

Proc nº. 0050411-96.2020

Vara : 2ª vara

Audiência:

Sala:

AVALIAÇÃO PERICIAL

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

INFORMAÇÕES DA VÍTIMANome completo: MANUEL BEZERRA DE OLIVEIRACPF: 070.459.702-27Endereço completo: ESTADNIMA - NOVA RUSSEIA**INFORMAÇÕES DO ACIDENTE**Local: NOVA RUSSEIAData do acidente: 20/04/2019**CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

1. Declaro-me ciente da nomeação do perito judicial, o Dr. ANTONIO ENÉAS RODRIGUES BEZERRA DE MENEZES, CREMEC 3792, 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.

____/____/____

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.

29/10/21 Manuel Bezerra de Oliveira

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):

COTOVELO DIREITO - REDUÇÃO SUP. ANTER.

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.

REDUÇÃO INCOMPLETA COTOVELO DIREITO

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 temporáriasb) ☒ 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

Limitação da força do membro superior direito - extensão do cotovelo e pronosupinação do antebraço

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 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 <i>MEMBRO SUP. D</i>	() 10% residual	<input checked="" type="checkbox"/> 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

29/10/2021

Antonio Elias R.R. de Menezes
MÉDICO
CRM 3732

Dr. José Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050

Assinatura do médico - CRM:

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

Anexos: Sim _____ Não _____