

# 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: Maria Celia Torres da Silva  
CPF: 187.081.883-00  
Endereço completo: Rua Delta, 11, Passare, Fortaleza Ceara

## Informações do Acidente

Local: Fortaleza, Ce.  
Data do acidente: 06/09/2017

## 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 0135866-08.2018.8.06.0001, 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, 13 de março de 2019

local e data

*Maria Celia Torres da Silva*

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 afirmativa.*

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

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

**MÃO DIREITA**

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 1º METACARPO DA MÃO DIREITA - TRATAMENTO CONSERVADOR.**

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. 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.

**LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO 1º QUIRODÁCTILO DIREITO. DEBILIDADE DA PREENSÃO PALMAR DIREITA.**

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: MÃO DIREITA**

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 funcional completa de uma das mãos - Lado Direito**

( ) 10% Residual ( X ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 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, 13 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: Maria Celia Torres da Silva  
CPF: 187.081.883-00  
Endereço completo: Rua Delta, 11, Passare, Fortaleza Ceara

## Informações do Acidente

Local: Fortaleza, Ce.  
Data do acidente: 06/09/2017

## 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):

**MÃO DIREITA.**

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 BASE DO I METACARPO DA MÃO DIREITA. TRATAMENTO CONSERVADOR. ATROFIA MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA DA MÃO DIREITA E LIMITAÇÃO MODERADA/GRAVE DOS MOVIMENTOS DO POLEGAR DIREITO.**

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 FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA, PELO BLOQUEIO ARTICULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA.**

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: MÃO DIREITA.**

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                                                       |                                                               |
| <b>Perda funcional completa de uma das mãos - Lado Direito</b> |                                                               |
|                                                                | ( ) 10% Residual ( X ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 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 PERICIA JUDICIAL:**

CONCORDO COM O PARECER DO PERITO DO JUÍZO.

**JUSTIFICATIVA DE DIVERGÊNCIA DA PERÍCIA JUDICIAL:**

Local e data da realização do exame médico:  
Fortaleza - CE, 13 de março de 2019

Assinatura do assistente TÉCNICO - CRM

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