

## 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:** DANILO DE FREITAS CORDEIRO

**CPF:** 611.486.383-69

**Endereço completo:** AVENIDA BOLEVARD I,490, JANGURUSSU, FORTALEZA-CE

#### Informações do Acidente

**Local:** Fortaleza/CE

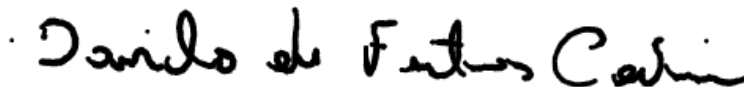
**Data do Acidente:** 21/7/2018

#### 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 0122670-34.2019.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 30ª Vara Cível ou JEC da Comarca de Fortaleza-CE.

Fortaleza - CE, 04/12/2020

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);

TORNOZELO 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.

TRATAMENTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSO DE FRATURA DE TÍBIA, COM PRESENÇA DE CICATRIZ DE REGIÃO BEM CONSOLIDADA SEM LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS ARTICULARES, SEM HIPOTROFIA MUSCULAR, REFERE DOR EM PÉ, ALTERAÇÃO NA MOBILIDADE DO 1 E 2 PODODACTILO ESQUERDO.

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.

TRATAMENTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSO DE FRATURA DE TÍBIA, COM PRESENÇA DE CICATRIZ DE REGIÃO BEM CONSOLIDADA SEM LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS ARTICULARES, SEM HIPOTROFIA MUSCULAR, REFERE DOR EM PÉ, ALTERAÇÃO NA MOBILIDADE DO 1 E 2 PODODACTILO ESQUERDO.

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) ( ) 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.

Lesão	Segmento Anatômico	Lado	Percentual
1ª	Perda funcional completa de um dos membros inferiores	Esquerdo	10% Residual
2ª			
3ª			
4ª			

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 - 1/12/2020

**Assinatura do médico assistente - CRM**

Médico (a) à serviço da ACE Gestão de Saúde Ltda..

**Assinatura do médico perito – CRM**

Dra. Georgeanne Benevides  
Perita Médica  
CRM-CE 10.348

Dra. Ana Rosa P. Lima  
Endocrinologia e Metabolologia  
CRM 7148 - RJ 2037