

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: ANA CRISTINA DE OLIVEIRA FELIPE

CPF: 825.467.203-25

Endereço completo: RUA JOSÉ ONOFRE, 150,CASA A,NOVO MONDUBIM, FORTALEZA-CE

Informações do Acidente

Local: Fortaleza/CE

Data do Acidente: 1/1/2018

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 0149663-17.2019.8.06.0001, 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

ana cristina oliveira

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);

Membro inferior 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.

Osteossíntese com fixador externo de fratura exposta da tíbia e fíbula esquerdas. Evoluiu com pseudoartrose e osteomielite necessitando de novos procedimentos cirúrgicos. Permanece com Lizarov sem previsão de retirada.

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.

Apesar de ainda esta com fixação externa, a vítima já apresenta sequelas no membro inferior com encurtamento, bloqueio grave de flexão do joelho e tornozelo e prejuízo da marcha necessitando do auxílio de muletas.

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	75% Intensa
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 - 4/12/2020

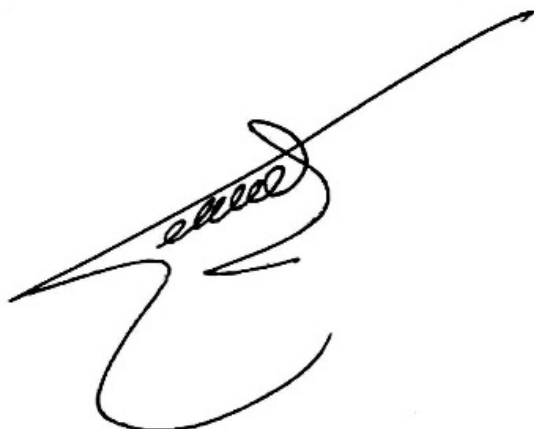
Assinatura do médico assistente - CRM

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

Assinatura do médico perito – CRM



Dr. Manoel Odorico de Moraes Filho
CREMEC 2144
CPF: 048545433-53



Dr Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050