

**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:



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 -

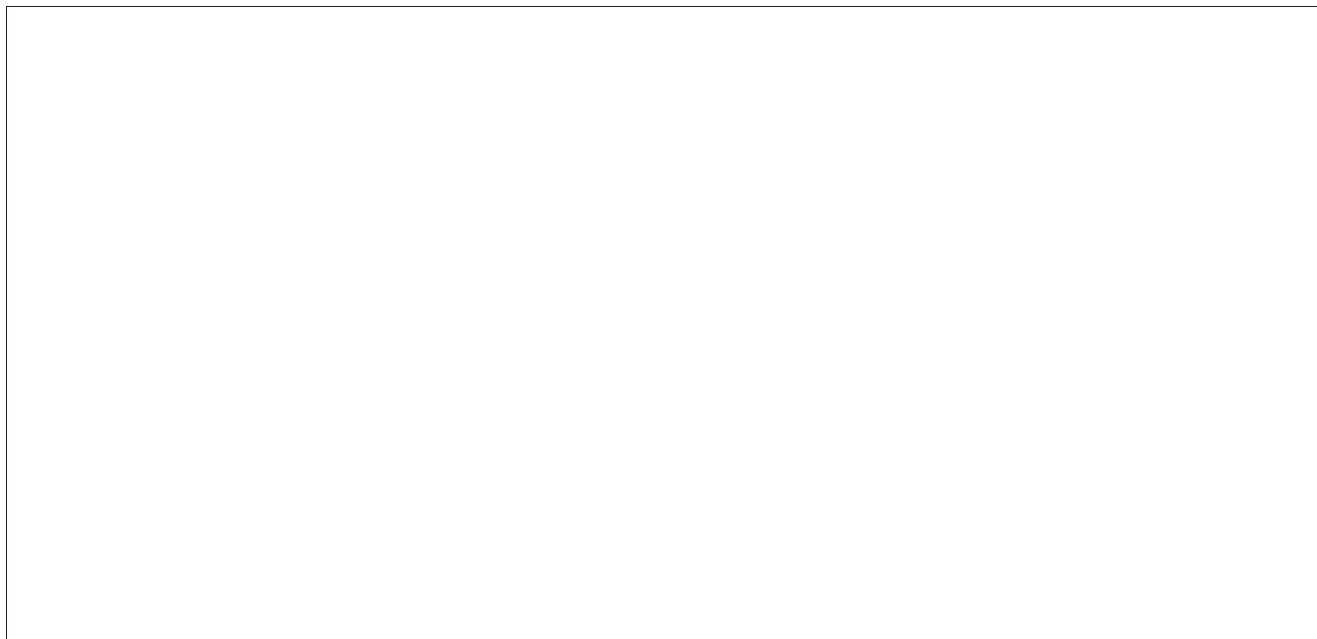
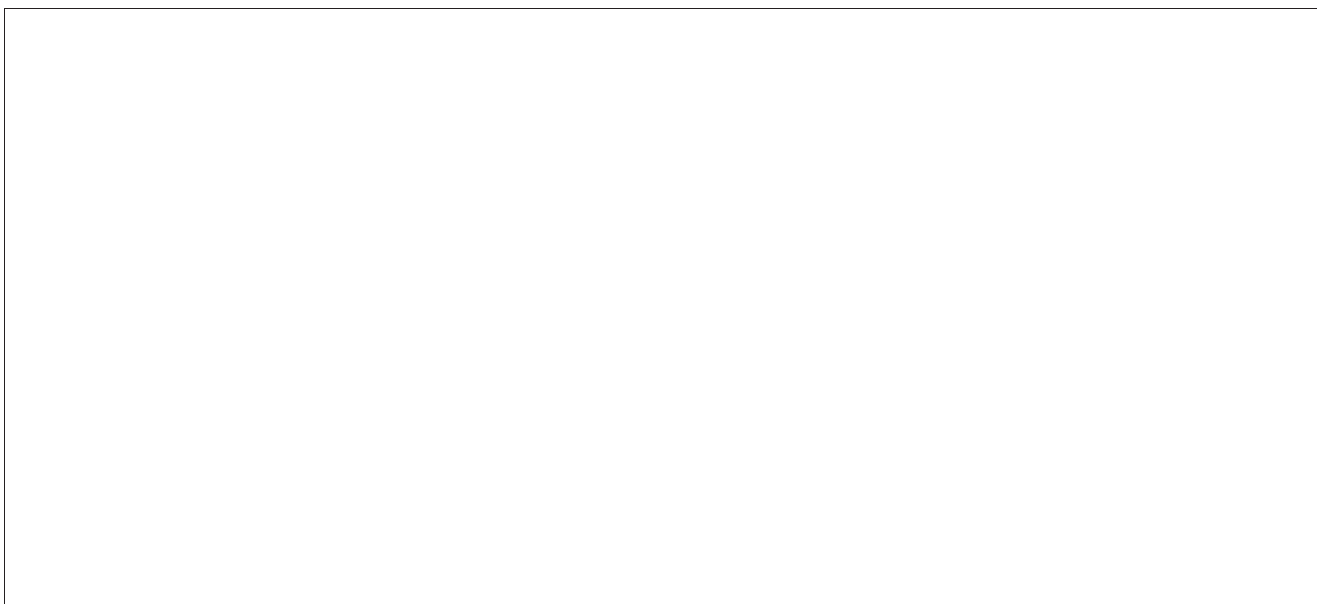


