

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: 026.459.782-27Endereço completo: ESTRADONH - NOVA RUSSE**INFORMAÇÕES DO ACIDENTE**Local: NOVA RUSSEData do acidente: 20/04/2010**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):

COTOVECO AVOIDA ledebro SOP. DR

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.

REUDAO INCERVA COTOVECO DR

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 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

~~Defeito(s) da pessoa do MFD
residual de fato - extenso ou
correto de fato - supressão de fato~~

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 integra 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 alinha 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>HEPATO SUP. D</u>	<input type="checkbox"/> 10% residual	<input checked="" type="checkbox"/> 25% leve	<input type="checkbox"/> 50% Media	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
2º Lesão _____	<input type="checkbox"/> 10% residual	<input type="checkbox"/> 25% leve	<input type="checkbox"/> 50% Media	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
3º Lesão _____	<input type="checkbox"/> 10% residual	<input type="checkbox"/> 25% leve	<input type="checkbox"/> 50% Media	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
4º Lesão _____	<input type="checkbox"/> 10% residual	<input type="checkbox"/> 25% leve	<input type="checkbox"/> 50% Media	<input type="checkbox"/> 75% Intensa

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

29/10/2021

Antônio Enéas R. B. de Menezes
MÉDICO PESO
CRM/CE 3332

Dr. Enéas Freitas Carvalho
Médico - CRM 9050

EXPERMED

Assinatura do médico - CRM:

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

Anexos: Sim _____ Não _____