínseca de pulso (E), Atrofia de mão. Rigidez de mão (E) com dificuldade

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 à 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 nº 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 previsão do inciso II, §1º do art. 3º da Lei nº 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.



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
COMARCA DE CRATEÚS
CENTRO JUDICIÁRIO DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS E CIDADANIA

Segmento Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão Membro () 10% Residual () 25% Leve ☒ 50% Média () 75%

Intensa supleno
esquerda

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

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

Crateús, 15/09/21

Dr. Greiverson Cavalcante
Médico - CRM 9050

ACE BRASIL

Assinatura do médico - CRM

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

Anexos: Sim _____ Não _____

PARECER MÉDICO DE ASSISTENTE TÉCNICO

Informações da vítima

Nome Completo: ANTONIO BARBOSA DE LIMA

CPF e/ou RG: _____

Informações do Acidente

Data do acidente: 13/08/2018

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

FRATURA DISTAL DO RÁDIO E ULNA DIR.

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

TRATAMENTO CONSERVADOR, OITO, CIRÚRGICO
COM OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS
E FIXAÇÃO EXTERNA.

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:

RÍGIDEZ ARTICULAR DO PUNHO DIR. COM DÉFICIT
NA A.D.M. DA MÃO DIR E DÉFICIT NA PRENSÃO
PALMAR COM DEFORMIDADE EM PUNHO DIR.

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: MEMBRO SUPERIOR DIR.

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

13.09.21. CRATEÚS-CE
Local e data da realização da avaliação médica

Dr. Clayton Freire Melo Filho
Médico