Foto 04 -





SEÇÃO JUDICIÁRIA DE GOIÁS  
JUIZADO ESPECIAL FEDERAL

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

## LAUDO MÉDICO COMPLEMENTAR - FOTOS

Foto 05 -

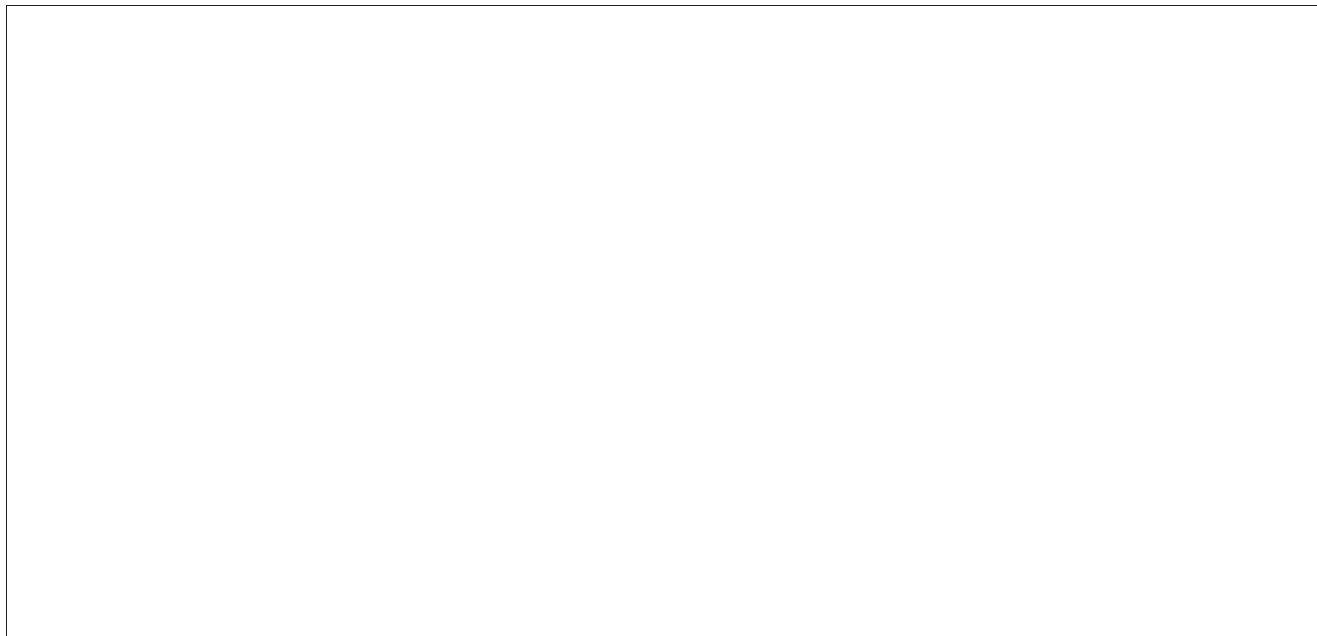
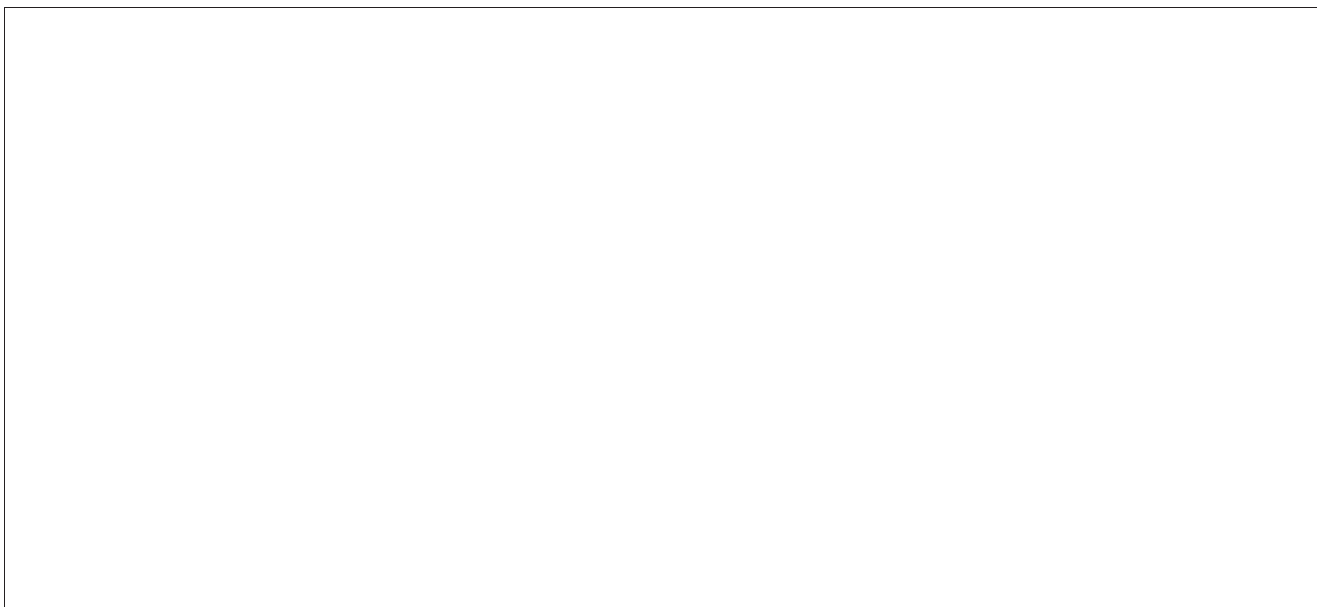


Foto 06 -





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 sequela 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 PERICIANDO 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 -

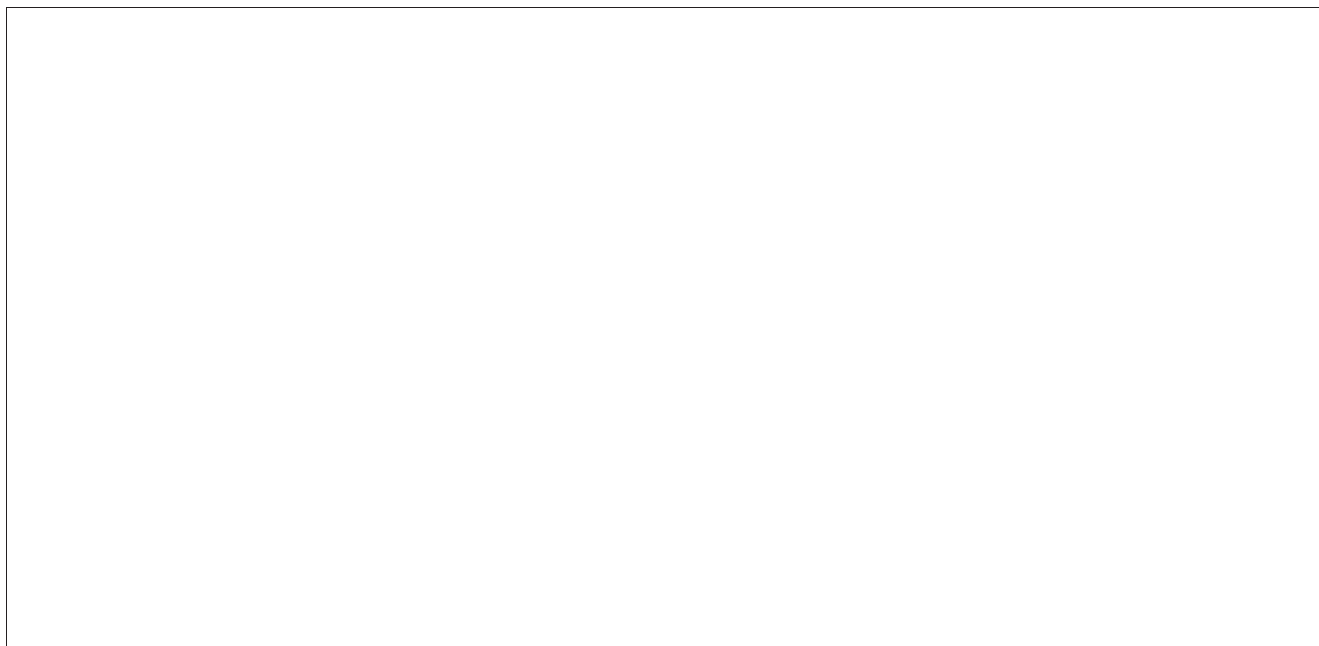
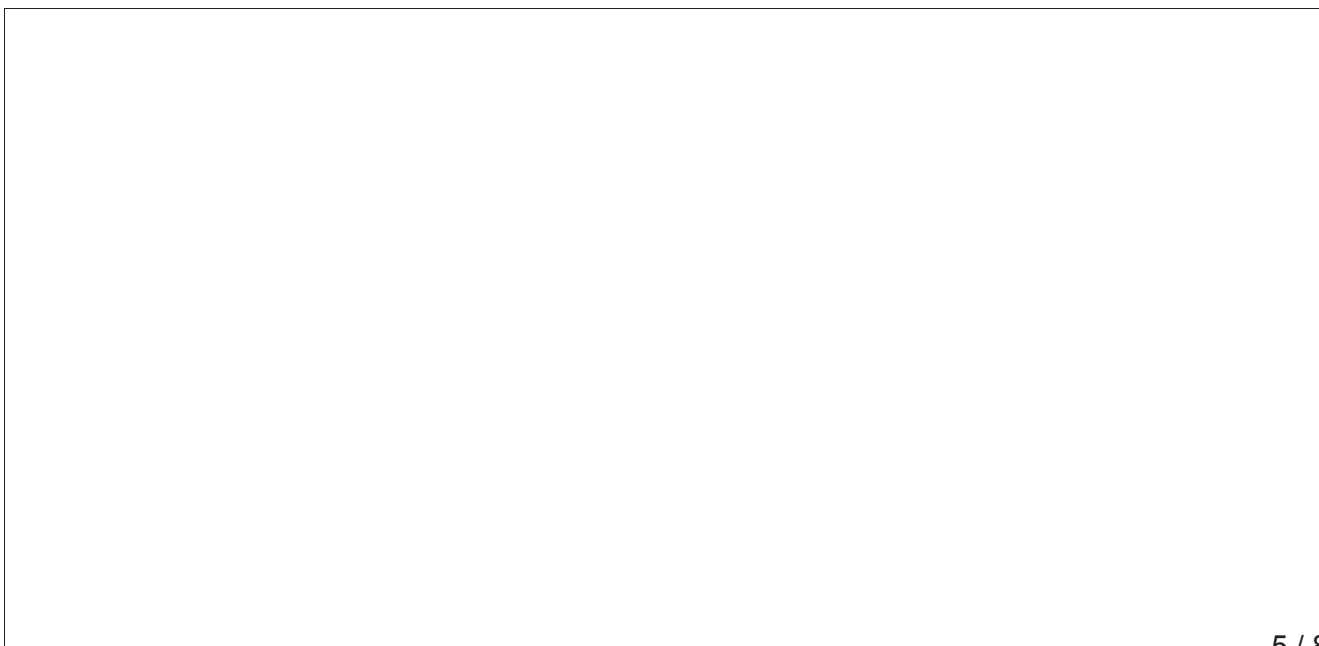


