

# 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: Albaniza Maria de Oliveira Moraes  
CPF: 202.430.904-63  
Endereço completo: Rua Miguel Soares de Andrade, N 376 B , Mossoro-rn

## Informações do Acidente

Local: Mossoró  
Data do acidente: 03/04/2018

## 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 0800211-18.2019.8.20.5106, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 6 Vara Cível ou JEC da Comarca de Mossoro-RN.

Mossoro - RN, 21 de agosto de 2019

local e data

*Albaniza Maria de Oliveira Moraes*

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):

**POLEGAR DIREITO  
PERNA 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 POLEGAR DIREITO - TRATAMENTO CONSERVADOR.  
CONTUSÃO EM PERNA DIREITA SEM FRATURA - TRATAMENTO CONSERVADOR.**

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.

**DOR PÓS-TRAUMA EM PERNA DIREITA  
PERDA FUNCIONAL DO POLEGAR DIREITO**

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: POLEGAR DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO**

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 dedo polegar - Lado Direito**

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

2ª Lesão

**Perda funcional completa de um dos membros inferiores - Lado Direito**

( X ) 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:

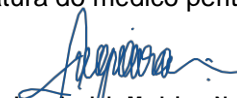
Local e data da realização do exame médico:  
Mossoro - RN, 21 de agosto de 2019

Assinatura do médico perito - CRM

Assinatura do médico assistente - CRM

  
**Elizabeth Fillard Tonello**  
CPF - 045.150.159-40  
CRM - 9707-RN



  
**Isac Axel de Medeiros Nogueira**  
CPF - 967.227.464-53  
CRM - 3988-RN

# 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: Albaniza Maria de Oliveira Moraes  
CPF: 202.430.904-63  
Endereço completo: Rua Miguel Soares de Andrade, N 376 B , Mossoro-rn

## Informações do Acidente

Local: Mossoró  
Data do acidente: 03/04/2018

## 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):

**POLEGAR DIREITO  
PERNA 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 POLEGAR DIREITO - TRATAMENTO CONSERVADOR.  
CONTUSÃO EM PERNA DIREITA SEM FRATURA - 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) 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.

**DOR PÓS-TRAUMA EM PERNA DIREITA  
PERDA FUNCIONAL POLEGAR DIREITO**

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: POLEGAR DIREITO E MEMBRO INFERIOR DIREITO**

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 completa da mobilidade de um dos dedo polegar - Lado Direito</b>	( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa
2ª Lesão	
<b>Perda funcional completa de um dos membros inferiores - Lado Direito</b>	( X ) 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:**

**JUSTIFICATIVA DE DIVERGÊNCIA DA PERÍCIA JUDICIAL:**

Local e data da realização do exame médico: Mossoro - RN, 21 de agosto de 2019	Assinatura do assistente TÉCNICO - CRM
	<div>  Elizabeth Fillard Tonello CPF - 045.150.159-40 CRM - 9707-RN</div>