

**PODER JUDICIÁRIO**  
**JUSTIÇA FEDERAL**  
**SEÇÃO JUDICIÁRIA DO ESTADO DE GOIÁS**  
**Núcleo da Coordenação dos Juizados Especiais Federais/GO – NUCOD/GO**  
Av. Rep. Líbano esq. com Av. B, Qd. D-1, Lts. 21/30, 1º Andar, Setor Oeste, Goiânia/GO - CEP: 74115-030.  
Telefone: (62)3623-8620 – cojef.go@trf1.jus.br

**PORTARIA Nº. 0001, NUCOD-GO, 07 DE JANEIRO DE 2015.**

**O COORDENADOR DOS JUIZADOS ESPECIAIS FEDERAIS DE GOIÁS**, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas por lei,

CONSIDERANDO a publicação em 07 de outubro de 2014, da RESOLUÇÃO N. CJF – RES 2014/00305 que dispõe sobre os novos valores dos honorários periciais médico e social no âmbito dos Juizados Especiais Federais (JEF's);

CONSIDERANDO que os laudos médico e social sofreram modificações no que tangem as quesitações;

CONSIDERANDO a utilidade da padronização e uniformização de procedimentos pelas Varas de JEF, para otimização de tempo e tarefas;

CONSIDERANDO a necessidade de ajustes e adequações relativos aos procedimentos inerentes à produção de provas nos processos judiciais especialmente no que tange à perícia judicial nos Juizados Especiais Federais;

CONSIDERANDO o grau de especialização do perito, a complexidade e a duração do exame pericial;

RESOLVE:

**Artigo 1º.** ALTERAR a Portaria NUCOD-GO n.º 04/2013, de 22/03/2013, no disposto do art. 1º que estabelece as especialidades médicas disponíveis no âmbito dos Juizados Especiais Federais, devendo constar conforme a seguir:

**Onde se lê:** "... Clínica Geral, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia e Psiquiatria..."

**Leia-se:** "... Clínica Geral, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Psiquiatria Medicina do Trabalho, Perícia Judicial, Otorrinolaringologia, Cardiologia e Oncologia..."

**Artigo 2º.** REVOGAR o art. 2º da Portaria NUCOD-GO n.º 04/2013, de 22/03/2013.

**Artigo 3º.** ALTERAR a Portaria NUCOD-GO n.º 04/2013, de 22/03/2013, art. 4º, inciso VI, devendo constar o que se segue:

**Onde se lê:** "as perícias deverão ser marcadas no prazo mínimo de 15 (quinze) dias, de forma a permitir o cumprimento da intimação da parte autora no prazo legal, devendo tal marcação se dar em um dos consultórios médicos localizados na Central de Perícias, **exceto para a especialidade de oftalmologia**, de acordo com a pauta organizada e de modo a otimizar a utilização dos referidos consultórios";

**Leia-se:** "as perícias deverão ser marcadas no prazo mínimo de 15 (quinze) dias, de forma a permitir o cumprimento da intimação da parte autora no prazo legal, devendo tal marcação se dar em um dos consultórios médicos localizados na Central de Perícias de acordo com a pauta organizada e de modo a otimizar a utilização dos referidos consultórios".

**Artigo 4º.** REVOGAR o art. 5º da Portaria NUCOD-GO n.º 04/2013, de 22/03/2013 referente aos quesitos do juízo a serem respondidos pelos médicos peritos que atuam nestes Juizados Especiais Federais.

Parágrafo único. Os peritos deverão responder aos quesitos contidos nos anexos desta Portaria, observando-se o benefício pleiteado no caso concreto, bem como o prazo de entrega do referido laudo.

**Artigo 5º.** Estabelecer os honorários dos auxiliares peritos médicos e assistentes sociais nomeados nos processos ajuizados nestes JEF's, de acordo com os art. 28, Tabela V, RESOLUÇÃO 305/2014, do CJF, bem como majorar os honorários de acordo com a especialidade do perito, conforme tabela abaixo:

### TABELA I

#### HONORÁRIOS DOS PERITOS MÉDICOS

ESPECIALIDADE	HONORÁRIOS
Neurologia, Psiquiatria, Cardiologia, Oncologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia	R\$ 285,00
Clínica Geral, Perícia Judicial, Ortopedia, Medicina do Trabalho	R\$ 200,00

### TABELA II

#### HONORÁRIOS DOS PERITOS SOCIAIS

Assistente Social	R\$ 175,00
-------------------	------------

**Artigo 6º.** Continuam em vigor as Portarias NUCOD/GO publicadas anteriormente, EXCETO os itens mencionados nesta Portaria.

**Artigo 7º.** Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

PUBLIQUE-SE, REGISTRE-SE, CUMPRA-SE.



**ROBERTO CARLOS DE OLIVEIRA**

Juiz Federal Coordenador dos Juizados Especiais Federais/GO

# ANEXO I - COM OS LAUDOS DOS MÉDICOS



SEÇÃO JUDICIÁRIA DE GOIÁS  
JUIZADO ESPECIAL FEDERAL  
Núcleo de Apoio à Coordenação dos  
Juizados Especiais Federais - NUCOD/GO

## DECLARAÇÃO DE IMPEDIMENTO PROFISSIONAL

nº. Processo:

Vara:

Autor(a):

Conforme dispõe o art. art. 138 , § 1º , do CPC, declaro para os devidos fins que estou impedido(a) de atuar como perito(a) médico(a) no presente processo judicial, devido a parte autora estar vinculado a mim na condição de

A parte autora foi encaminhada ao Núcleo de Apoio aos JEF's/GO para reagendamento da perícia médica.

Goiânia, 13 de Janeiro de 2015.

Perito Médico:

Especialidade:

CRM:



nº. Processo:

Vara:

Autor(a):

Informo que a parte autora **NÃO** apresentou exame(s)/relatório(s) suficientes à conclusão da perícia retro designada. Razão pela qual, encaminho os presentes autos à Central de Perícias para agendamento de nova perícia médica.

Outras observações:

---

Goiânia, 13 de Janeiro de 2015.

Perito Médico:

Especialidade:

CRM:



nº. Processo:

Vara:

Autor(a):

Informo que a parte autora **NÃO** compareceu à perícia médica nesta data.

Goiânia, 13 de Janeiro de 2015.

Perito Médico:

Especialidade:

CRM:



nº. Processo:

Vara:

Autor(a):

Considerando a prévia análise da documentação médica acostada aos presentes autos, declino-me do encargo designado e sugiro que a parte autora seja submetida à perícia médica na especialidade de

A parte autora foi encaminhada ao Núcleo de Apoio aos JEF's/GO para novo agendamento de perícia médica.

Goiânia, 13 de Janeiro de 2015.

Perito Médico:

Especialidade:

CRM:



nº. Processo:  Vara:   
Periciando:  RG:   
Grau de Instrução:  Data de Nascimento:

### PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

1 - O autor (aposentado por invalidez) necessita da assistência permanente de outra pessoa em sua residência? Desde quando?

2 - Quais são os atos da vida cotidiana que o autor só pode praticar com a ajuda de outra pessoa?

3 - Quais são os atos da vida cotidiana que o autor consegue praticar sozinho?

4 - O autor conseguiria sobreviver sem o auxílio de outra pessoa?

5 - Respostas quesitos autor/réu não contemplados nos itens anteriores:  Não se aplica

6 - Houve a participação de Assistente Técnico nomeado durante o ato pericial?

Sim  Não

Se SIM, indicar:

Nome:  Registro:

Goiânia,

Perito Médico:

Especialidade:



SEÇÃO JUDICIÁRIA DE GOIÁS  
JUIZADO ESPECIAL FEDERAL

Núcleo de Apoio à Coordenação dos  
Juizados Especiais Federais - NUCOD/GO

**AUXÍLIO-DOENÇA**  
**ACRÉSCIMO DE 25% APOSENTADORIA POR**  
**INVALIDEZ**

CRM:



nº. Processo:

Vara:

Autor(a):

RG:

Grau de Instrução:

Data de Nascimento:

### PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

1 - O(a) autor(a) é portador(a) de doença do trabalho ou sequelas de acidente que impliquem redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exercia?  Sim  Não

Especificar	CID

**Se positiva resposta anterior:**

1.1 - O acidente sofrido pela parte autora foi decorrente de acidente do trabalho?

Sim

Não

Não se aplica

1.2 - Qual a data de início da lesão/sequela/doença ocupacional (se for o caso)?

2 – Exame físico do periciando:

---

3 - Descrever o histórico (anamnese) do periciando, explicando como se deu o surgimento da doença/lesão/seqüela:

---

4 - Houve consolidação das lesões decorrentes do acidente? Justificar

---

5 - Indicar os exames comprobatórios:

---



6 - Indicar a ATIVIDADE LABORAL HABITUAL da parte autora:

---

6.1 - Se a atividade for “autônomo”, especificar a ocupação preponderante:

---

6.2 - O autor pode realizar sua atividade profissional habitual?  Sim  Não

6.2.1 - Em caso positivo, indicar se a realização de tal atividade demanda mais esforço após o acidente que vitimou o periciando, indicando o grau de intensidade.

---

6.3 - Em caso de redução da capacidade laboral para a atividade habitualmente exercida pelo periciando, indaga-se: As atribuições inerentes à profissão do periciando foram comprometidas? Em que grau de limitação?

---

6.4 - O autor é capaz de exercer atividade laboral diversa da que habitualmente exercia? Justificar:

---

7 - Qual a DATA DE INÍCIO OU A DATA MÍNIMA em que houve a **redução da capacidade laboral da parte autora**?

8 - Há possibilidade de reversão se a parte autora for submetida a intervenções cirúrgicas?

Sim  Não  Não se aplica

9 - Respostas quesitos autor/réu não contemplados nos itens anteriores:  Não se aplica

---

10 - Houve a participação de Assistente Técnico nomeado durante o ato pericial?

Sim  Não

Se SIM, indicar:



Nome:  Registro:

### 11 - OUTRAS ANOTAÇÕES:

---

Goiânia

Perito Médico:

Especialidade:

CRM:



nº. Processo:

Vara:

Periciando:

RG:

Grau de Instrução:

Data de Nascimento:

Profissão ou atividade habitual do periciando:

Histórico clínico (anamnese) e descrição do resultado do exame físico.

### PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

a) - O periciando é portador de doença ou lesão? Qual(is)? Informar o CID.

b) - A resposta ao quesito "a" decorre de quais exames ou meios de prova (documentos médicos relevantes apresentados pelo periciando - atestados, relatórios, exames, etc - que fundamentaram o exame pericial).

c) - Quais as limitações físicas ou intelectuais decorrentes da doença ou lesão? Descrever detalhadamente.

d) - É possível detalhar o quadro evolutivo da doença desde o início até a atualidade, esclarecendo se a incapacidade para o trabalho decorreu de progressão ou agravamento da doença?

e) - O periciando, em razão de seu quadro clínico, está incapacitado para o desempenho da atividade que habitualmente exercia? Por quê?



f) – O periciando está apto para desempenhar atividade diversa da sua atividade habitual? Que tipo de atividade?

g) – Caso a resposta aos dois quesitos anteriores seja afirmativa, informar se a incapacidade é definitiva ou se é possível a recuperação (temporária).

h) - É possível informar a data do início da doença? A incapacidade também ocorreu nesta data? Ou poderia ser indicada outra data? Responder fundamentadamente de acordo com os exames apresentados.

i) - Não sendo possível a aferição exata do início da incapacidade, utilizando-se da experiência profissional, da progressão da doença e do que comumente ocorre, seria possível indicar a época aproximada em que elas (tanto a doença como a incapacidade) provavelmente teriam iniciado?

j) - O periciando está sendo submetido a tratamento médico ou medicamentoso? É possível indicar se o tratamento está se mostrando eficaz e qual o prognóstico do tratamento?

k) - Necessita da assistência permanente de outra pessoa para executar as atividades da vida diária, tais como alimentar-se, vestir-se, locomover-se, cuidar de sua higiene pessoal etc? caso positivo, detalhar quais cuidados são necessários.

l) – Informações complementares e conclusões do Perito.

Goiânia,

Perito Médico:



SEÇÃO JUDICIÁRIA DE GOIÁS  
JUIZADO ESPECIAL FEDERAL

Núcleo de Apoio à Coordenação dos  
Juizados Especiais Federais - NUCOD/GO

## AUXÍLIO-DOENÇA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

Especialidade:

CRM:



nº. Processo:  Vara:

Periciando:  RG:

Grau de Instrução:  Data de Nascimento:

Profissão ou atividade habitual do periciando:

Histórico clínico (anamnese) e descrição do resultado do exame físico.

---

### PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

a) - O periciando é portador de doença ou lesão? Qual(is)? Informar o CID.

---

b) - O periciando tem diagnóstico de AIDS ou é HIV positivo?

---

c) - Estado atual da imunidade?  Normal  Baixa (imunodeprimido)

Últimos Exames: Data:  Carga Viral:  CD4:

d) - Há quanto tempo a doença se manifestou?

---

e) - O periciando está vulnerável a doenças oportunistas?

---

f) - Quais sintomas o periciando apresenta atualmente?

---



g) - No estágio atual o periciando sofre alguma limitação física ou intelectual decorrente da doença?

h) - A medicação utilizada provoca efeitos colaterais capazes de gerar incapacidade, ao menos temporária?

i) - A resposta ao quesito “a” decorre de quais exames ou meios de prova (documentos médicos relevantes apresentados pelo periciando - atestados, relatórios, exames, etc - que fundamentaram o exame pericial).

j) - Quais as limitações físicas ou intelectuais decorrentes da doença ou lesão? Descrever detalhadamente.

k) - É possível detalhar o quadro evolutivo da doença desde o início até a atualidade, esclarecendo se a incapacidade para o trabalho decorreu de progressão ou agravamento da doença?

l) – O periciando, em razão de seu quadro clínico, está incapacitado para o desempenho da atividade que habitualmente exercia? Por quê?

m) – O periciando está apto para desempenhar atividade diversa da sua atividade habitual? Que tipo de atividade?

n) – Caso a resposta aos dois quesitos anteriores seja afirmativa, informar se a incapacidade é definitiva ou se é possível a recuperação (temporária).

o) - É possível informar a data do início da doença? A incapacidade também ocorreu nesta data? Ou



poderia ser indicada outra data? Responder fundamentadamente de acordo com os exames apresentados.

p) - Não sendo possível a aferição exata do início da incapacidade, utilizando-se da experiência profissional, da progressão da doença e do que comumente ocorre, seria possível indicar a época aproximada em que elas (tanto a doença como a incapacidade) provavelmente teriam iniciado?

q) - O periciando está sendo submetido a tratamento médico ou medicamentoso? É possível indicar se o tratamento está se mostrando eficaz e qual o prognóstico do tratamento?

r) - Necessita do auxílio de terceiros para executar tarefas diárias em sua residência, como alimentação, higiene pessoal, etc? Caso positivo, detalhar quais cuidados são necessários.

s) – Informações complementares e conclusões do Perito.

Goiânia,

Perito Médico:

Especialidade:

CRM:



nº. Processo:

Vara:

Periciando:

RG:

Grau de Instrução:

Data de Nascimento:

Profissão ou atividade habitual do periciando:

Histórico clínico (anamnese) e descrição do resultado do exame físico.

### PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

a) - O periciando é portador de doença ou lesão? Qual(is)? Informar o CID.

b) - O periciando tem diagnóstico de **EPILEPSIA**?

c) - Há possibilidade de graduar a afecção do periciando (difícil, moderado ou fácil controle clínico)?

d) - Há histórico de crises (convulsões, desmaios, etc.) sofridas pelo periciando? Com que frequência elas acontecem?

e) - O uso de medicação controla totalmente a doença ou é possível que ela continue a se manifestar? Com que frequência?

f) - Quais os efeitos colaterais mais verificados com a utilização da medicação específica para **EPILEPSIA**? Eles podem atrapalhar ou impossibilitar as atividades exercidas pelo autor? Atividades ao ar livre e/ou que demandam grande esforço físico podem agravar o quadro?



g) - A resposta ao quesito “a” decorre de quais exames ou meios de prova (documentos médicos relevantes apresentados pelo periciando - atestados, relatórios, exames, etc - que fundamentaram o exame pericial).

h) - Quais as limitações físicas ou intelectuais decorrentes da doença ou lesão? Descrever detalhadamente.

i) - É possível detalhar o quadro evolutivo da doença desde o início até a atualidade, esclarecendo se a incapacidade para o trabalho decorreu de progressão ou agravamento da doença?

j) – O periciando, em razão de seu quadro clínico, está incapacitado para o desempenho da atividade que habitualmente exercia? Por quê?

k) – O periciando está apto para desempenhar atividade diversa da sua atividade habitual? Que tipo de atividade?

l) – Caso a resposta aos dois quesitos anteriores seja afirmativa, informar se a incapacidade é definitiva ou se é possível a recuperação (temporária).

m) - É possível informar a data do início da doença? A incapacidade também ocorreu nesta data? Ou poderia ser indicada outra data? Responder fundamentadamente de acordo com os exames apresentados.

n) - Não sendo possível a aferição exata do início da incapacidade, utilizando-se da experiência profissional, da progressão da doença e do que comumente ocorre, seria possível indicar a época



aproximada em que elas (tanto a doença como a incapacidade) provavelmente teriam iniciado?

o) - O periciando está sendo submetido a tratamento médico ou medicamentoso? É possível indicar se o tratamento está se mostrando eficaz e qual o prognóstico do tratamento?

p) - Precisa do auxílio de terceiros para executar tarefas diárias em sua residência, como alimentação, higiene pessoal, etc? Caso positivo, detalhar quais cuidados são necessários.

q) – Informações complementares e conclusões do Perito.

Goiânia,

Perito Médico:

Especialidade:

CRM:



SEÇÃO JUDICIÁRIA DE GOIÁS  
JUIZADO ESPECIAL FEDERAL

Núcleo de Apoio à Coordenação dos  
Juizados Especiais Federais - NUCOD/GO

## LAUDO MÉDICO COMPLEMENTAR - FOTOS

nº. Processo:

Vara:

Autor(a):

RG:

Benefício pleiteado:

Perito Médico:

### PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

Foto 01 -

Foto 02 -



SEÇÃO JUDICIÁRIA DE GOIÁS  
JUIZADO ESPECIAL FEDERAL

Núcleo de Apoio à Coordenação dos  
Juizados Especiais Federais - NUCOD/GO

## LAUDO MÉDICO COMPLEMENTAR - FOTOS

Foto 03 -

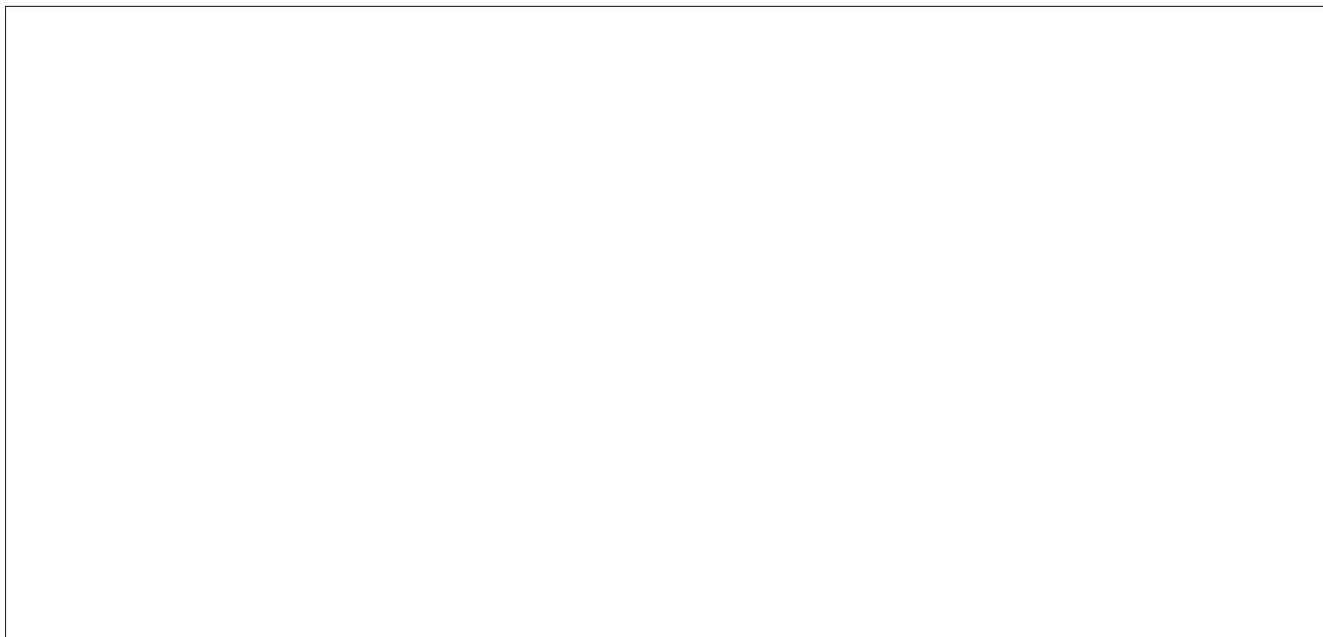


Foto 04 -





SEÇÃO JUDICIÁRIA DE GOIÁS  
JUIZADO ESPECIAL FEDERAL

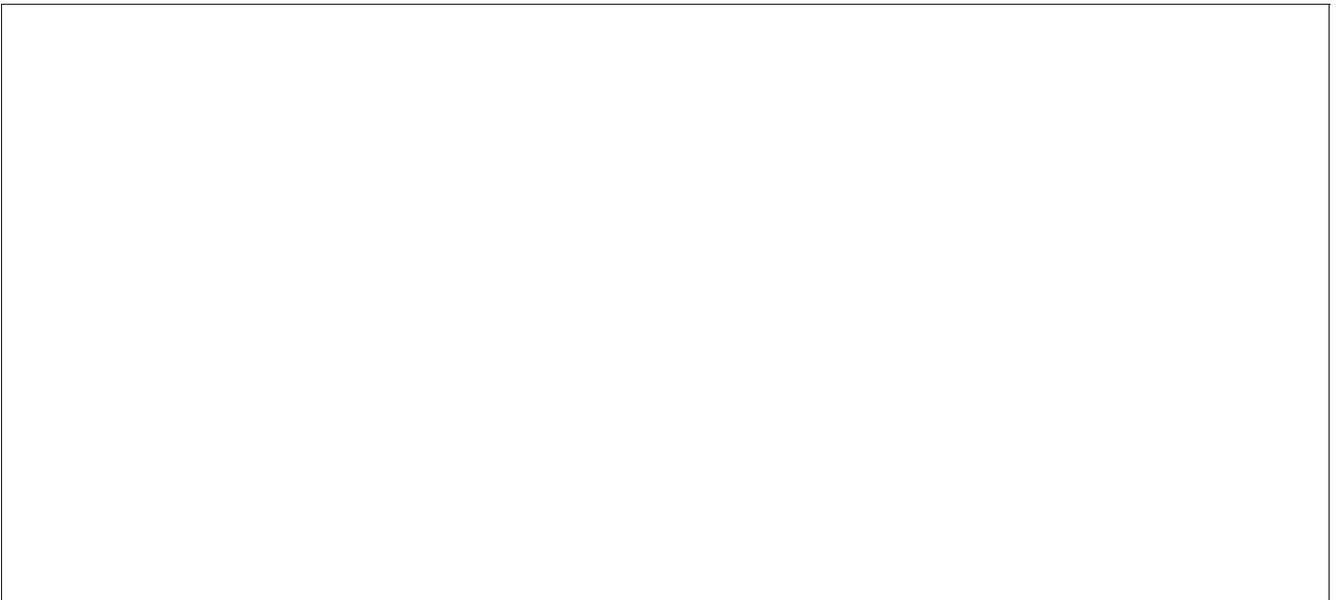
Núcleo de Apoio à Coordenação dos  
Juizados Especiais Federais - NUCOD/GO

## LAUDO MÉDICO COMPLEMENTAR - FOTOS

Foto 05 -



Foto 06 -





SEÇÃO JUDICIÁRIA DE GOIÁS  
JUIZADO ESPECIAL FEDERAL

Núcleo de Apoio à Coordenação dos  
Juizados Especiais Federais - NUCOD/GO

## LAUDO COMPLEMENTAR

nº. Processo:

Vara:

Autor(a):

RG:

Benefício pleiteado:

### PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

Responder aos quesitos complementares e/ou esclarecimentos apresentados no bojo dos referidos autos, indicando, inclusive, a data de registro da petição incidental que os enumera.

Goiânia

Perito Médico:

Especialidade:

CRM:



nº. Processo:

Vara:

Autor(a):

RG:

Grau de Instrução:

Data de Nascimento:

Profissão ou atividade habitual do periciando: \_\_\_\_\_

Histórico clínico (anamnese) e descrição do resultado do exame físico.

\_\_\_\_\_

## PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

a) - O periciando apresenta algum impedimento de natureza física, intelectual ou sensorial. Qual a natureza do impedimento? Especificar a lesão, doença ou sequela e informar o CID. Quais as limitações físicas ou intelectuais decorrentes do referido quadro?

\_\_\_\_\_

b) - O periciando tem diagnóstico de AIDS ou é HIV positivo?

\_\_\_\_\_

c) - c) - Estado atual da imunidade?  Normal  Baixa (imunodeprimido)

Últimos Exames: Data:

Carga Viral:

CD4:

d) - Há quanto tempo a doença se manifestou?

\_\_\_\_\_

e) - O periciando está vulnerável a doenças oportunistas?

\_\_\_\_\_

f) - Quais sintomas o periciando apresenta atualmente?



g) - No estágio atual o periciando sofre alguma limitação física ou intelectual decorrente da doença?

h) - A medicação utilizada provoca efeitos colaterais capazes de gerar incapacidade, ao menos temporária?

i) - A resposta ao quesito “a” decorre de quais exames ou meios de prova (documentos médicos relevantes apresentados pelo periciando - atestados, relatórios, exames, etc - que fundamentaram o exame pericial).

j) - É possível informar a data do início da doença? O impedimento também ocorreu nesta data? Ou poderia ser indicada outra data? Responder fundamentadamente de acordo com os exames apresentados.

k) - Não sendo possível a aferição exata do início do impedimento, utilizando-se da experiência profissional, da progressão da doença e do que comumente ocorre, seria possível indicar a época aproximada em que teriam iniciado?

l) - O periciando está sendo submetido a tratamento médico ou medicamentoso? É possível indicar se o tratamento está se mostrando eficaz e qual o prognóstico do tratamento?

m) - O impedimento pode ser considerado de longo prazo (superior a dois anos, podendo ser considerado o período anterior e posterior à perícia)?

n) - **CASO SEJA MAIOR DE 16 ANOS** - Referido quadro clínico impede o exercício de atividade laboral remunerada mediante inserção no mercado de trabalho formal, ou o exercício de atividade apta a geração de renda?



o) - **CASO SEJA MENOR DE 16 ANOS** - Referido quadro clínico impede ou limita o desempenho de atividades próprias da idade do periciando (aprendizado, recreação, esportes, etc)? Descreva o impacto provocado.

p) - Necessita do auxílio de terceiros para executar tarefas diárias em sua residência, como alimentação, higiene pessoal, etc? Caso positivo, detalhar quais cuidados são necessários.

q) – Informações complementares e conclusões do Perito.

Goiânia,

Perito Médico:

Especialidade:

CRM:



nº. Processo:

Vara:

Autor(a):

RG:

Grau de Instrução:

Data de Nascimento:

Profissão ou atividade habitual do periciando:

Histórico clínico (anamnese) e descrição do resultado do exame físico.

## PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

a) - O periciando apresenta algum impedimento de natureza física, intelectual ou sensorial. Qual a natureza do impedimento? Especificar a lesão, doença ou seqüela e informar o CID. Quais as limitações físicas ou intelectuais decorrentes do referido quadro?

b) - O periciando tem diagnóstico de **EPILEPSIA**?

c) - Há possibilidade de graduar a afecção do periciando (difícil, moderado ou fácil controle clínico)?

d) - Há histórico de crises (convulsões, desmaios, etc.) sofridas pelo periciando? Com que frequência elas acontecem?

e) - O uso de medicação controla totalmente a doença ou é possível que ela continue a se manifestar? Com que frequência?

f) - Quais os efeitos colaterais mais verificados com a utilização da medicação específica para



**EPILEPSIA?** Eles podem atrapalhar ou impossibilitar as atividades exercidas pelo autor? Atividades ao ar livre e/ou que demandam grande esforço físico podem agravar o quadro?

g) - A resposta ao quesito “a” decorre de quais exames ou meios de prova (documentos médicos relevantes apresentados pelo periciando - atestados, relatórios, exames, etc - que fundamentaram o exame pericial).

h) - É possível informar a data do início da doença? O impedimento também ocorreu nesta data? Ou poderia ser indicada outra data? Responder fundamentadamente de acordo com os exames apresentados.

i) - Não sendo possível a aferição exata do início do impedimento, utilizando-se da experiência profissional, da progressão da doença e do que comumente ocorre, seria possível indicar a época aproximada em que teriam iniciado?

j) - O periciando está sendo submetido a tratamento médico ou medicamentoso? É possível indicar se o tratamento está se mostrando eficaz e qual o prognóstico do tratamento?

k) - O impedimento pode ser considerado de longo prazo (superior a dois anos, podendo ser considerado o período anterior e posterior à perícia)?

l) - **CASO SEJA MAIOR DE 16 ANOS** - Referido quadro clínico impede o exercício de atividade laboral remunerada mediante inserção no mercado de trabalho formal, ou o exercício de atividade apta a geração de renda?

m) - **CASO SEJA MENOR DE 16 ANOS** - Referido quadro clínico impede ou limita o desempenho de atividades próprias da idade do periciando (aprendizado, recreação, esportes, etc)? Descreva o impacto provocado.



n) - Necessita do auxílio de terceiros para executar tarefas diárias em sua residência, como alimentação, higiene pessoal, etc? Caso positivo, detalhar quais cuidados são necessários.

o) – Informações complementares e conclusões do Perito.

Goiânia,

Perito Médico:

Especialidade:

CRM:



nº. Processo:

Vara:

Autor(a):

RG:

Grau de Instrução:

Data de Nascimento:

Profissão ou atividade habitual do periciando:

Histórico clínico (anamnese) e descrição do resultado do exame físico.

### PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

a) - O periciando apresenta algum impedimento de natureza física, intelectual ou sensorial. Qual a natureza do impedimento? Especificar a lesão, doença ou sequela e informar o CID. Quais as limitações físicas ou intelectuais decorrentes do referido quadro?

b) - A resposta ao quesito "a" decorre de quais exames ou meios de prova (documentos médicos relevantes apresentados pelo periciando - atestados, relatórios, exames, etc - que fundamentaram o exame pericial).

c) - É possível informar a data do início da doença? O impedimento também ocorreu nesta data? Ou poderia ser indicada outra data? Responder fundamentadamente de acordo com os exames apresentados.

d) - Não sendo possível a aferição exata do início do impedimento, utilizando-se da experiência profissional, da progressão da doença e do que comumente ocorre, seria possível indicar a época aproximada em que teriam iniciado?

e) - O periciando está sendo submetido a tratamento médico ou medicamentoso? É possível indicar se o tratamento está se mostrando eficaz e qual o prognóstico do tratamento?



f) - O impedimento pode ser considerado de longo prazo (superior a dois anos, podendo ser considerado o período anterior e posterior à perícia)?

g) - **CASO SEJA MAIOR DE 16 ANOS** - Referido quadro clínico impede o exercício de atividade laboral remunerada mediante inserção no mercado de trabalho formal, ou o exercício de atividade apta a geração de renda?

h) - **CASO SEJA MENOR DE 16 ANOS** - Referido quadro clínico impede ou limita o desempenho de atividades próprias da idade do periciando (aprendizado, recreação, esportes, etc)? Descreva o impacto provocado.

i) - Necessita do auxílio de terceiros para executar tarefas diárias em sua residência, como alimentação, higiene pessoal, etc? Caso positivo, detalhar quais cuidados são necessários.

j) - Informações complementares e conclusões do Perito.

Goiânia,

Perito Médico:

Especialidade:

CRM:



nº. Processo:

Vara:

Periciando:

RG:

Grau de Instrução:

Data de Nascimento:

Profissão ou atividade habitual do periciando:

Histórico clínico (anamnese) e descrição do resultado do exame físico.

### PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

1 - O(a) autor(a), sofre de alguma enfermidade? Se sim, esclareça o Sr. Perito, de forma minudente, qual a natureza e a gravidade da enfermidade sofrida pela parte autora.

2 - O SUS fornece tratamento adequado para a moléstia sofrida pela parte autora, bem como se existe substituto similar na rede pública?

3 - Há um “protocolo médico” orientando o tratamento da enfermidade da parte autora? Em caso afirmativo, especifique se este protocolo foi seguido integralmente, caso contrário, em que etapa se encontra.

4 - Há evidências científicas quanto aos resultados obtidos com a utilização do tratamento solicitado pela autora? Há reconhecimento, pela comunidade científica, quanto aos resultados do tratamento solicitado pela autora?

5 - Há como comprovar se o tratamento solicitado terá resultado razoável e/ou eficaz, no caso concreto dos autos?

Goiânia,

Perito Médico:

Especialidade:

CRM:



nº. Processo:	<input type="text"/>	Vara:	<input type="text"/>
Periciando:	<input type="text"/>	RG:	<input type="text"/>
Grau de Instrução:	<input type="text"/>	Data de Nascimento:	<input type="text"/>
Nome do Instituidor:	<input type="text"/>		
Data do Óbito:	<input type="text"/>		
Profissão ou atividade habitual do periciando:	<input type="text"/>		

Histórico clínico (anamnese) e descrição do resultado do exame físico.

### PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

a) - O periciando é portador de doença ou lesão? Qual(is)? Informar o CID.

b) - A resposta ao quesito "a" decorre de quais exames ou meios de prova (documentos médicos relevantes apresentados pelo periciando - atestados, relatórios, exames, etc - que fundamentaram o exame pericial).

c) - Quais as limitações físicas ou intelectuais decorrentes da doença ou lesão? Descrever detalhadamente.

d) - O periciando, em razão de seu quadro clínico, está incapacitado para o desempenho de toda e qualquer atividade laboral? Caso a incapacidade seja parcial descrever qual o impacto da mesma no desempenho de atividades laborativas.

e) - O periciando necessita do auxílio de terceiros para executar tarefas diárias em sua residência,



como alimentação, higiene pessoal, etc? Caso positivo, detalhar quais cuidados são necessários.

f) – Caso constatada a existência de incapacidade, informar se é definitiva ou se é possível a recuperação (temporária).

g) – Em caso de existência de incapacidade informar se ela é anterior ao óbito do instituidor.

h) - Não sendo possível a aferição exata do início da incapacidade, utilizando-se da experiência profissional, da progressão da doença e do que comumente ocorre, seria possível indicar se ela provavelmente é anterior ao óbito do instituidor?

i) - Informações complementares e conclusões do Perito.

Goiânia,

Perito Médico:

Especialidade:

CRM:



nº. Processo:

Vara:

Autor(a):

RG:

Grau de Instrução:

Data de Nascimento:

Benefício pleiteado:

## PERÍCIA MÉDICA OFICIAL

1 - Respostas quesitos judiciais:

---

2 - Respostas quesitos autor/réu não contemplados no item anterior:  Não se aplica

---

3 - Houve a participação de Assistente Técnico nomeado durante o ato pericial?

Sim  Não

Se SIM, indicar:

Nome:

Registro:

4 - OUTRAS ANOTAÇÕES:

---

Goiânia

Perito Médico:

Especialidade:

CRM:

**ESTUDO SOCIOECONÔMICO**

Processo nº. :

Vara:

**1. SITUAÇÃO PESSOAL**

Nome do (a)Autor(a):

Data de Nascimento:

Idade:

Estado Civil:

Naturalidade:

Escolaridade:

Profissão:

Endereço:

Cidade:

Telefone:

 próprio  de contato

1.1 O PERICIANDO já exerceu alguma atividade remunerada? Especificar quais e em que empresas. Quando deixou de exercer?

1.2 Qual a formação profissional do PERICIANDO, inclusive possíveis cursos profissionalizantes dos quais participou?

1.3 Atualmente, o PERICIANDO encontra-se desenvolvendo alguma atividade profissional, doméstica, social, de lazer? Especificar. Em caso negativo, esclarecer porque não.

1.4 O PERICIANDO está estudando (se menor de 18 anos)? Caso positivo, qual o seu rendimento escolar e como é o relacionamento no âmbito escolar? Caso negativo, porque não está freqüentando



a escola?

1.5 O PERICIADO possui alguma renda pessoal? Especificar.

## 2. SITUAÇÃO FAMILIAR

2.1 Relacionar quais pessoas residem juntamente com o PERICIANDO, bem como o grau de parentesco, a idade, a atividade e renda de cada um.

NOME/ ESTADO CIVIL/CPF	PARENTESCO	IDADE	ATIVIDADE	RENDA

Obs. Caso a pessoa não possua CPF deve ser consignada data de nascimento e o nome da mãe.

2.2 No caso de residirem com o PERICIANDO outras pessoas que não sejam os pais, cônjuges/companheiros, filhos e irmãos menores de 21 anos (como netos, tios, sobrinhos etc), justificar o porquê de residirem no mesmo local.

2.3 Indicar os familiares (filhos ou pais) do periciando que residem em outro endereço, especificando o grau de parentesco, a idade, a atividade profissional, renda aproximada e se possível o CPF ou nome completo e o nome da mãe do familiar informado.

2.4 O PERICIANDO ou o grupo familiar recebem ajuda financeira de terceiros que não residentes na casa? Especificar a origem, valor e periodicidade da ajuda.



### 3. CONDIÇÕES DE MORADIA e PATRIMÔNIO FAMILIAR

3.1 CASA:  própria  alugada  financiada  cedida outros:

3.2 Descrever as condições do imóvel, estado de conservação, quantidade de cômodos, principais móveis e eletrodoméstico com o respectivo estado de conservação.

3.3 Descrever as condições do bairro (setor) onde a residência esta localizada, como acesso energia elétrica, água encanada, saneamento básico, pavimentação, equipamentos urbanos, etc:

3.4 O PERICIANDO ou alguma das pessoas que com ele residem possui outro imóvel (que não seja a casa da família), veículo, aplicações financeiras ou bens móveis de valor destacado? Especificar.

### 4. SAÚDE DA FAMÍLIA

4.1 Existem pessoas doentes na família? Quais são elas? Detalhe os principais problemas de saúde citados.

4.2 O periciando ou algum membro da família fazem uso contínuo de medicamentos? Quais? São fornecidos pela rede pública? Qual o gasto estimado daqueles que não são fornecidos?

### 5. DESPESAS

5.1 Quais os gastos médios (mensais) com moradia, água, energia elétrica, telefone, alimentação e transporte?



5.2 O PERICIANDO ou seus familiares possui algum tipo de despesa extraordinária (excluídas alimentação, vestimenta, moradia etc)? Especificar a despesa, o seu valor e periodicidade.

6. Outros esclarecimentos que julgar necessários para aferir as condições do periciado de prover a própria subsistência ou de tê-la provida por sua família:

7. CONCLUSÃO

8. IMAGENS (pelo menos uma foto de cada cômodo, da fachada e do contexto onde a moradia está inserida)

Goiânia,

Assistente Social:

CRESS :



## ANEXO A – FOTOS

Foto 01 -

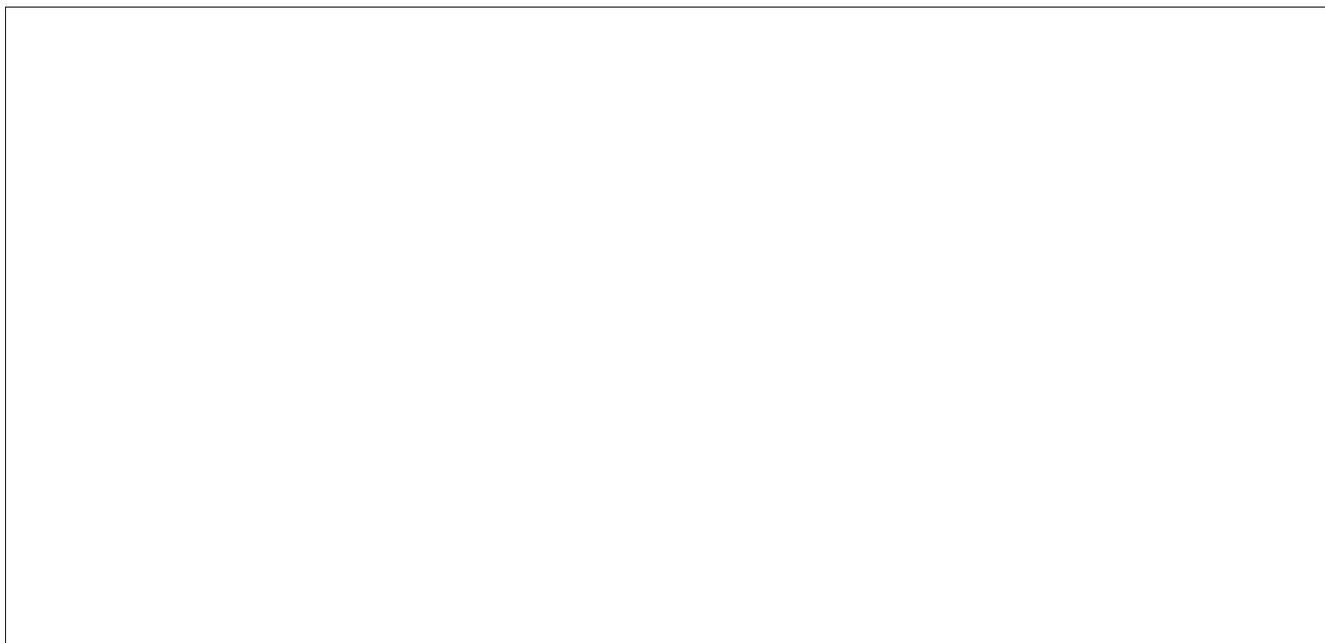
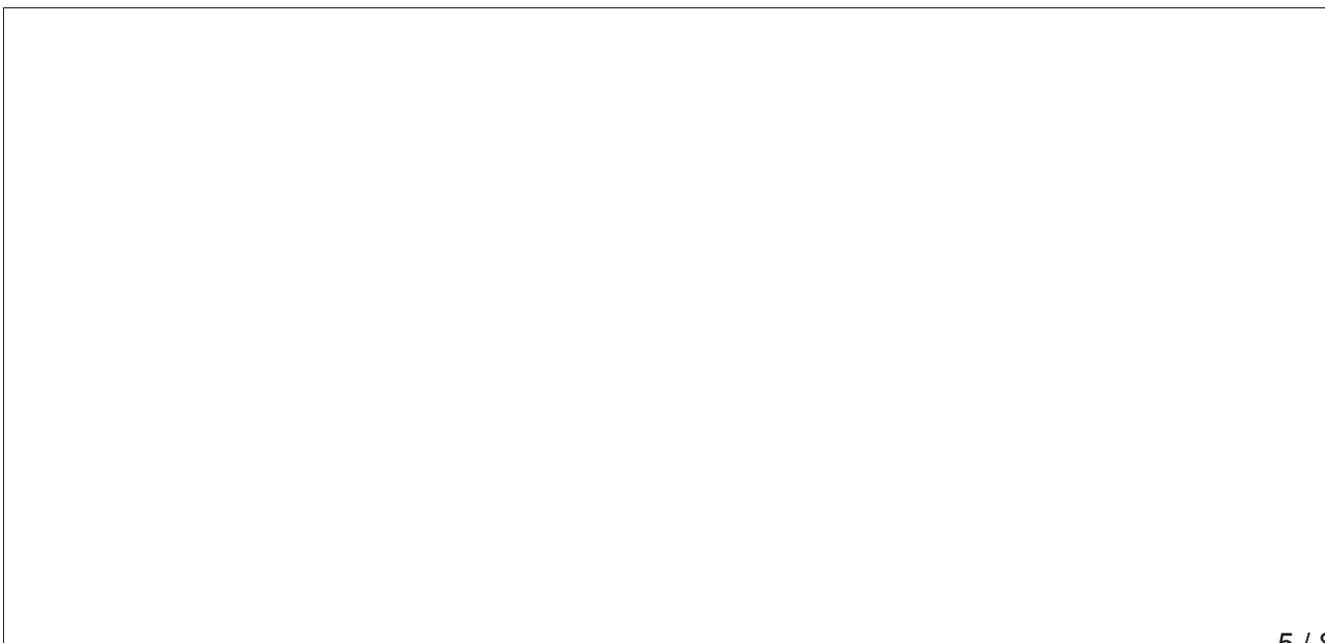


