

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: JEFERSON JARDEL MAGALHÃES DOS SANTOS
CPF: 059.206.653-35
Endereço completo: RUA JOSÉ MARINHO, 408, ARATURI, CAUCAIA - CE

Informações do Acidente

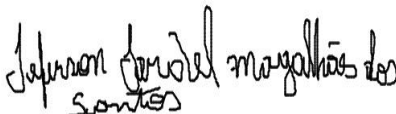
Local: FORTALEZA
Data do acidente: 21/12/2018

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 0206073-61.2020.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 14 VC da Comarca de FORTALEZA-CE.

FORTALEZA, 25 de novembro 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):
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 DESALINHADA DE ÚMERO. OSTEÓSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
- 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.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO E COTOVELO DIREITO. DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.
- 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 funcional completa de um dos membros superiores - Lado Direito

% do dano:

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

Local e data da realização do exame médico:

FORTALEZA, 25 de novembro de 2021

Assinatura do Médico Assistente - CRM


Dr. Joaquim Freitas Digo
Medicina do Trabalho
CRM-CE 8133

JOAQUIM FREITAS DIOGO

CPF - 549.070.043-20

CRM - 8133 - Ceará

Assinatura do Médico Perito - CRM


Pro. M^{te} Elisabete A. Moraes
CRM-CE 2145

MARIA ELISABETE AMARAL DE MORAES

CPF - 090.413.893-34

CRM - 2145 - Ceará