

# 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: ANTONIO NELTON DE LIMA  
CPF: 568.003.983-49  
Endereço completo: RUA B, 54, NOSSA SENHORA DO LIVRAMENTO, TRAIRI - CE

## Informações do Acidente

Local: TRAIRI  
Data do acidente: 14/10/2017

## 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 0215396-90.2020.8.06.0001, 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, 3 de dezembro 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):

**MIE: OMBRO ESQ: QUADRIL: TCE**

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.

**MIE: FRATURA BIMALEOLAR. OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS**

**OMBRO ESQ: FRATURA DE CLAVÍCULA. TRATAMENTO CONSERVADOR.**

**QUADRIL: DISJUNÇÃO SÍFISE-PÚBICA. TRATAMENTO CONSERVADOR**

**TCE: SEQUELA DE DIFICULDADE COGNITIVA.**

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.

**BLOQUEIO ARTICULAR PARA DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO. DIFERENÇA DE**

**TAMANHO DO MEMBRO EM RELAÇÃO AO CONTRALATERAL. EDEMA RESIDUAL,**

**DEFORMIDADE ÓSSEA, DIFICULDADE PARA DEAMBULAR; UTILIZA MULETAS.**

**DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO E CONSOLIDAÇÃO VICIOSA**

**DA CLAVÍCULA. DEFICIT COGNITIVO LEVE.**

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

Sim, em que prazo:

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 dos ombros - Lado Esquerdo**

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela):

**Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante**

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela):

**Perda funcional completa de um dos membros inferiores - Lado Esquerdo**

% do dano:

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

---

Local e data da realização do exame médico:

FORTALEZA, 3 de dezembro de 2021

Assinatura do Médico Assistente - CRM

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

Assinatura do Médico Perito - CRM

  
Dr. M. Elisabete A. M. Moraes  
CRM/CE 2145 CPF 090413893-34

JOAQUIM FREITAS DIOGO  
CPF - 549.070.043-20  
CRM - 8133 - Ceará

MARIA ELISABETE AMARAL DE MORAES  
CPF - 090.413.893-34  
CRM - 2145 - Ceará