

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: JOSE LOPES DA SILVA
CPF: 881.088.993-20
Endereço completo: RUA EDUARDO NOVAES, 729, SAPIRANGA, FORTALEZA - CE

Informações do Acidente

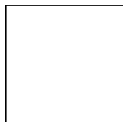
Local: Fortaleza
Data do acidente: 05/12/2016

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 0228390-53.2020.8.06.0001, 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, 26 de outubro de 2021

Local e Data



Digital do dedo Polegar do lado Direito

Avaliação Médica

- I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?
(**X**) 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):
Membro inferior esquerdo
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 cirúrgico com osteossíntese de fratura do platô tibial.
- III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?
() Sim (**X**) 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) (**X**) **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.
Atrofia muscular com comprometimento da deambulação com deformidade em valgo. Encurtamento do membro e diminuição da força.
- V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?
() Sim, em que prazo:
(**X**) 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 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, 26 de outubro 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


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

MANOEL ODORICO DE MORAES FILHO
CPF - 048.545.433-53
CRM - 2144 - Ceará

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Fortaleza

30ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8472, Fortaleza-CE - E-mail: for30cv@tjce.jus.br

DECISÃO INTERLOCUTÓRIA

Processo nº: **0228390-53.2020.8.06.0001**
Classe – Assunto: **Procedimento Comum Cível - Seguro**
Requerente: **Jose Lopes da Silva**
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Intimem-se as partes para, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, manifestar-se sobre o laudo pericial acostado aos autos, nos termos do art 477 §1º, CPC/2015.

Faculto as partes, em igual prazo, apresentar proposta de acordo para possível homologação.

Em caso de transcurso de prazo sem quaisquer manifestação, dou por encerrada a fase instrutória, devendo os autos seguirem conclusos para julgamento.

Fortaleza/CE, 27 de outubro de 2021.

Marcia Oliveira Fernandes Menescal de Lima

Juíza de Direito