Foto 02 -





**ANEXO A – FOTOS**

Foto 03 -

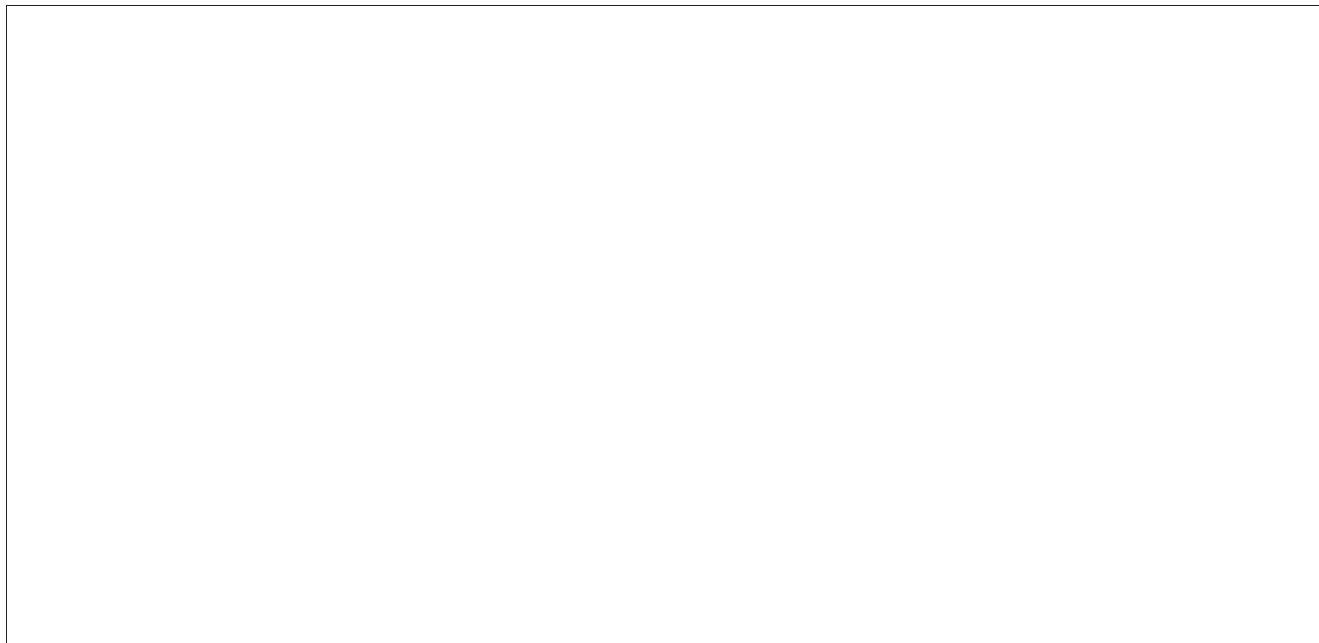
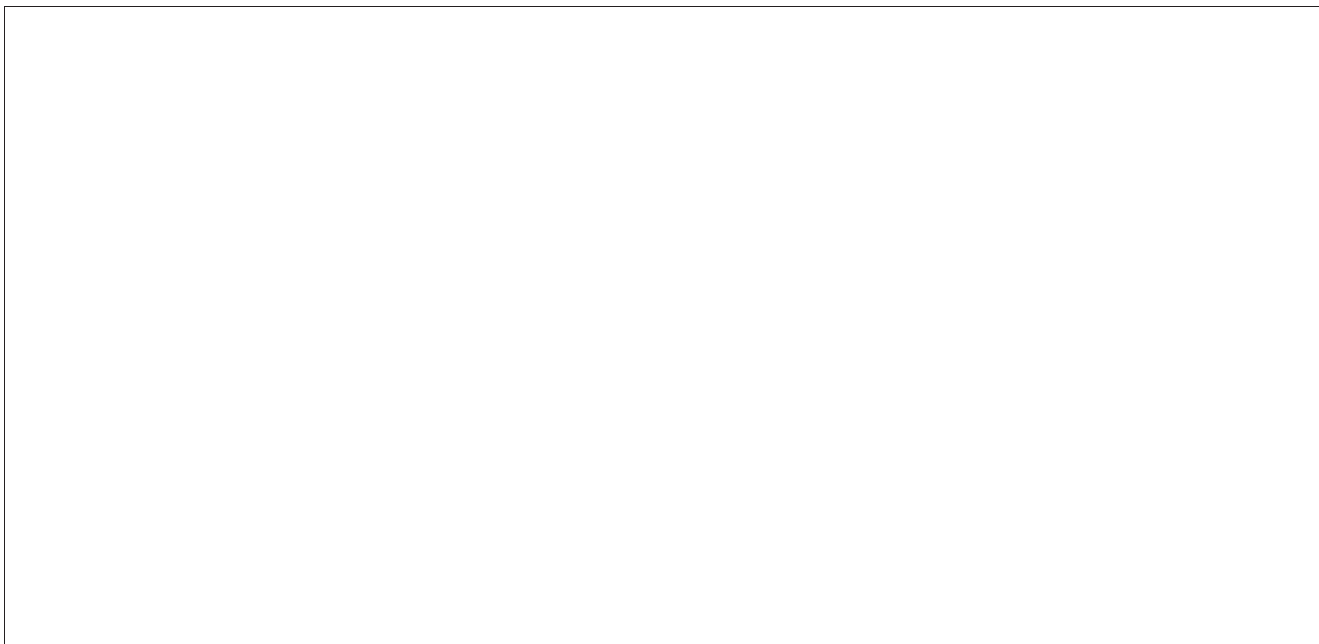


