

## 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:** Maria Aparecida Barbosa

**CPF:** 81354223349

**Endereço completo:** Rua Capitão Vasconcelos, 934, Aerolandia

#### Informações do Acidente

**Local:** Fortaleza/CE

**Data do Acidente:** 30/7/2019

### 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 0200939-87.2019.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 14ª Vara Cível ou JEC da Comarca de Fortaleza-CE.

Fortaleza - CE, 25/04/2022

local e data

Maria Aparecida Barbosa

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);**

Ombro direito e membro inferior 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.**

Tratamento conservador de trauma contuso no ombro direito com Bloqueio do arco de movimento do ombro. Tratamento cirúrgico com osteossíntese de fratura da tíbia e da fíbula do MID com diminuição da força do membro e deformidade estrutural.

**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 conservador de trauma contuso no ombro direito com Bloqueio do arco de movimento do ombro. Tratamento cirúrgico com osteossíntese de fratura da tíbia e da fíbula do MID com diminuição da força do membro e deformidade estrutural.

**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.

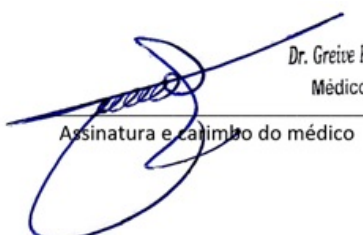
Lesão	Segmento Anatômico	Lado	Percentual
1ª	Perda completa da mobilidade de um dos ombros	Direito	25% Leve
2ª	Perda anatômica completa de um dos membros inferiores	Direito	50% Média
3ª			
4ª			

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 - 25/4/2022

**Assinatura do médico assistente - CRM**  
**Médico (a) à serviço da Expermed.**

  
Dr. Greive Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050  
Assinatura e carimbo do médico

**Assinatura do médico perito - CRM**

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