

# **AVALIAÇÃO MÉDICA** **PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE**

[Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

## **Informações da Vítima**

Nome completo: *PEDRO HENRIQUE PEREIRA LIMA*

CPF: *671.908.983-87*

Endereço completo: *Rua padre constantino 203 - FORTALEZA-CE*

## **Informações do acidente**

Local: *FORTALEZA*

Data: *21 / 01 / 2019*

## **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 *01645240820198060001*, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na *749* Vara Cível ou JEC da Comarca de *FORTALEZA* – ( *CE* ).

Local, *FORTALEZA* , Data *07 / 10 / 2020*



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);

*MSD*

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.

*MSD: FRATURA METAEPIFISÁRIA DISTAL DO RADIO COM EXTENSÃO PARA A ARTICULAÇÃO RADIOCARPAL. TRATAMENTO CONSERVADOR COM TALA GESSADA. LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA DO PUNHO. DIMINUIÇÃO NDA FORÇA MUSCULAR.*

**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) ☒ ] 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 funcional do membro superior direito;*

**V)** Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

☒ ] Não ☐ ] Sim, em que prazo:

**Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de 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: *Membro superior direito;*

a) ☐ ] **Total**

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

b) ☒ ] **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) ☒ ] **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 <i>Membro superior direito</i>	<input type="checkbox"/> ] 10% residual	<input checked="" type="checkbox"/> ] 25% leve	<input type="checkbox"/> ] 50% médio	<input type="checkbox"/> ] 75% intensa	<input type="checkbox"/> ] 100% completo
2ª Lesão	<input type="checkbox"/> ] 10% residual	<input type="checkbox"/> ] 25% leve	<input type="checkbox"/> ] 50% médio	<input type="checkbox"/> ] 75% intensa	<input type="checkbox"/> ] 100% completo
3ª Lesão	<input type="checkbox"/> ] 10% residual	<input type="checkbox"/> ] 25% leve	<input type="checkbox"/> ] 50% médio	<input type="checkbox"/> ] 75% intensa	<input type="checkbox"/> ] 100% completo
4ª Lesão	<input type="checkbox"/> ] 10% residual	<input type="checkbox"/> ] 25% leve	<input type="checkbox"/> ] 50% médio	<input type="checkbox"/> ] 75% intensa	<input type="checkbox"/> ] 100% completo

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:

*749 - Fortaleza - CE, 07-10-2020*

Maria Elisabete Amaral de Moraes - CRM: 2145 - CE



Ace Gestão de Saúde

Antonio Onofre Virginio de Sousa - CRM: 4132 - CE