Foto 02 -





**ANEXO A – FOTOS**

Foto 03 -

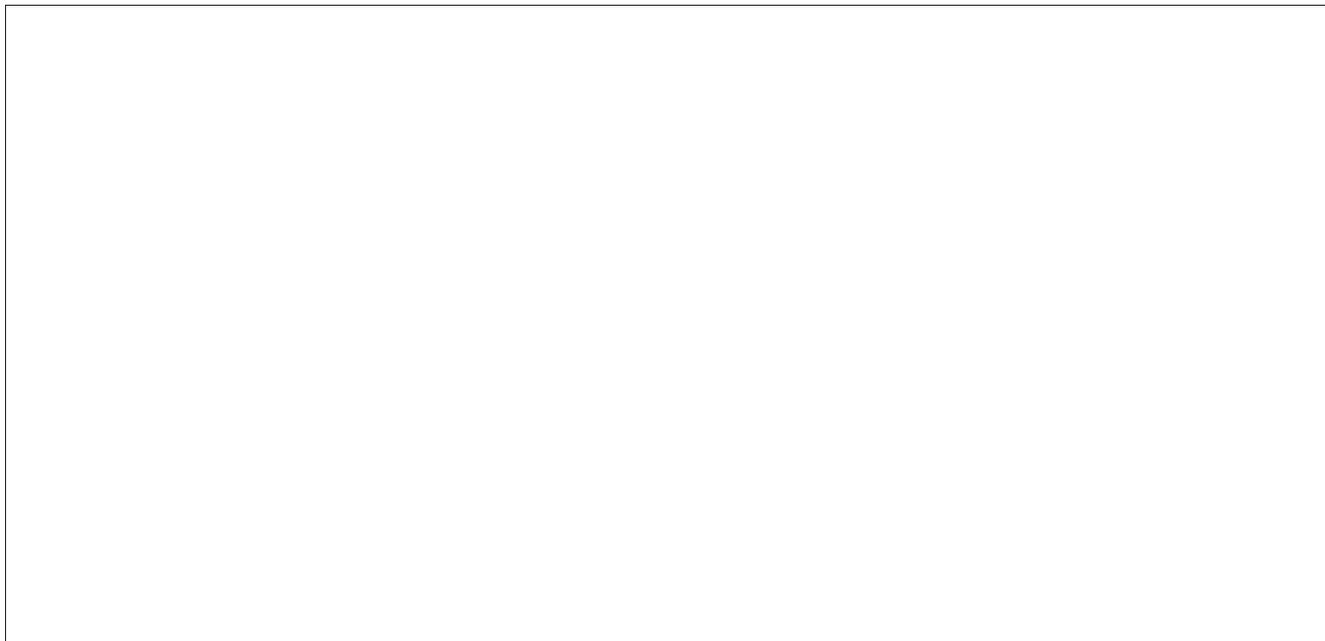
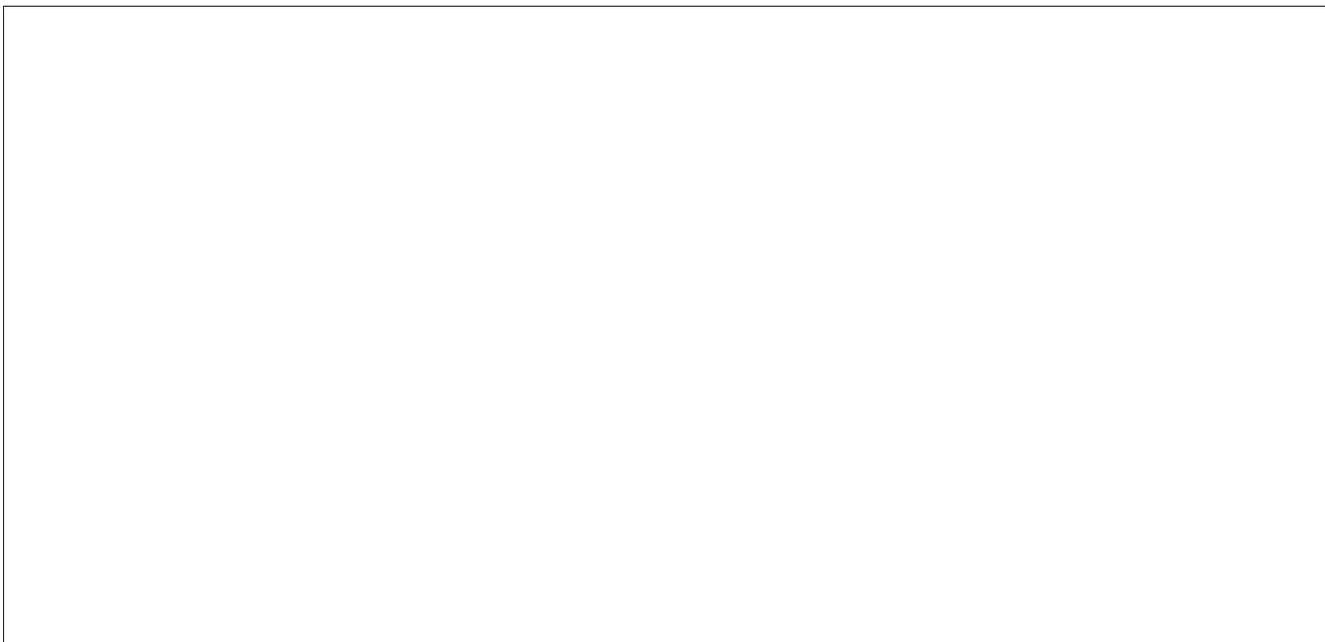


Foto 04 -





**ANEXO A – FOTOS**

Foto 05 -

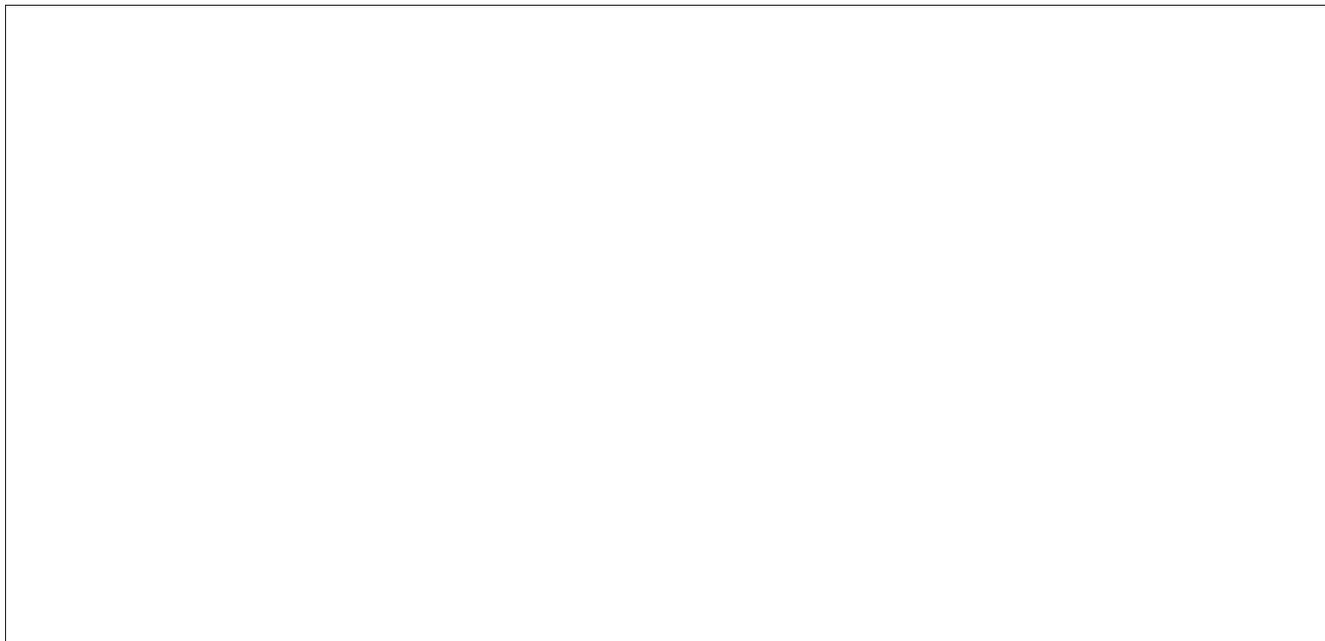
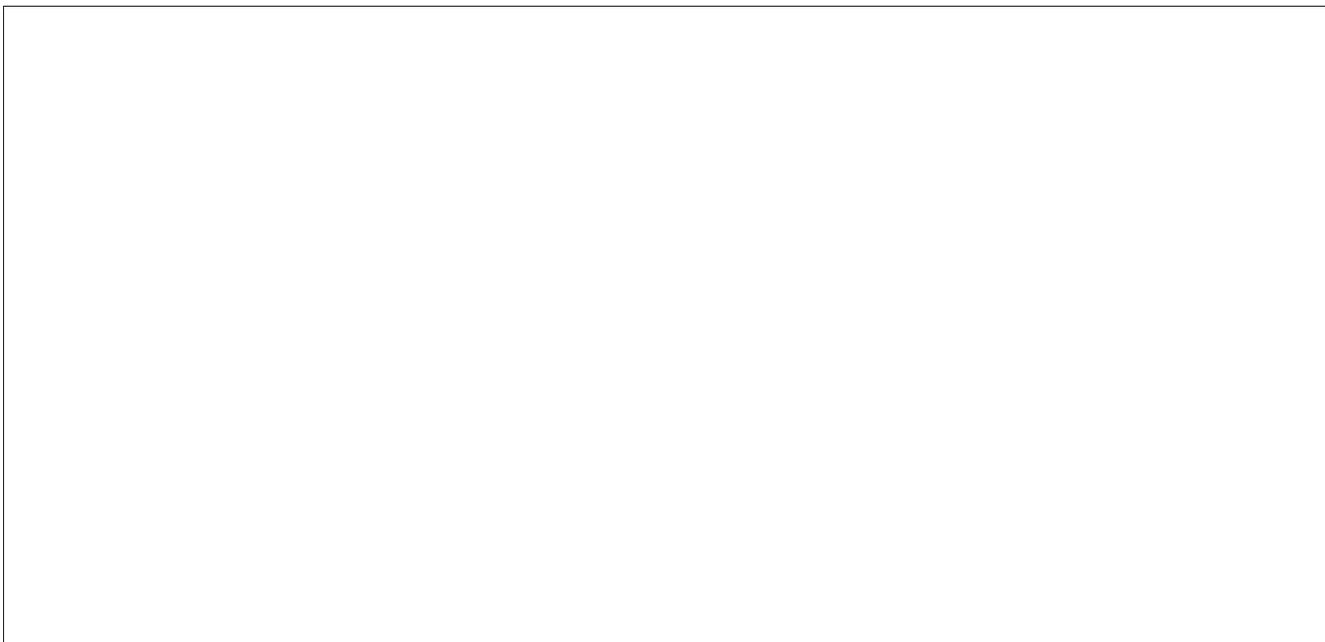