Foto 04 -





## ANEXO A – FOTOS

Foto 05 -

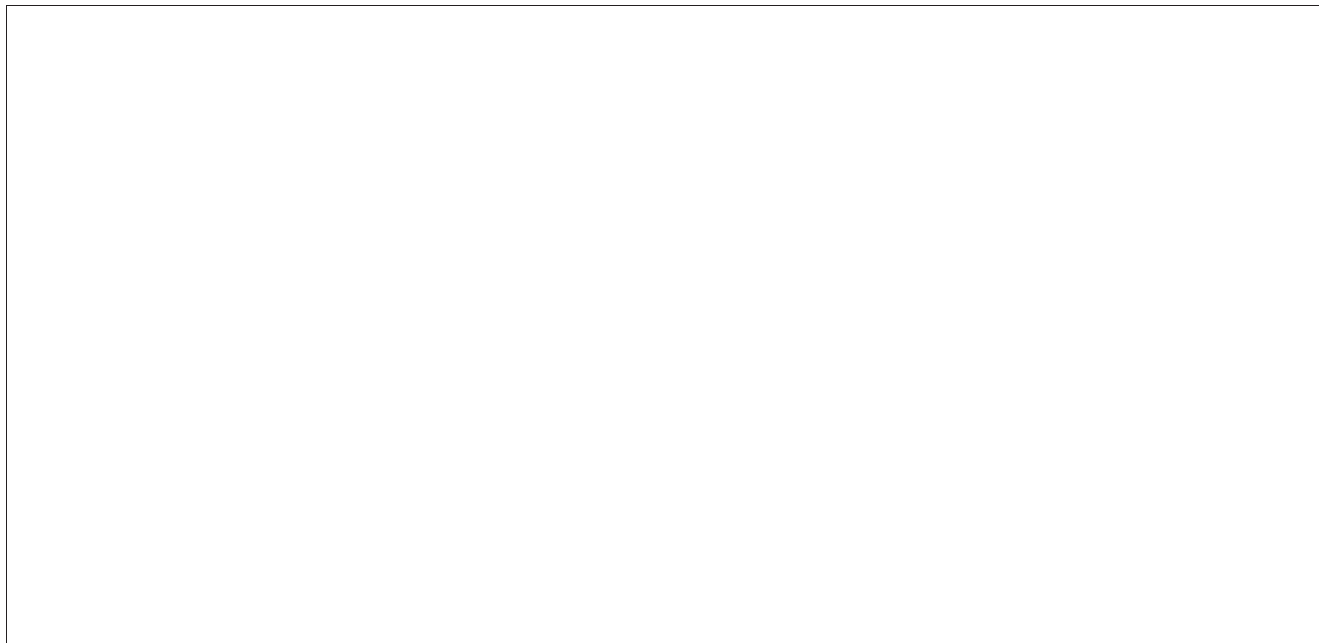
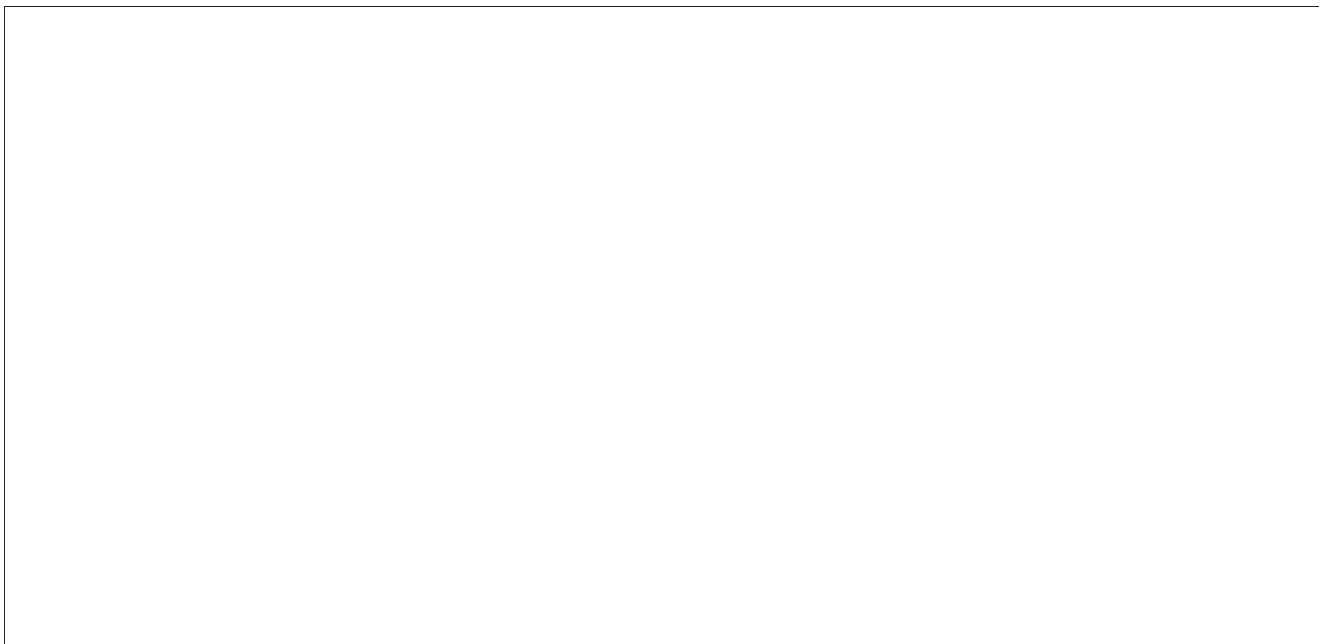


