

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE

[Art. 31º da Lei 11.945 de 04/06/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo: Welyson Fernando Rabelo Moura
CPF: 057.434.073-47
Endereço completo: Setor Nh3, Perimetro Irrigado, Morada Nova-ce

Informações do Acidente

Local: Morada Nova
Data do acidente: 19/09/2010

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicados, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de verificação do grau de invalidez permanente em razão do processo judicial nº 0504819-92.2011.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 12 Vara Cível ou JEC da Comarca de Fortaleza-CE.

Fortaleza - CE, 26 de setembro de 2019

local e data

Welyson Fernando Rabelo Moura

assinatura da vítima

Avaliação Médica

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ (X) Sim () Não () Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

CABEÇA

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-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO COM TOMOGRAFIA EVIDENCIANDO HEMATOMA LAMINAR PARIETAL ESQUERDO COM FRATURA OCCIPITAL. ALÉM DE HEMATOMA EXTRADURAL TEMPOROPARIETAL ESQUERDO.

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ () Sim ☒ (X) Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) ☐ () disfunções apenas temporárias

b) ☒ (X) dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

EVOLUIU COM CRISES CONVULSIVAS RECORRENTES, FAZENDO USO ATUAL DE ANTICONVULSIVANTE - HIDANTAL 100MG POR DIA. APRESENTA ALTERAÇÃO DO EQUILÍBRIO, CEFALÉIA, DÉFICIT DE ATENÇÃO.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

() Sim, em que prazo:

(X) Não

Em caso de enquadramento na opção 'a' do item IV ou da resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. 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 corporal acometido: SISTEMA NERVOSO CENTRAL

a) () Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

b) (X) 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) (X) 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 da 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

1ª Lesão

Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante

() 10% Residual (X) 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Total

2ª Lesão

() 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Total

3ª Lesão

() 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Total

4ª Lesão

() 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Total

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico:
Fortaleza - CE, 26 de setembro de 2019

Assinatura do médico perito - CRM

Assinatura do médico assistente - CRM

Carla Antoniana F. de A. Vieira

Jose Antonio Magalhaes Filho
Jose Antonio Magalhaes Filho
CPF - 043.900.033-56
CRM - 19187-CE

Carla Antoniana Ferreira de Almeida Vieira
CPF - 018.238.653-80
CRM - 13658-CE