Foto 06 -





**ANEXO A – FOTOS**

Foto 07 -

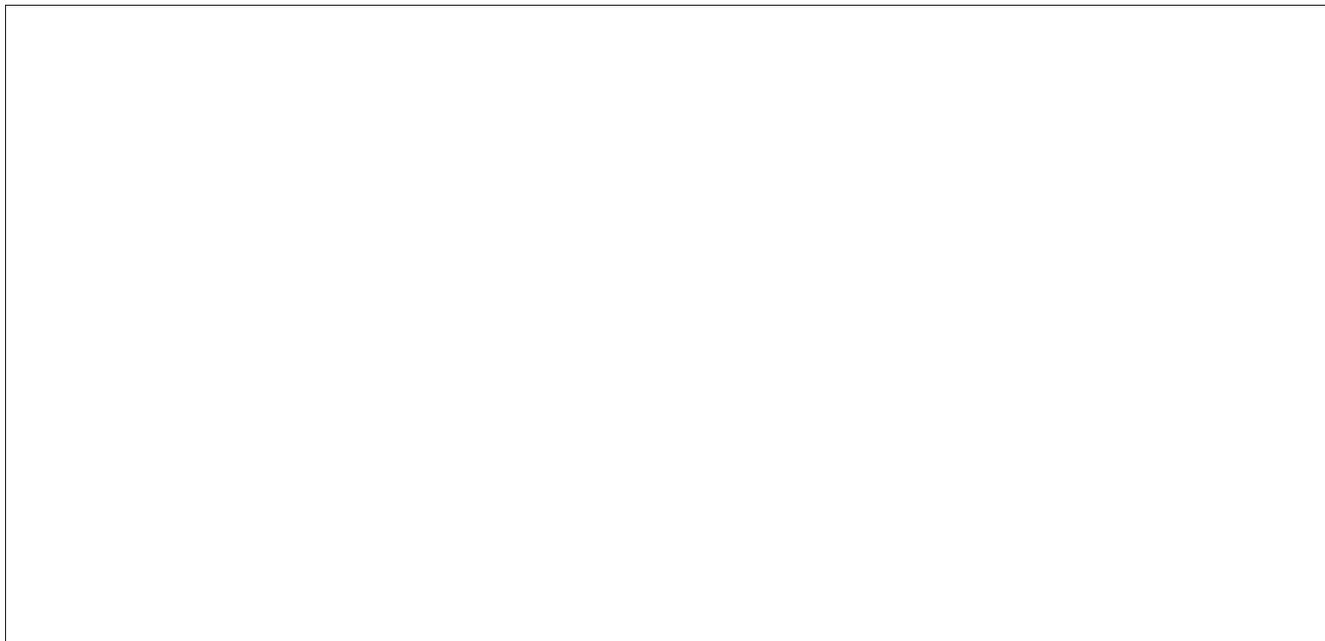
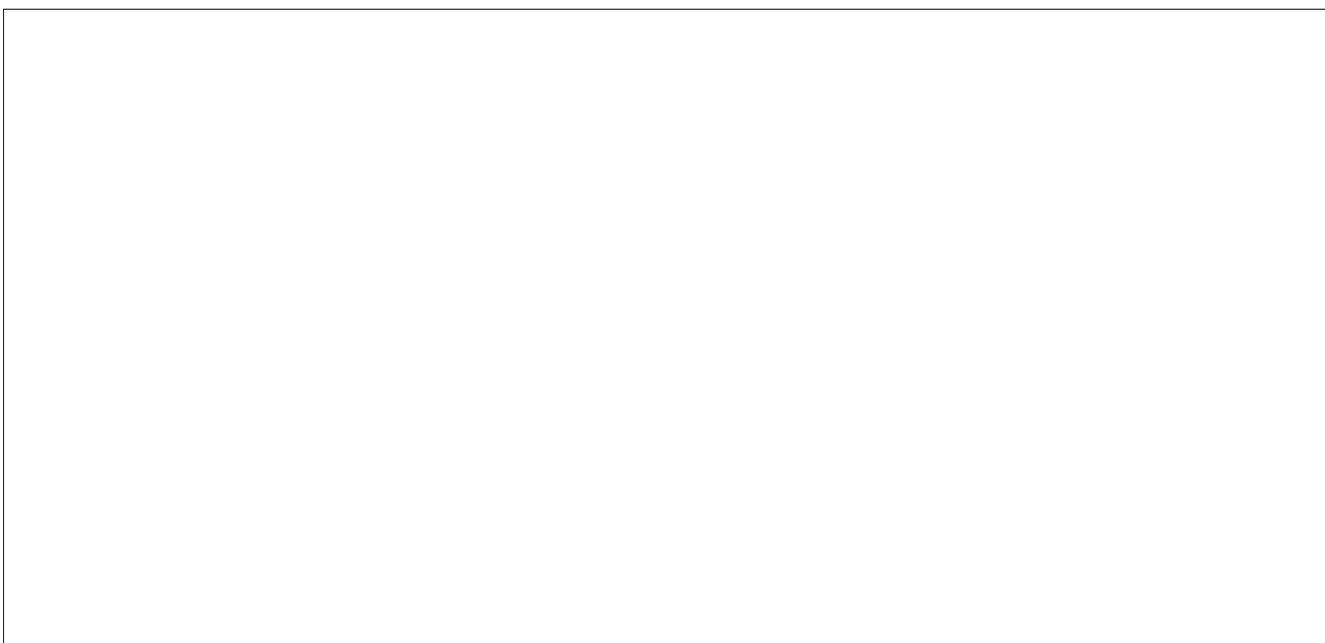


Foto 08 -





**ESTUDO SOCIOECONÔMICO**

Processo nº. :

Vara:

**1. SITUAÇÃO PESSOAL**

Nome do (a) Autor(a):

Data de Nascimento:

Idade:

Estado Civil:

Naturalidade:

Escolaridade:

Profissão:

Endereço:

Cidade:

Telefone:

próprio  de contato

1.1 OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

Goiânia,

Assistente Social:

CRESS :



## ANEXO A – FOTOS

Foto 01 -

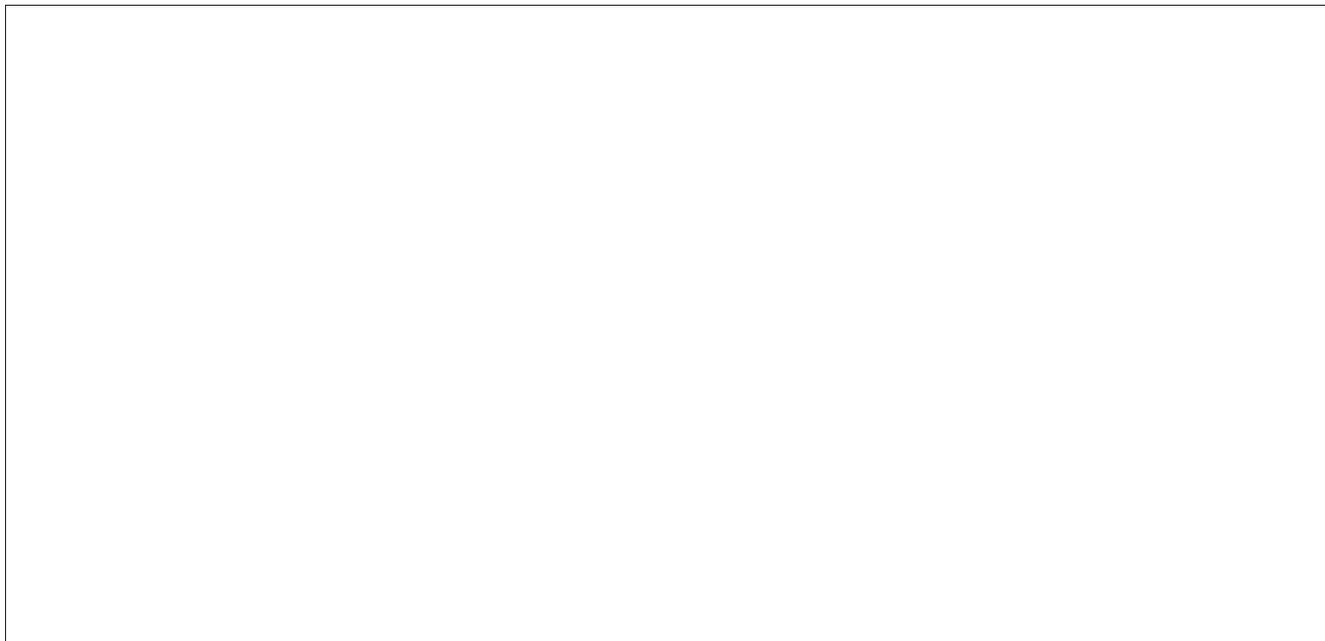
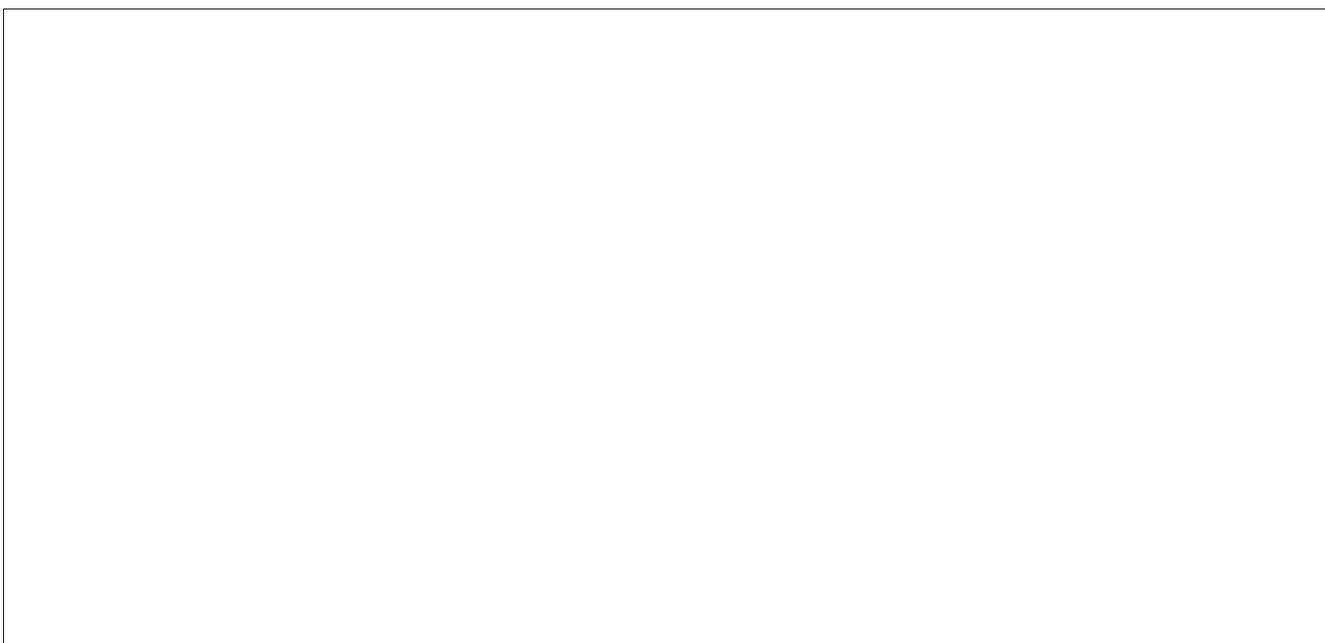