Foto 06 -





## ANEXO A – FOTOS

Foto 07 -

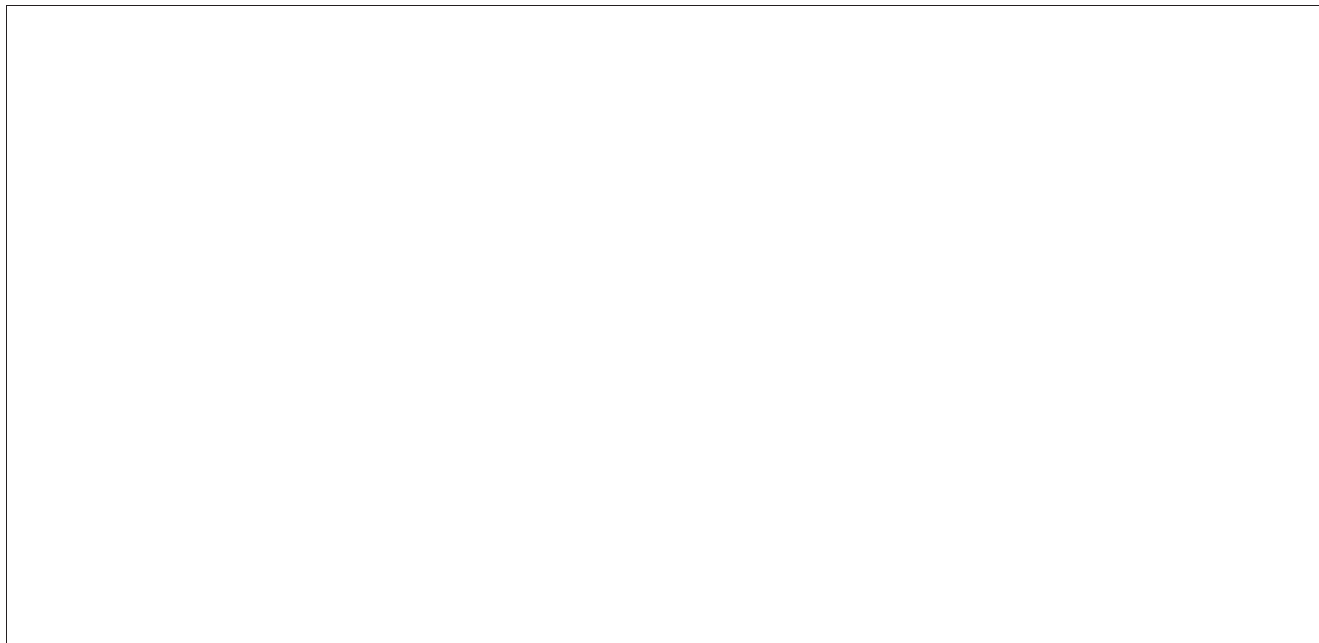
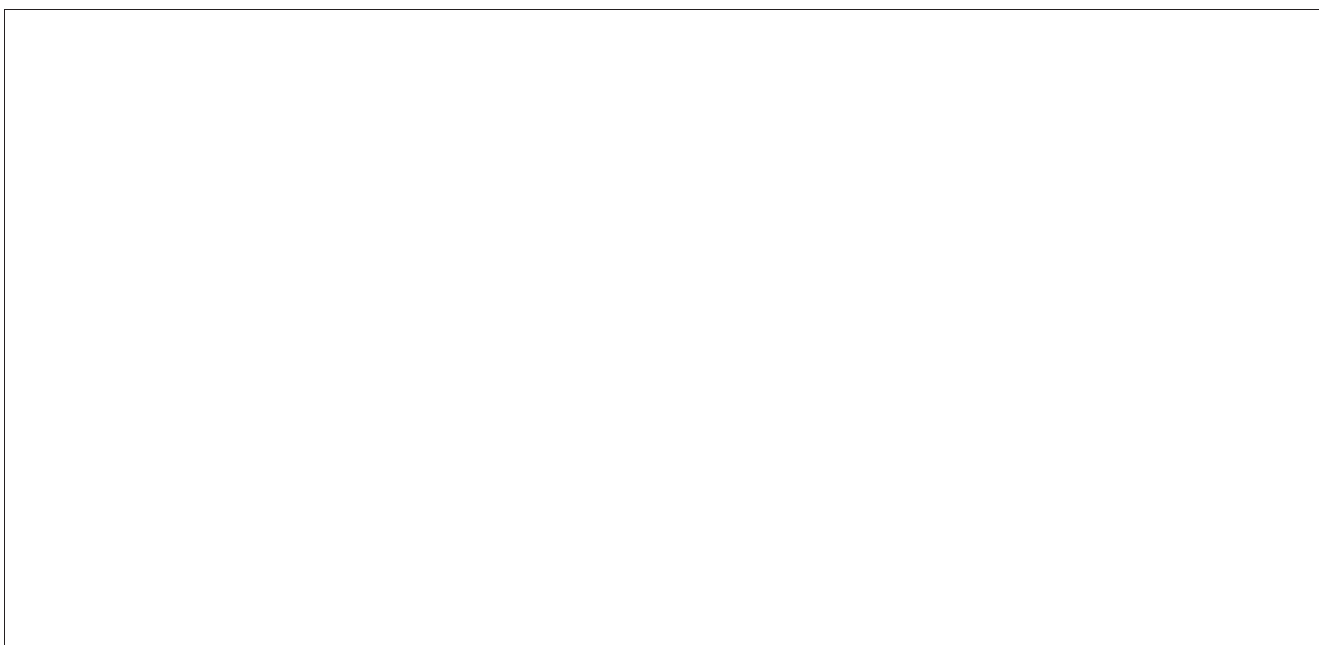


