

# **AVALIAÇÃO MÉDICA**

## **PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE**

[Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

### **Informações da Vítima**

Nome completo: **FRANCISCO DIONISIO DE FREITAS**

CPF: **006.886.253-98**

Endereço completo: **AV Getúlio Távora Itaitinga CE**

### **Informações do acidente**

Local: **PENTECOSTE**

Data: **01 / 01 / 2012**

### **Concordância com a realização da avaliação médica**

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, 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 **01667006720138060001**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na **795** Vara Cível ou JEC da Comarca de **FORTALEZA - ( CE )**.

**Local, PENTECOSTE , Data 09 / 10 / 2020**

*Francisco Dionisio de Freitas*

**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);

**CABEÇA, OMBRO ESQUERDO E JOELHO DIREITO.**

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 DE OMBRO SEQ CEFÁLICO E JOELHO DIREITO. TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, NEGA CONVULSÕES OU USO DE QUALQUER MEDICAÇÃO. NEGA ACOMPANHAMENTO COM NEUROLOGISTA.**

**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.

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

- [  ] Não [  ] Sim, em que prazo:

**Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de 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:

- a) [  ] **Total**

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

- b) [  ] **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) [  ] **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 [  ] 10% residual [  ] 25% leve [  ] 50% médio [  ] 75% intensa [  ] 100% completo

2ª Lesão [  ] 10% residual [  ] 25% leve [  ] 50% médio [  ] 75% intensa [  ] 100% completo

3ª Lesão [  ] 10% residual [  ] 25% leve [  ] 50% médio [  ] 75% intensa [  ] 100% completo

4ª Lesão [  ] 10% residual [  ] 25% leve [  ] 50% médio [  ] 75% intensa [  ] 100% completo

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

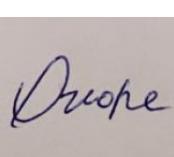
Local e data da realização do exame médico:

795 - Fortaleza - CE, 09-10-2020

Ana Rosa Pinto Quidute - CRM: 7116 - CE

Ace Gestão de Saúde

Antonio Onofre Virginio de Sousa - CRM: 4132 - CE



# **PARECER MÉDICO DE ASSISTENCIA TÉCNICA**

## **Informações da Vítima**

Nome completo: *FRANCISCO DIONISIO DE FREITAS*

CPF: *006.886.253-98*

Endereço completo: *AV Getúlio Távora Itaitinga CE*

## **Informações do acidente**

Local: *PENTECOSTE - CE*

Data do acidente: *01 / 01 / 2012*

## **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);

*CABEÇA, OMBRO ESQUERDO E JOELHO DIREITO.*

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 DE OMBRO SEQ CEFÁLICO E JOELHO DIREITO. TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, NEGA CONVULSÕES OU USO DE QUALQUER MEDICAÇÃO. NEGA ACOMPANHAMENTO COM NEUROLOGISTA.*

**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.

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

[  ] Não [  ] Sim, em que prazo:

*Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de 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:

a)  **Total**

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

b)  **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)  **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  10% residual  25% leve  50% médio  75% intensa  100% completo

2ª Lesão  10% residual  25% leve  50% médio  75% intensa  100% completo

3ª Lesão  10% residual  25% leve  50% médio  75% intensa  100% completo

4ª Lesão  10% residual  25% leve  50% médio  75% intensa  100% completo

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.**

*Não tive acesso ao laudo administrativo*

**JUSTIFICATIVA DE DIVERGÊNCIA DA PERÍCIA JUDICIAL:**

Local e data da realização do exame médico:

795 - Fortaleza - CE, 09-10-2020

Ace Gestão de Saúde

Antonio Onofre Virginio de Sousa - CRM: 4132 - CE

