

# 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: Francisco Helio Braz da Costa  
CPF: 006.860.741-73  
Endereço completo: Rua Santa Luzia, 2170, Tabapua, Caucaia - Ce

## Informações do Acidente

Local: Fortaleza  
Data do acidente: 20/12/2016

## 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 0154627-24.2017.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 14 Vara Cível ou JEC da Comarca de Fortaleza-CE.

Fortaleza - CE, 22 de abril de 2019

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?

☒ ( 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):

**MEMBRO SUPERIOR DIREITO, OMBRO ESQUERDO E 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA**

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 DISTAL DO RÁDIO DIREITO. TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

**FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

**FRATURA DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA. 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.

**LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE E FORÇA MOTORA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO EM GRAU LEVE.**

**LIMITAÇÃO MODERADA DA MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO E DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.**

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:

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 funcional completa de um dos membros superiores - Lado Direito**

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

2ª Lesão

**Perda completa da mobilidade de um dos ombros - Lado Esquerdo**

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

3ª Lesão

**Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão - Lado Esquerdo**

( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( X ) 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:  
Fortaleza - CE, 22 de abril de 2019

Assinatura do médico perito - CRM

Assinatura do médico assistente - CRM

  
**Alessandra Duraes Altaf**  
CPF - 937.281.316-87  
CRM - 16562-CE

  
**Jose Glauber A. Mota**  
CPF - 589.872.153-34  
CREMEC - 8122-CE

# 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: Francisco Helio Braz da Costa  
CPF: 006.860.741-73  
Endereço completo: Rua Santa Luzia, 2170, Tabapua, Caucaia - Ce

## Informações do Acidente

Local: Fortaleza  
Data do acidente: 20/12/2016

## 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):

**PUNHO DIREITO  
OMBRO ESQUERDO  
TERCEIRO DEDO DA MÃO ESQUERDA**

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 DO PUNHO DIREITO , DA CLAVÍCULA ESQUERDA E DO TERCEIRO DEDO DA MÃO ESQUERDA. AO EXAME APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA EM MÃO, HIPOTROFIA TENAR EM MÃO DIREITA. APRESENTA LIMITAÇÃO LEVE À MODERADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO E DA FLEXO EXTENSÃO DO TERCEIRO DEDO DA MÃO ESQUERDA**

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) 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) ☒ ( 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.

**DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM MSD  
DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM TERCEIRO DEDO DA MÃO ESQUERDA E EM OMBRO ESQUERDO**

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 e se for o caso, a partir do pagamento administrativo indicar: agravamento, melhora e/ou nova lesão:

- ( ) Agravamento
- ( ) Melhora
- ( ) Nova lesão

**Segmento corporal acometido: MSD, OMBRO ESQUERDO E TERCEIRO DEDO DA MÃO ESQUERDA**

- 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 funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão - Lado Esquerdo</b>	( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( X ) 50% Média ( ) 75% Intensa
2ª Lesão	
<b>Perda completa da mobilidade de um dos ombros - Lado Esquerdo</b>	( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( X ) 50% Média ( ) 75% Intensa
3ª Lesão	
<b>Perda funcional completa de um dos membros superiores - Lado Direito</b>	( ) 10% Residual ( X ) 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:  
Fortaleza - CE, 22 de abril de 2019

Assinatura do assistente TÉCNICO - CRM



**Toledo**  
Assistência e Consultoria Médica

Alessandra Duraes Ataf

CPF - 937.281.316-87

CRM - 16562-CE