

# **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: *MARIA DE JESUS ALVES DE SOUSA*

CPF: *025.109.043-45*

Endereço completo: *Rua Ubirajara, 409, liberdade, Independência Ceará*

## **Informações do acidente**

Local: *independencia*

Data: *10 / 08 / 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 *01259071820158060001*, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na *24* Vara Cível ou JEC da Comarca de *Fortaleza* – ( *CE* ).

Local, *independencia* , Data *26 / 03 / 2019*

*Maria de Jesus Alves de Sousa*

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);

*Joelho E*

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.

*Trauma fechado em joelho E, tratamento conservador, dor e leve limitacao em movimentos de joelho E.*

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 joelho 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: *Joelho 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<br><i>Joelho 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:

*24 - Fortaleza - CE, 26-03-2019*

Romulo Rodrigues de Paiva Viana - CRM: 7783 - CE

Ace Gestão de Saúde

Andre de Oliveira Leal - CRM: 16566 - CE

*Romulo Rodrigues de Paiva Viana*

*Andre de Oliveira Leal*

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

## **Informações da Vítima**

Nome completo: *MARIA DE JESUS ALVES DE SOUSA*

CPF: *025.109.043-45*

Endereço completo: *Rua Ubirajara, 409, liberdade, Independência Ceará*

## **Informações do acidente**

Local: *INDEPENDÊNCIA, CE.*

Data do acidente: *10 / 08 / 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);

*JOELHO ESQUERDO.*

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.

*TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO. TRATAMENTO CONSERVADOR. CLAUDICAÇÃO, CREPITAÇÃO ARTICULAR E BLOQUEIO MODERADO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO.*

**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 joelho 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.**

**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: *Joelho 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<br><i>Joelho 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:

**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:

*24 - Fortaleza - CE, 26-03-2019*

Ace Gestão de Saúde

Andre de Oliveira Leal - CRM: 16566 - CE