Foto 02 -





## ANEXO A – FOTOS

Foto 03 -

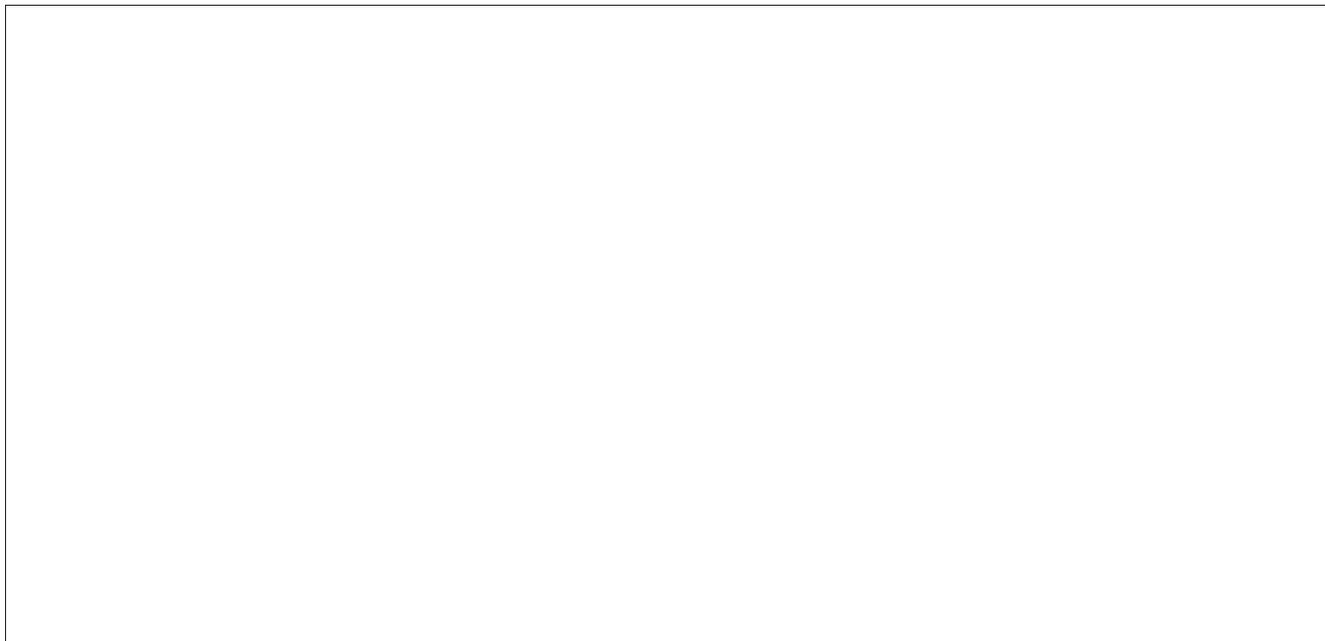
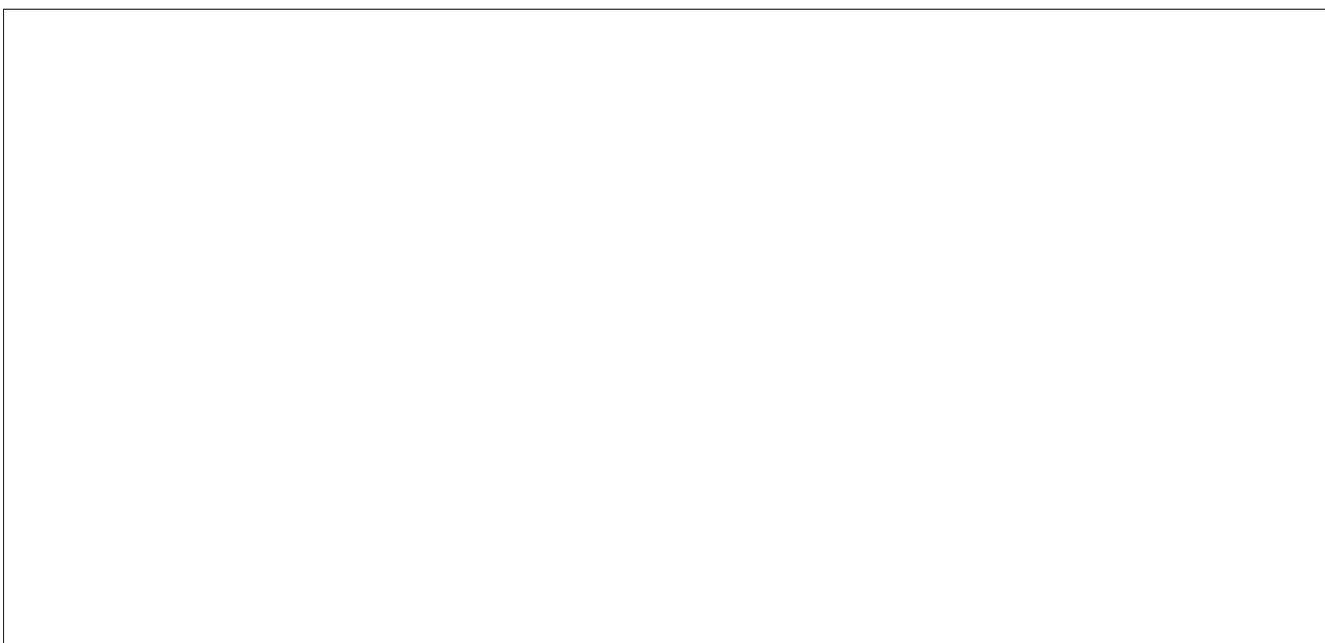


Foto 04 -





## ANEXO A – FOTOS

Foto 05 -

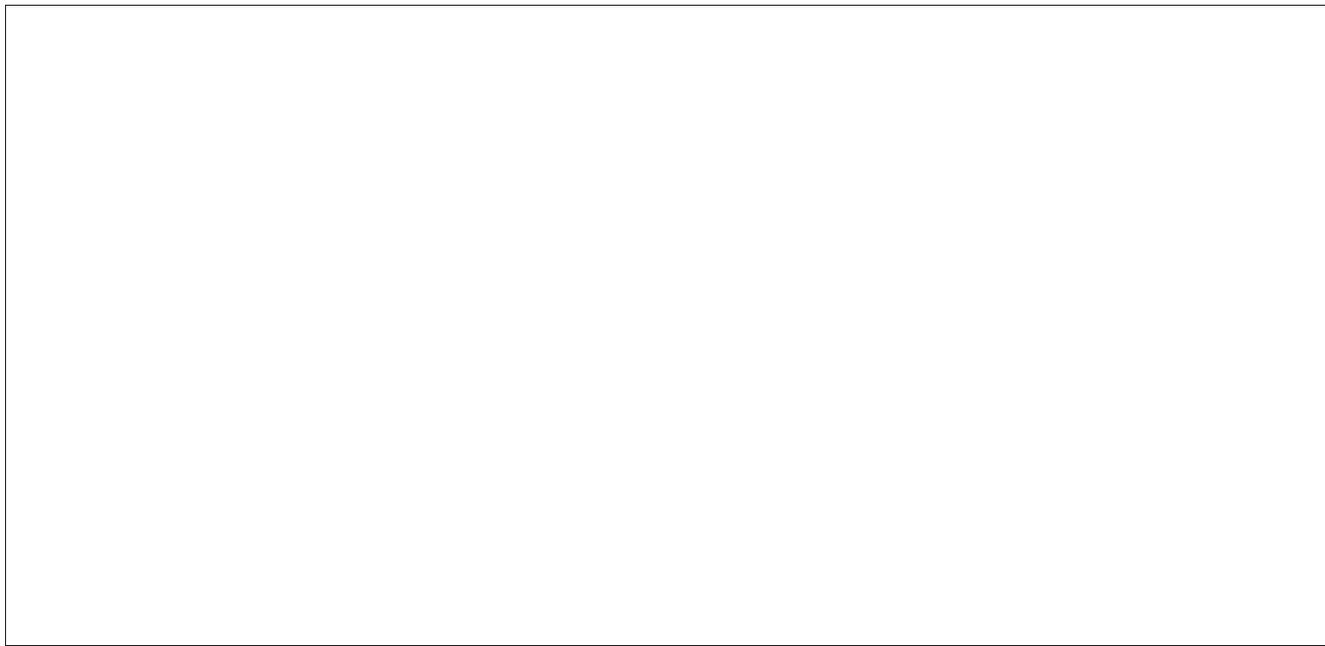
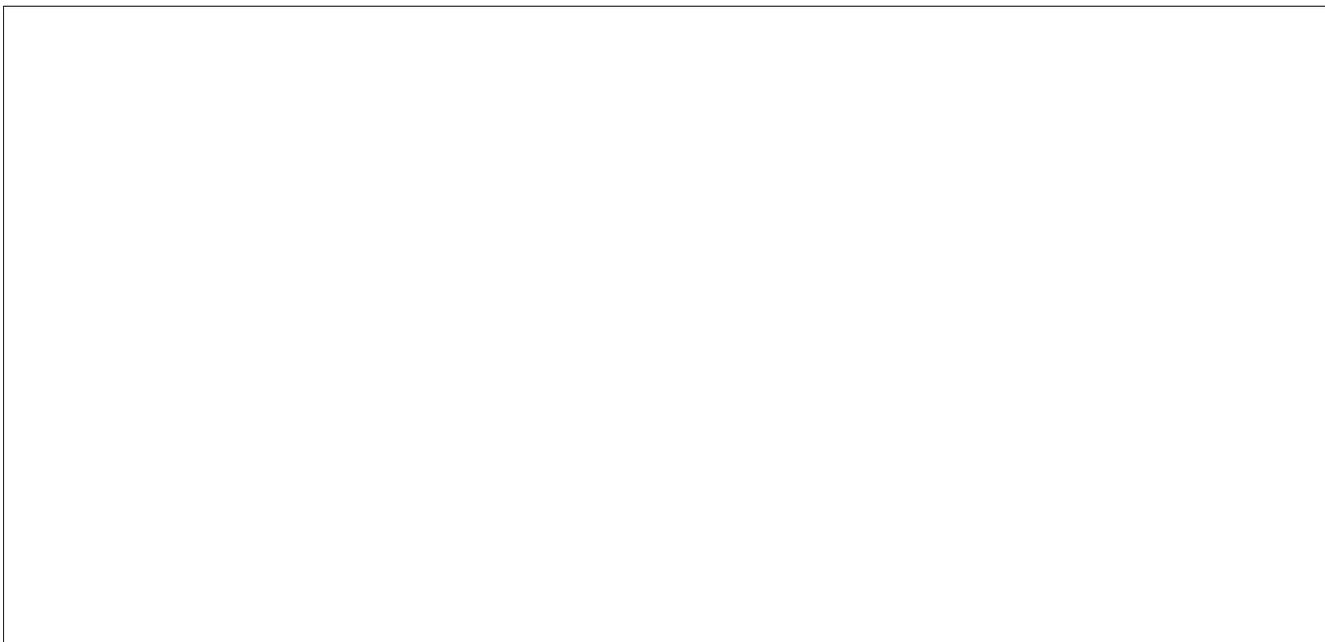


