



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

\* Francisco Arnaldo da Silva do nascimento

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 0050327-90.2020  
VARA: 1ª Vara  
AUDIÊNCIA: \_\_\_\_\_  
SALA: CEJUSC

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nome completo: Francisco Arnaldo da Silva do Nascimento

CPF: 069.024.583-16

Endereço completo: \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: Aracema

Data do acidente: 24/08/2019

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):

pe

(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.

Amputação traumática do 4º dedo da  
pe

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.

Ausência do 4º pododactilo direito  
sem outras deformidades

**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). 100% 4º pododactilo (E)

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 100% ( ) 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

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

100% de 4º dedo do pé (5)

Crateús, 15 / 09 / 21

Dr. Fco. José Frota  
 Oftalmologia - Traumatologia  
 CRM 10246

Assinatura do médico - CRM

Dr. Graice Freitas Cavalcante  
 Médico - CRM 9050  
 ACE BRASIL

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: FRANCISCO ARNALDO DA SILVA DO NASCIMENTO  
CPF e/ou RG: \_\_\_\_\_

### Informações do Acidente

Data do acidente: 24/08/2019

### Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

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

AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 4º P.D.D.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE  
POTO.

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:

- AMPUTAÇÃO TOTAL DO 4º P.D.D.

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: 4º P.D.D. D.D.

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa (x) 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

15.09.21. CRATEUS-CE

Local e data da realização da avaliação médica

Dr. Clayton Frota Melo Filho  
Médico

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Crateús

1ª Vara Cível da Comarca de Crateús

Rua Jonas Gomes de Freitas, S/N, Campo Velho - CEP 63701-235,

Fone: 88, Crateús-CE - E-mail: tjce@tjce.jus.br

**CERTIDÃO**

Processo nº: **0050327-90.2020.8.06.0070**  
Apenso: **Processos Apenso << Informação indisponível >>**  
Classe – Assunto: **Procedimento Comum Cível - Seguro**  
Requerente: **Francisco Arnaldo da Silva do Nascimento**

**CERTIFICO** que o(a) requerente compareceu ao Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania - CEJUSC do Fórum DES. JOSÉ OLAVO DE RODRIGUES FROTA, em Crateús-CE, por ocasião da 6º MUTIRÃO PARA REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA, conforme Portaria nº 01/2021-CEJUSC/Crateús, que trata o processo de seguro DPVAT.

**CERTIFICO** ainda que, foi juntado documento de fls, retro, que comprova Laudo Pericial e Parecer do médico assistente.

O referido é verdade e dou fé.

**Crateús/CE, 20 de setembro de 2021.**

**Maria Valderesa Gomes Pereira**  
**À Disposição**