

# 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: Edson Cabral Sousa  
CPF: 889.809.103-63  
Endereço completo: Travessa Maria de Nazare, 09, Mondubim, Fortaleza - Ce

## Informações do Acidente

Local: Fortaleza  
Data do acidente: 25/12/2017

## 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 0141843-44.2019.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 12 Vara Cível ou JEC da Comarca de Fortaleza-CE.

Fortaleza - CE, 23 de setembro de 2019

local e data

Edson Cabral 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):

**SISTEMA NERVOSO CENTRAL E MEMBRO SUPERIOR 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.

**TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE UMEMO DIREITO, MULTIPLAS FRATURAS DE FACE. TRATAMENTO CIRÚRGICO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO. TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMA EM CABEÇA (FACE E SISTEMA NERVOSO CENTRAL). TOMOGRAFIA EVIDENCIOU FOCO HEMÁTICO CONTUSIONAL EM LOBO FRONTAL DIREITO. FRATURAS DE FACE E DEPRESSÃO DO ASSOALHO ORBITÁRIO DIREITA, FRATURA FRONTAL DIREITA COM AFUNDAMENTO DE SEIO FRONTAL E HEMOSSINUS, TEMPORAL DIREITA.**

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.

**MIDRIÁSE PARALITICA DE OLHO DIREITO, COM COMPROMETIMENTO VISUAL, ENOFTALMO COM**

**NECESSIDADE DE ABERTURA MANUAL DAS PÁLPEBRAS PARA DEFINIÇÃO DA ACUIDADE, EM LAUDO OFTALMOLÓGICO NO PROCESSO, ASSIM COM COMPROMETIMENTO TOTAL DA VISÃO NESSE OLHO. LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO MEMBRO SUPERIOR COM BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.**

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: OLHO DIREITO, MEMBRO SUPERIOR DIREITO**

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 ( ) 25% Leve **( X ) 50% Média** ( ) 75% Intensa

2ª Lesão

**Perda da visão de um olho - Lado Direito**

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

3ª Lesão

( ) 10% Residual ( ) 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:

Local e data da realização do exame médico:  
Fortaleza - CE, 23 de setembro de 2019

Assinatura do médico perito - CRM

Assinatura do médico assistente - CRM

*Carla Antoniana F. de A. Vieira*

**Carla Antoniana Ferreira de Almeida Vieira**

CPF - 018.238.653-80

CRM - 13658-CE

*Alessandra Duraes Altaf*  
**Alessandra Duraes Altaf**  
CPF - 937.281.316-87  
CRM - 16562-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: Edson Cabral Sousa  
CPF: 889.809.103-63  
Endereço completo: Travessa Maria de Nazare, 09, Mondubim, Fortaleza - Ce

## Informações do Acidente

Local: Fortaleza  
Data do acidente: 25/12/2017

## 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):

### **SISTEMA NERVOSO CENTRAL E MEMBRO SUPERIOR 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.

**TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO E FRATURA DE UMEMO DIREITO, MULTIPLAS FRATURAS DE FACE. TRATAMENTO CIRÚRGICO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO. TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMA EM CABEÇA (FACE E SISTEMA NERVOSO CENTRAL). TOMOGRAFIA EVIDENCIOU FOCO HEMÁTICO CONTUSIONAL EM LOBO FRONTAL DIREITO. FRATURAS DE FACE E DEPRESSÃO DO ASSOALHO ORBITÁRIO DIREITA, FRATURA FRONTAL DIREITA COM AFUNDAMENTO DE SEIO FRONTAL E HEMOSSINUS, TEMPORAL DIREITA.**

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) ☐ ( ) 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.

**MIDRIASE PARALITICA DE OLHO DIREITO, COM COMPROMETIMENTO VISUAL, ENOFTALMO COM NECESSIDADE DE ABERTURA MANUAL DAS PÁLPEBRAS PARA DEFINIÇÃO DA ACUIDADE, EM LAUDO OFTALMOLOGICO NO PROCESSO, ASSIM COM COMPROMETIMENTO TOTAL DA VISÃO NESSE OLHO. LIMITAÇÃO NA MOBILIDADE DO MEMBRO SUPERIOR COM BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO DIREITO.**

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: OLHO DIREITO, MEMBRO SUPERIOR DIREITO**

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 um dos membros superiores - Lado Direito</b>	
	( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( X ) 50% Média ( ) 75% Intensa
2ª Lesão	
<b>Perda da visão de um olho - Lado Direito</b>	
	( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa
3ª Lesão	
	( ) 10% Residual ( ) 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, 23 de setembro de 2019

Assinatura do assistente TÉCNICO - CRM

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