

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: JOSÉ IVAN DA SILVA REBOUÇAS
CPF: 526.190.793-49
Endereço completo: RUA CLAUDIO BRASIL, 66, ENGENHEIRO LUCIANO CAVALCANTE,
FORTALEZA - CE

Informações do Acidente

Local: FORTALEZA
Data do acidente: 23/08/2017

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 0153899-46.2018.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 30 Vara Cível da Comarca de FORTALEZA-CE.

FORTALEZA, 14 de fevereiro de 2020

Local e Data

José Ivan da Silva Rebouças

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):

FACE / MEMBRO SUPERIOR DIREITO / ABDOME

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.

**TRAUMATISMO FACIAL COM PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS E ALVEOLARES.
TRAUMATISMO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM PERDA DE PARTES MOLES -
TRATAMENTO CIRÚRGICO (ENXERTO). TRAUMATISMO ABDOMINAL FECHADO (LESÃO HEPÁTICA E DE MESENTÉRIO) - TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

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

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 MASTIGATÓRIA. DOR À MASTIGAÇÃO. PERDA MUSCULAR EM TERÇO PROXIMAL DO ANTEBRAÇO DIREITO COM REPERCUSSÃO NA FORÇA E LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO. SEM SEQUELAS EM ABDOME.

- 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 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:

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.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, Perda funcional completa de um dos sistemas respiratório, cardiovascular, digestiva, membros superiores - Lado Direito excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital

% do dano-

% do dano:

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

Local e data da realização do exame médico:

FORTALEZA, 14 de fevereiro de 2020

Assinatura do Médico Assistente - CRM

Assinatura do Médico Perito - CRM

Georgette S. C. Berevidos

11/11/11

Georgianne Santa Cruz Benevides
CPF - 656.874.693-20
CRM - 10348 - Ceará

Josebson Silva Dias
CPF - 555.458.663-53
CRM - 8291 - Ceará