Foto 08 -





## 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 -

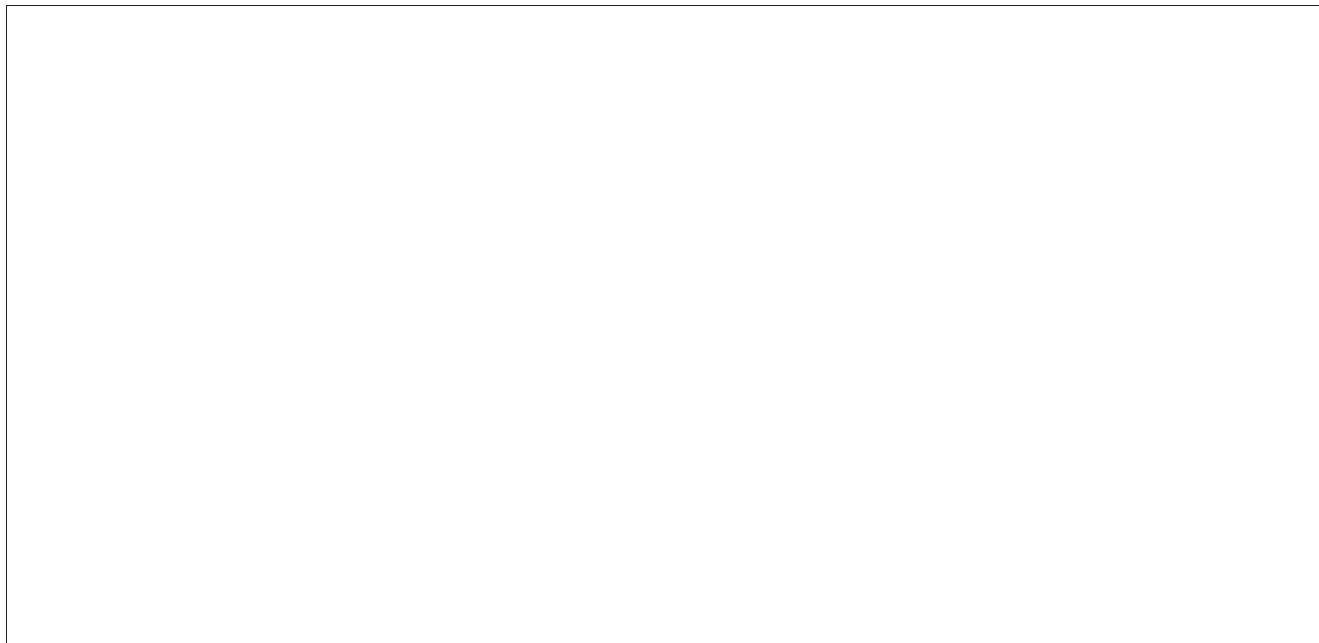
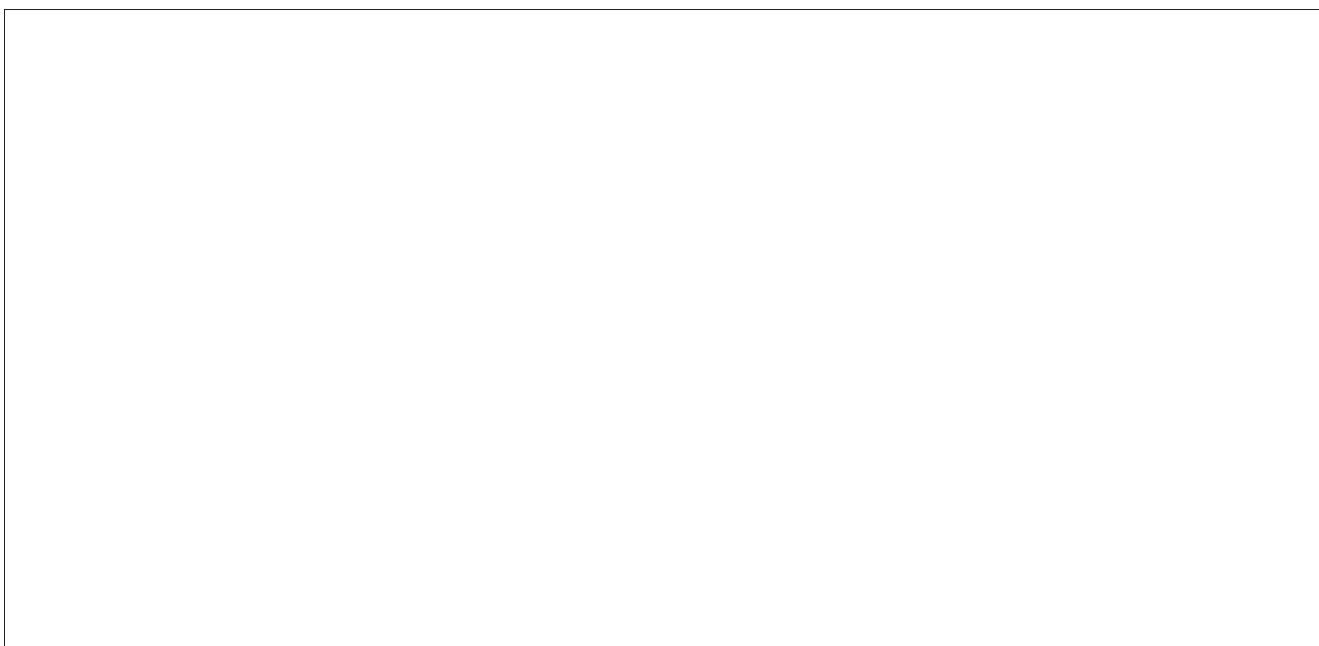


