

**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: *Paulo Roberto da Silva Mota*

CPF: *024.520.093-26*

Endereço completo: *Rua Primeiro de Maio, 427. Bom sucesso. Fortaleza-Ce*

**Informações do acidente**

Local: *FORTALEZA*

Data: *07 / 09 / 2014*

**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 *01042638220168060001*, 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* ).

Local, *FORTALEZA* , Data *26 / 02 / 2019*

*Paulo Roberto da Silva Mota*

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);

*MEMBRO INFERIOR 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.

*FRATURA LUXAÇÃO DE JOELHO DIREITO. TRATAMENTO CIRÚRGICO ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM LIMITAÇÃO GRAVE DE FLEXÃO DE JOELHO DIREITO, INSTABILIDADE ARTICULAR. MARCHA CLAUDICANTE.*

**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 funcional do membro inferior esquerdo;*

**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: *Membro inferior esquerdo;*

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 <i>Membro inferior esquerdo</i>	<input type="checkbox"/> 10% residual	<input type="checkbox"/> 25% leve	<input checked="" type="checkbox"/> 50% médio	<input type="checkbox"/> 75% intensa	<input type="checkbox"/> 100% completo
2ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% residual	<input type="checkbox"/> 25% leve	<input type="checkbox"/> 50% médio	<input type="checkbox"/> 75% intensa	<input type="checkbox"/> 100% completo
3ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% residual	<input type="checkbox"/> 25% leve	<input type="checkbox"/> 50% médio	<input type="checkbox"/> 75% intensa	<input type="checkbox"/> 100% completo
4ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% residual	<input type="checkbox"/> 25% leve	<input type="checkbox"/> 50% médio	<input type="checkbox"/> 75% intensa	<input type="checkbox"/> 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:

*14ª - Fortaleza - CE, 26-02-2019*

Rachel Vasconcelos Tibúrcio - CRM: 14344 - CE

Ace Gestão de Saúde

Greive Freitas Cavalcante - CRM: 9050 - CE

*Rachel Tibúrcio*

*Dr. Greive Freitas Cavalcante*  
Médico - CRM 9050

# **PARECER MÉDICO** **DE ASSISTENCIA TÉCNICA**

## **Informações da Vítima**

Nome completo: *Paulo Roberto da Silva Mota*

CPF: *024.520.093-26*

Endereço completo: *Rua Primeiro de Maio, 427. Bom sucesso. Fortaleza-Ce*

## **Informações do acidente**

Local: *FORTALEZA*

Data do acidente: *07 / 09 / 2014*

## **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);

*MEMBRO INFERIOR 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 CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO. APRESENTA COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO COM INSTABILIDADE ARTICULAR E AUMENTO DO VOLUME, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM ENCURTAMENTO, CLAUDICAÇÃO*

**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 funcional do membro inferior direito;*

**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.**

**VII)** 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: *Membro inferior direito;*

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

*Membro inferior direito*

☐ 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 COM O ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DA PERÍCIA JUDICIAL. TAMBÉM FOI MANTIDA A MESMA VALORAÇÃO. LAUDO ADMINISTRATIVO NÃO DISPONÍVEL.  
Não tive acesso ao laudo administrativo*

**JUSTIFICATIVA DE DIVERGÊNCIA DA PERÍCIA JUDICIAL:**

Local e data da realização do exame médico:

*14ª - Fortaleza - CE, 26-02-2019*

Ace Gestão de Saúde

Greive Freitas Cavalcante - CRM: 9050 - CE

  
Dr. Greive Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050