

# 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. OSTEOSSÍNTESE 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  
Medicina do Trabalho  
CRM-CE 8133

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

Assinatura do Médico Perito - CRM

  
Dra. M<sup>te</sup> Elisabete A. Moraes  
CREMEC 2145 CPF: 090413893-34

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