Foto 02 -





## ANEXO A – FOTOS

Foto 03 -

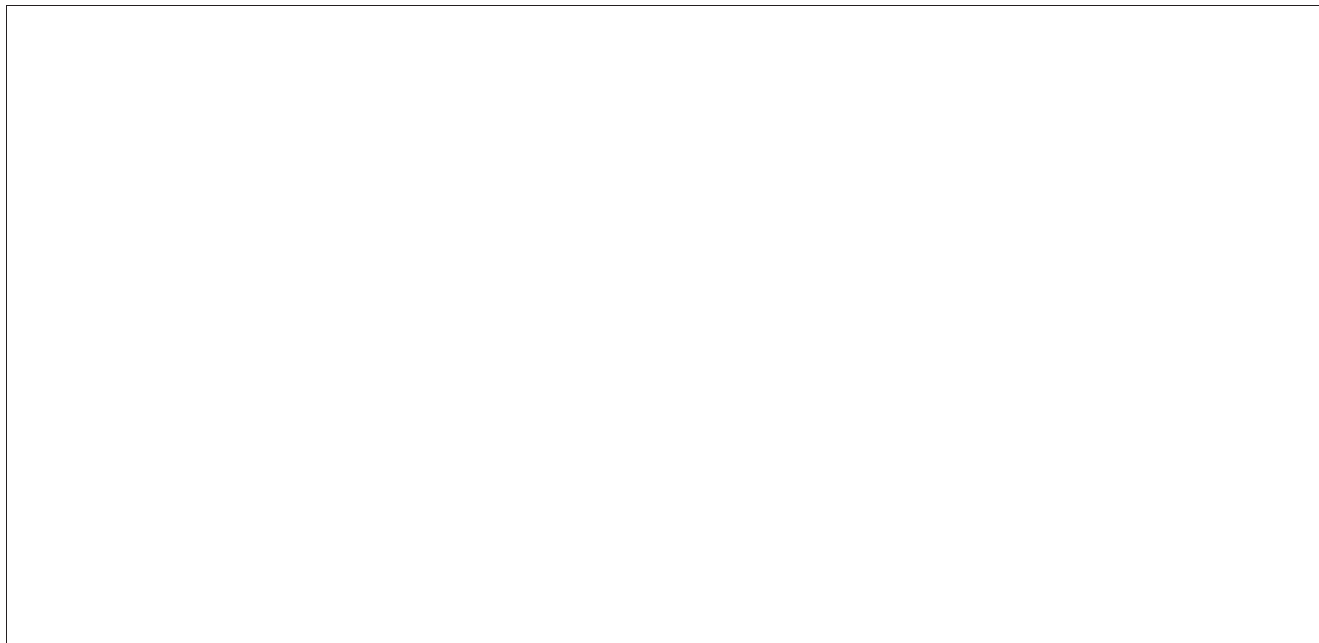
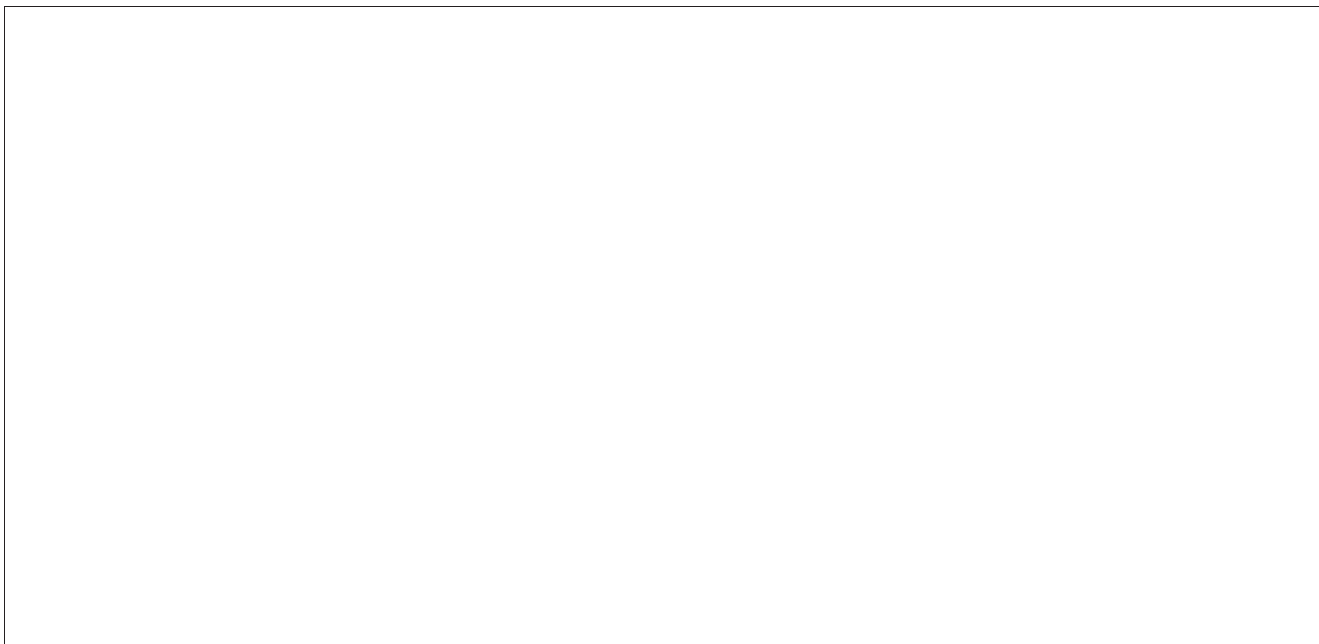


Foto 04 -





## ANEXO A – FOTOS

Foto 05 -

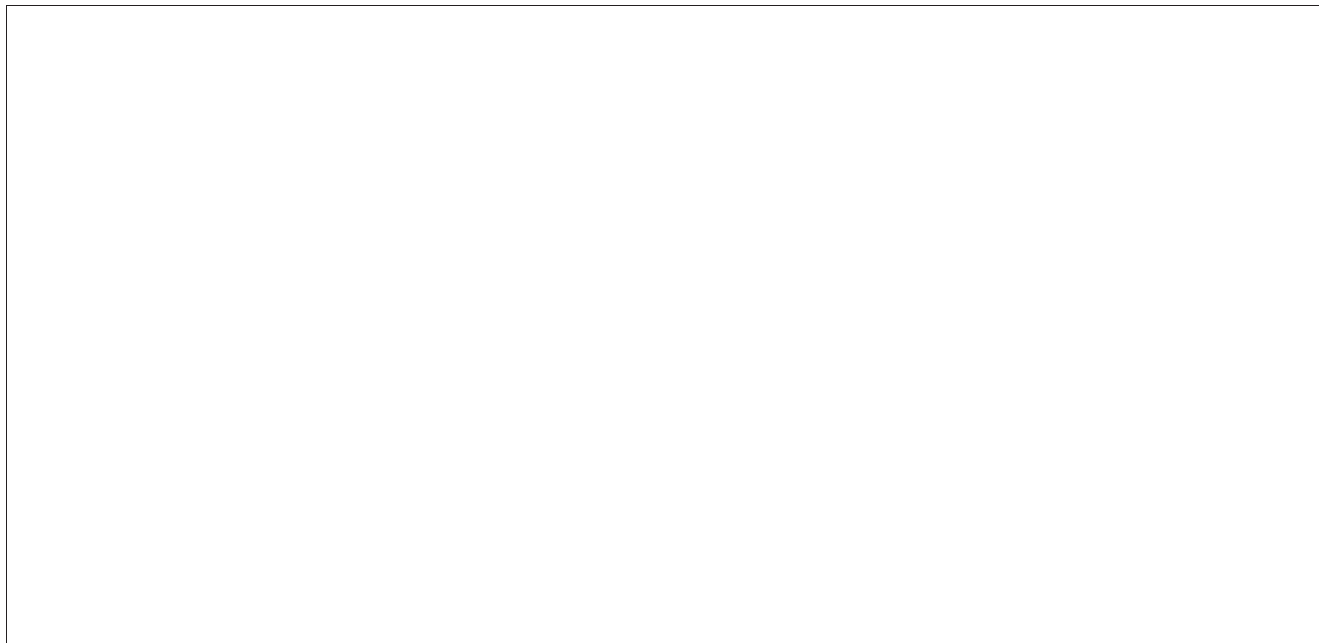
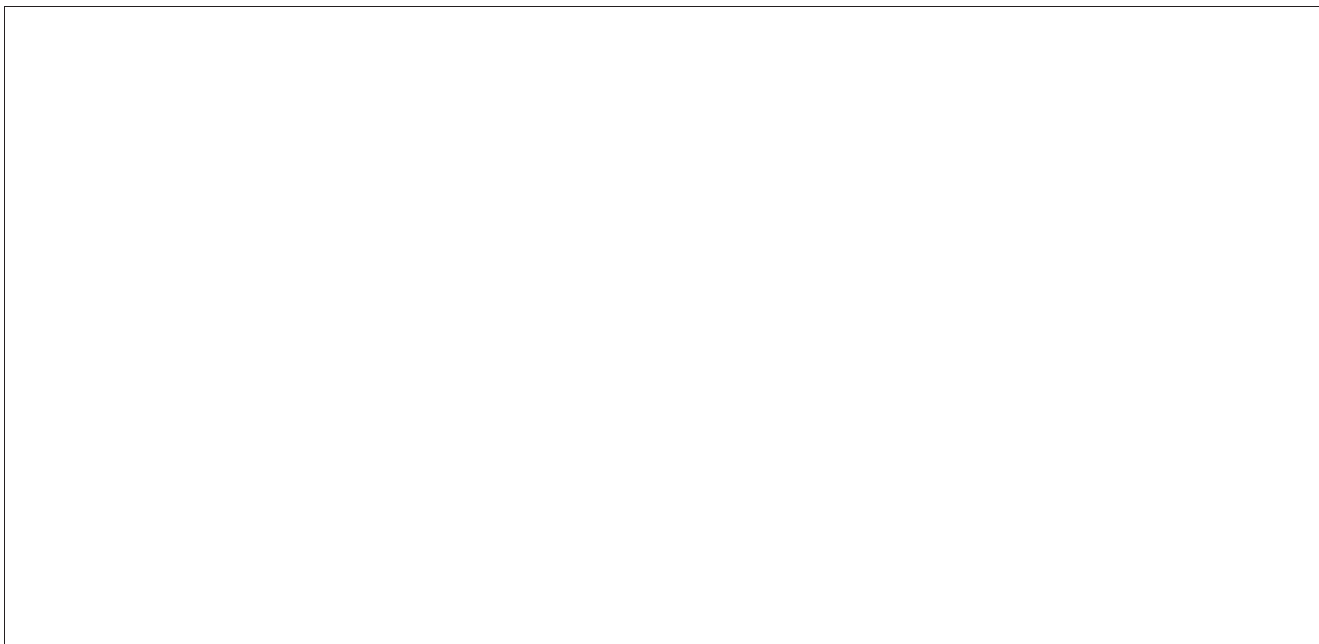


