

## 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:** JONATHAS CARNEIRO DE SOUSA

**CPF:** 611.329.943-06

**Endereço completo:** RUA 65, 160, PREFEITO JOSÉ WALTER, FORTALEZA-CE

#### Informações do Acidente

**Local:** Fortaleza/CE

**Data do Acidente:** 6/12/2017

#### 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 0199343-68.2019.8.06.0001, 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, 08/12/2020

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**

**II) Descrever o quadro clínico atual informando:**

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);  
**PUNHO DIREITO E JOELHO 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.  
**FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E ULNA DIREITOS, SENDO REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE. JOELHO COM TRAUMA CORTO-CONTUSO SENDO REALIZADO SUTURA SIMPLES.**

**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.

EDEMA RESIDUAL EM PUNHO DIREITO, BLOQUEIO ARTICULAR MODERADO DE PUNHO DIREITO. SEM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO NO JOELHO.

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
1 <sup>a</sup>	Perda completa da mobilidade de um dos punhos	Direito	50% Média
2 <sup>a</sup>			
3 <sup>a</sup>			
4 <sup>a</sup>			

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**

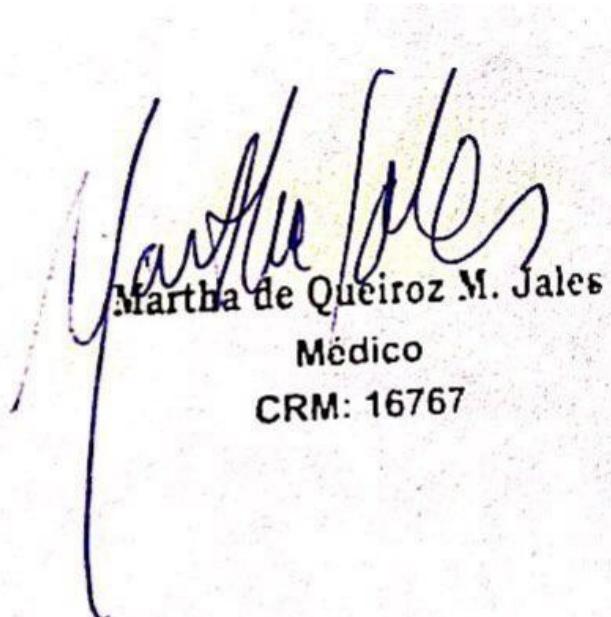
Fortaleza - 8/12/2020

Assinatura do médico assistente - CRM

Médico (a) à serviço da Toledo Assistência Médica LTDA.

Assinatura do médico perito – CRM

  
Dra. Carla Antoniana Vieira  
Clínica Médica  
CREMEC 13658 RQE 8092

  
Martha de Queiroz M. Jales  
Médico  
CRM: 16767