Foto 06 -





## ANEXO A – FOTOS

Foto 07 -

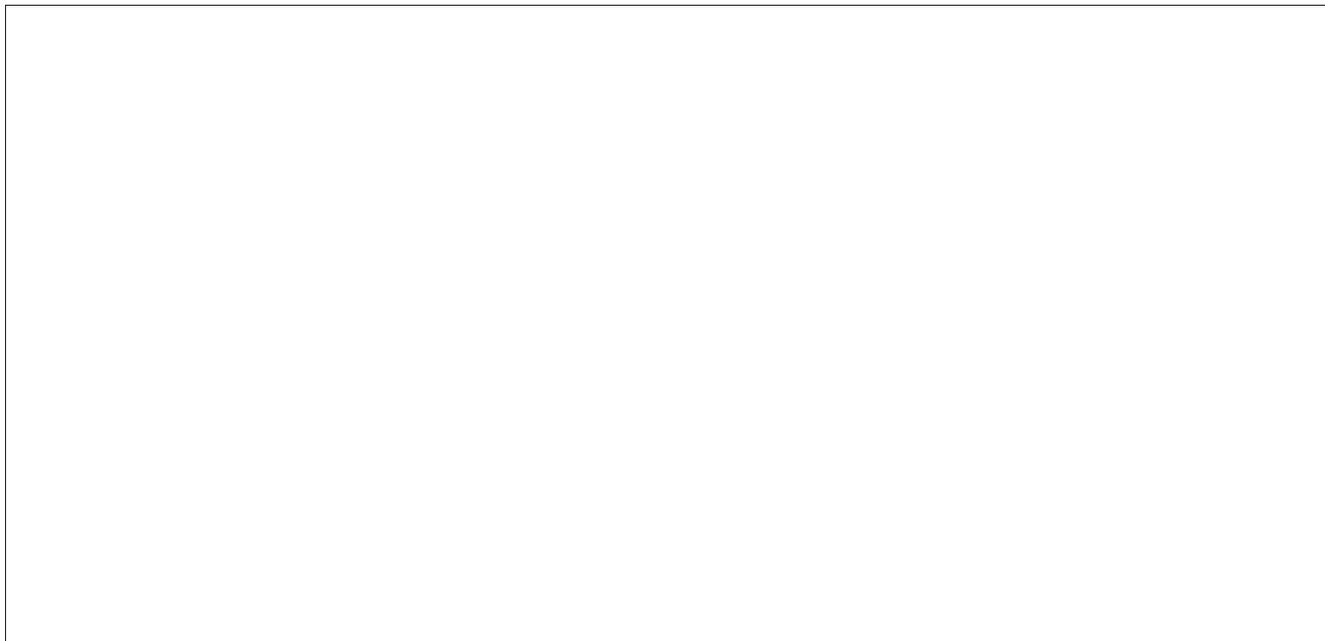
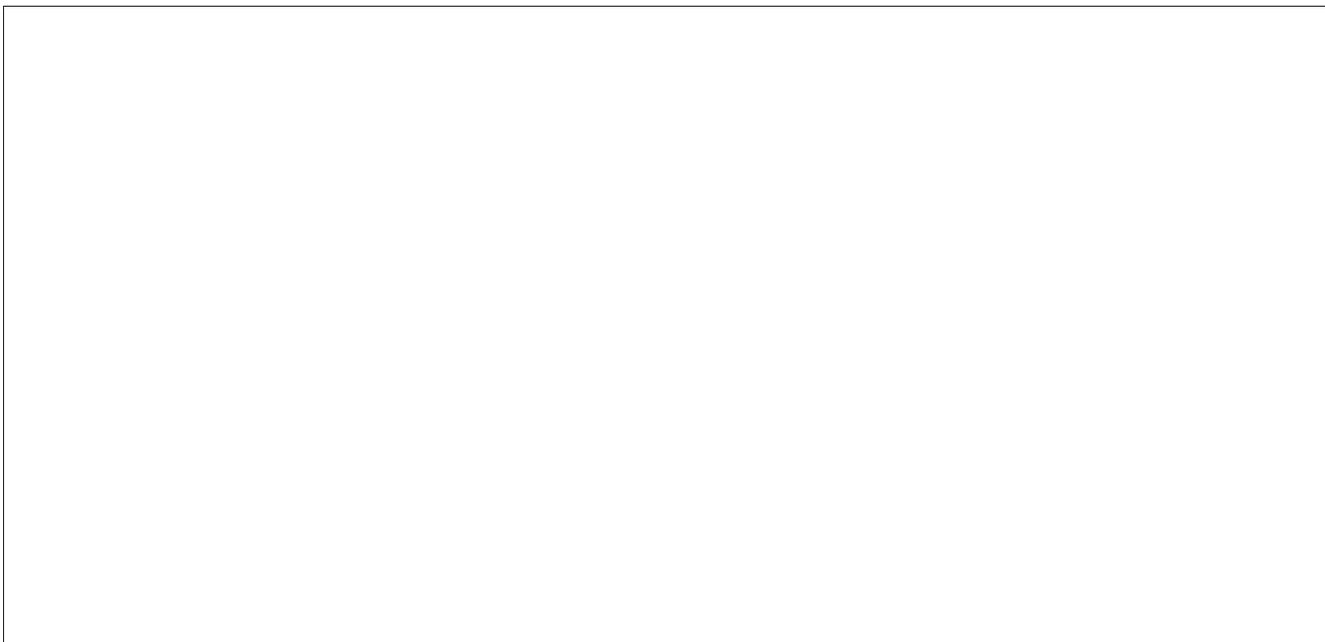


Foto 08 -





## ANEXO A – FOTOS

Foto 09 -

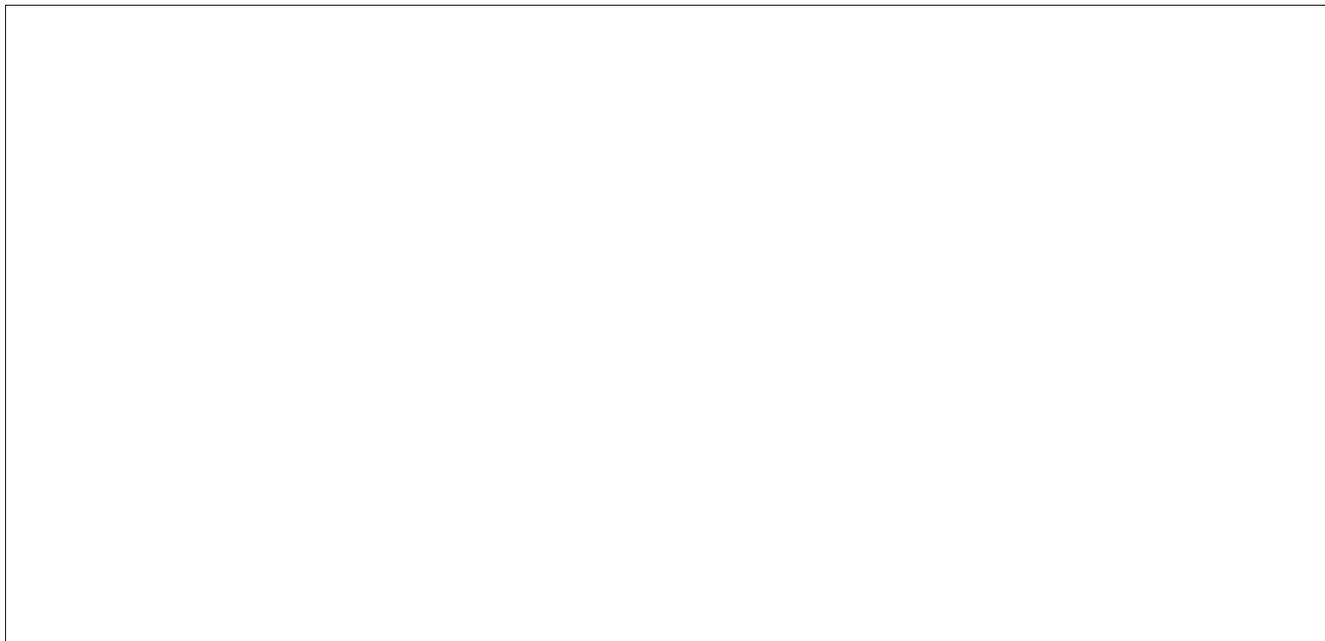


Foto 10 -