Foto 06 -





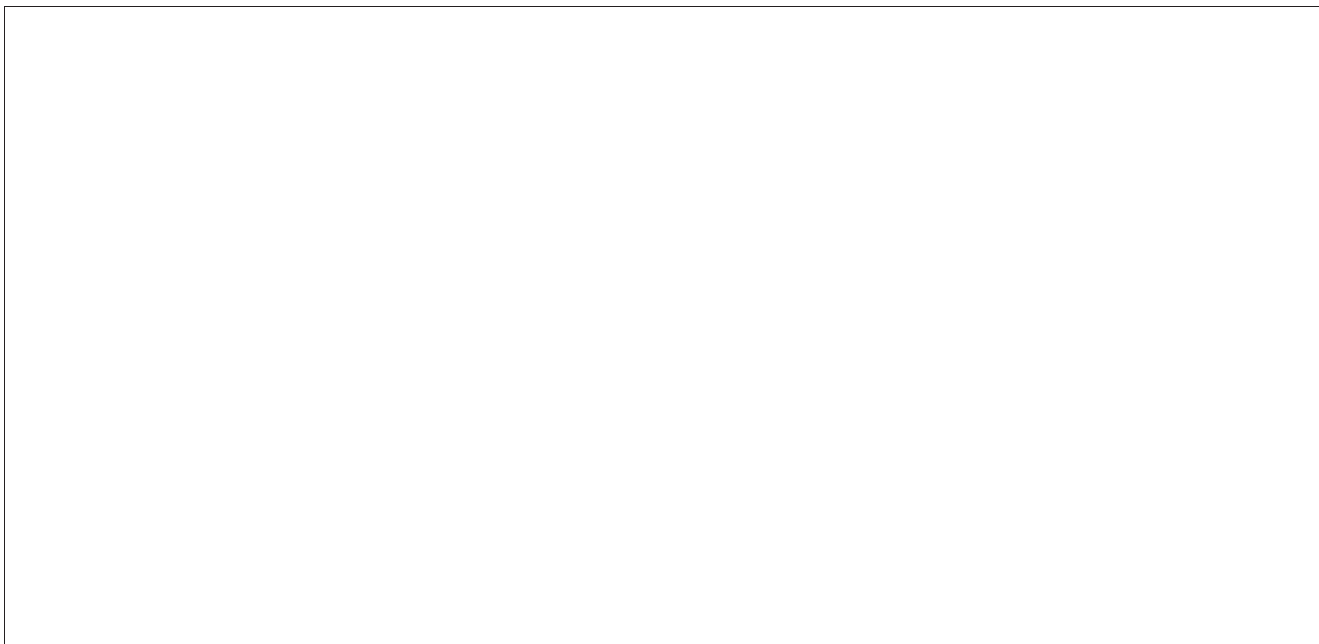


## ANEXO A – FOTOS

Foto 07 -



Foto 08 -





## ANEXO A – FOTOS

Foto 09 -

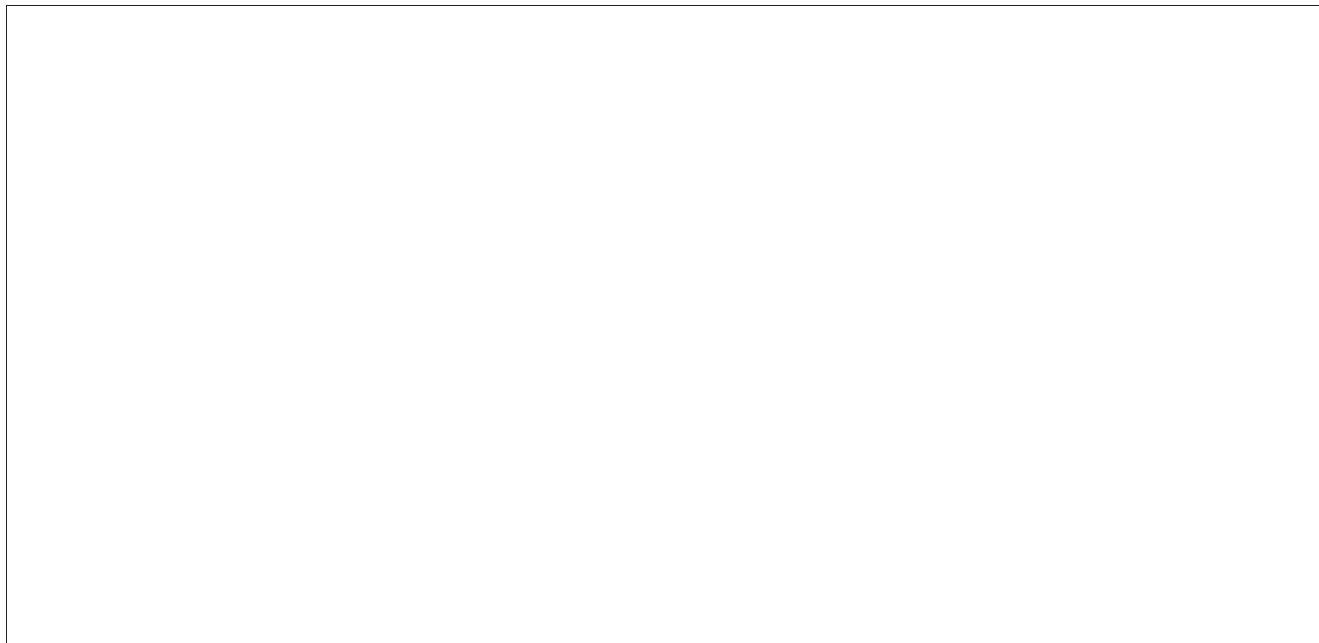


Foto 10 -

