

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: Luzirene Goncalves Diniz
CPF: 907.015.343-20
Endereço completo: Calube 1, Praipaba. Boa Vista - Ce

Informações do Acidente

Local: Caucaia, Ce.
Data do acidente: 16/07/2017

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 0186124-22.2018.8.06.0001, 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, 14 de março de 2019

local e data

Luzirene Goncalves Diniz

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):

OMBRO ESQUERDO

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.

FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA - TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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.

LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DE ROTAÇÃO, ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO EM GRAU INTENSO.

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: OMBRO ESQUERDO

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

Perda completa da mobilidade de um dos ombros - Lado Esquerdo

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

2ª Lesão

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

3ª Lesão

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

4ª Lesão

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


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, 14 de março de 2019

Assinatura do médico perito - CRM

Assinatura do médico assistente - CRM


Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM - 16566-CE


Josebson Silva Dias
CPF - 555.458.663-53
CRM - 8291-CE

PARECER MÉDICO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA

[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: Luzirene Goncalves Diniz
CPF: 907.015.343-20
Endereço completo: Calube 1, Praipaba. Boa Vista - Ce

Informações do Acidente

Local: Caucaia, Ce.
Data do acidente: 16/07/2017

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 afirmativa.

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

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

OMBRO ESQUERDO.

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.

FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. TRATAMENTO CIRÚRGICO. ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA, CREPITAÇÃO ARTICULAR E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

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) e, se for o caso, se as mesmas já estavam prescritas no momento da avaliação administrativa:

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

a) ☐ disfunções apenas temporárias

b) ☒ 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.

DEBILIDADE GRAVE DO OMBRO ESQUERDO, PELA ASSIMETRIA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO ARTICULAR.

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

☐ Sim, em que prazo:

☒ 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 e se for o caso, a partir do pagamento administrativo indicar: agravamento, melhora e/ou nova lesão:

☐ Agravamento

☐ Melhora

☐ Nova lesão

Segmento corporal acometido: OMBRO ESQUERDO.

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

Perda completa da mobilidade de um dos ombros - Lado Esquerdo

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

2ª Lesão

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

3ª Lesão

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

4ª Lesão

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

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

JUSTIFICATIVA DE CONCORDÂNCIA COM A PERÍCIA JUDICIAL:


CONCORDO COM O PARECER DO PERITO DO JUÍZO.
CONDUTA MANTIDA.

JUSTIFICATIVA DE DIVERGÊNCIA DA PERÍCIA JUDICIAL:

Local e data da realização do exame médico:
Fortaleza - CE, 14 de março de 2019

Assinatura do assistente TÉCNICO - CRM




Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM - 16566-CE