

# 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 GOMES VIEIRA  
 CPF: 430.997.507-00  
 Endereço completo: RUA TUPI, 1538, HENRIQUE JORGE, FORTALEZA - CE

### Informações do Acidente

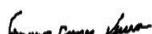
Local: Fortaleza  
 Data do acidente: 01/08/2017

### 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 0164716-38.2019.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 30 VC da Comarca de FORTALEZA-CE.

FORTALEZA, 25 de outubro de 2021

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  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.

**Fratura do platô tibial esquerdo tratada cirurgicamente, com colocação de parafuso. Atualmente com limitação dos movimentos de flexo-extensão do joelho esquerdo, edema residual.**

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. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

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 dos movimentos de flexo-extensão do joelho esquerdo, edema residual.**

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:

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.

Região Corporal (Sequela):

**Perda completa da mobilidade de um joelho - Lado Esquerdo**

% do dano:

( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( **X** ) **75% intensa** ( ) 100% completo

Local e data da realização do exame médico:

FORTALEZA, 25 de outubro de 2021

Assinatura do Médico Assistente - CRM



Dr. Joaquim Freitas Diogo  
Médico do Trabalho  
CRM-CE 8133

Assinatura do Médico Perito - CRM



Fernando Antônio Frola Bezerra  
CRM-CE 2367  
CREMEC 2367 CPF 073444063-49

JOAQUIM FREITAS DIOGO

CPF - 549.070.043-20

CRM - 8133 - Ceará

FERNANDO ANTONIO FROTA

CPF - 073.444.063-49

CRM - 2367 - Ceará



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Fortaleza

30ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8472,  
Fortaleza-CE - E-mail: for30cv@tjce.jus.br

**DECISÃO INTERLOCUTÓRIA**

Processo nº: **0164716-38.2019.8.06.0001**

Classe – Assunto: **Procedimento Comum Cível - Seguro**

Requerente: **Francisco Gomes Vieira**

Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Intimem-se as partes para, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, manifestar-se sobre o laudo pericial acostado aos autos, nos termos do art 477 §1º, CPC/2015.

Faculto as partes, em igual prazo, apresentar proposta de acordo para possível homologação.

Em caso de transcurso de prazo sem quaisquer manifestação, dou por encerrada a fase instrutória, devendo os autos seguirem conclusos para julgamento.

Fortaleza/CE, 26 de outubro de 2021.

**Shirley Maria Viana Crispino Leite**

Juíza de Direito