

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: EXPEDITO BANDEIRA DE OLIVEIRA

CPF: 362.564.633-15

Endereço completo: RUA PADRE ANTÔNIO CORREIA DE SÁ, 823, CASA, BAIRRO DE FÁTIMA, BOA VIAGEM-CE

Informações do Acidente

Local: Boa Viagem/CE

Data do Acidente: 26/12/2017

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 0157794-15.2018.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 14ª Vara Cível ou JEC da Comarca de Fortaleza-CE.

Fortaleza - CE, 08/12/2020

local e data



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

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

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

MSD

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.

MSD: TRAUMATISMO NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM LESÃO DO NERVO MEDIANO

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

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:

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.

APRESENTA O PUNHO CAÍDO, NÃO CONSEGUE A DORSIFLEXÃO, TEM REDUÇÃO IMPORTANTE DE FORÇA NA MÃO, PREJUÍZO DA PINÇA E PREENSÃO, TINEL POSITIVO E BLOQUEIO DE MOVIMENTOS DA CINTURA ESCAPULAR. CLÍNICA COMPATÍVEL COM DISTROFIA SIMPÁTICO REFLEXA PÓS-TRAUMA. TRATAMENTO CONSERVADOR, EM USO DE IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA E SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUIUCOM COMPLICAÇÃO NEUROLÓGICA. PERDA FUNCIONAL COMPLETA DO MEMBRO.

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

NÃO

Se SIM, informe o prazo:

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:

PARCIAL (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

b.1) (X) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

MSD

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)

Local e data da realização do exame médico

Fortaleza - 8/12/2020

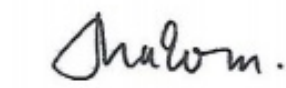
Assinatura do médico assistente - CRM

Médico (a) à serviço da Toledo Assistência Médica LTDA.



Dr. Augusto Freitas Dias
Médico - CRM 8133
CRM 8133-20

Assinatura do médico perito – CRM



Dra. M^{te} Elisabete A. Moraes
CREMEC 2145 CPF: 090413893-34