

## AVALIAÇÃO MÉDICA

### PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE

[Art. Da lei 11.945 de 04/06/2009 que altera a lei 6.194 de 14/12/19974]

#### Informações da Vítima

Nome completo: **ALDALICE DOS SANTOS OLIVEIRA**

CPF: 093.602.153-50/ RG: **8.018.860 SSP-PI**

Nome do responsável: **Simone Ferreira dos Santos**

RG: 2.534.052 SSP-PI

Endereço completo: Rua Edmar de Carvalho Rocha, s/n, bairro Fatima, no município de Barras (PI).

#### Informações do Acidente

Local: Na rodovia PI entre Barras (PI) e Batalha (PI)

Data do acidente: 13/05/2018.

#### 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 **0801682-95.2019.8.18.0039**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na Vara única ou JEC da comarca de: **Barras (PI)**.

Barras (PI), 01/03/2021.

Local e Data

Aldalice dos Santos de Oliveira  
Assinatura

Simone Ferreira dos Santos  
Assinatura do responsável

Dr. Mauro R. Rocha, CRM  
Médico  
Cirurgião Geral  
Médico Especialista



## 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):

R – Membro inferior esquerdo (fratura do fêmur), Membro inferior direito (fratura do fêmur e fratura do platô tibial 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.

R – Apresenta no momento no exame físico realizado, cicatriz com 13,0 cm na coxa esquerda região lateral com 25,0 cm, e com 13,0 cm na perna esquerda na região anterior proximal, e cicatriz com 26,0 cm na coxa direita na região lateral distal, e cicatriz com 15,0 cm na região anterior proximal, com perdas de sensibilidade, apresenta rigidez articular no joelho direito, com prejuízo da manobra de agachamento, e apresenta pequenos orifícios com saída de secreção ativa e purulenta (osteomielite crônica), a apresenta alteração anatômica com deformidade no joelho direito.

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 indicada(s):

R – Resposta prejudicada.

IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

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 vítima.

R - Apresenta no momento no exame físico como sequelas, cicatriz com 13,0 cm na coxa esquerda região lateral com 25,0 cm, e com 13,0 cm na perna esquerda na região anterior proximal, e cicatriz com 26,0 cm na coxa direita na região lateral distal, e cicatriz com 15,0 cm na região anterior proximal, com perdas de sensibilidade, apresenta rigidez articular no joelho direito, com prejuízo da manobra de agachamento, e apresenta pequenos orifícios com saída de secreção ativa e purulenta (osteomielite crônica), a apresenta alteração anatômica com deformidade no joelho direito.

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

( ) Sim, em que prazo:

(X) Não

  
Dr. Manoel S. Ramos Filho  
Médico  
CRM nº 10.101  
Ribeirão Preto, SP



*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) permanentes(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômicos(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:

R -

Segmento corporal acometido:

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 partes do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

Em se tratando de dano parcial informa se o dono é:

**b.1) ( X ) Parcial completo ( Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima): Membro inferior direito. (100%)**

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) Informa o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II § 1º

do art. 3º da Lei 6.1954/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatômico

Marque aqui o percentual

**1ª Lesão: Membro inferior esquerdo.**

( ) 10% Residual ( ) 25 % leve ( X ) 50 % Média ( ) 75 % Intensa

2ª Lesão:

( ) 10% Residual ( ) 25 % leve ( ) 50 % Média ( ) 75 % Intensa

3ª Lesão:

( ) 10% Residual ( ) 25 % leve ( ) 50 % Média ( ) 75 % Intensa

4ª Lesão:

( ) 10% Residual ( ) 25 % leve ( ) 50 % Média ( ) 75 % Intensa

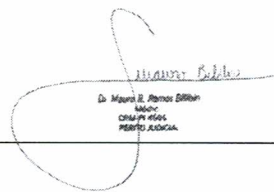
Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

R -

Local e data da realização do exame médico: 01/03/2021 – Barras (PI).

Assinatura do médico perito – CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico assistente – CRM: \_\_\_\_\_

  
Dr. Mauro E. Ramos Brito  
Médico  
CRM-PI nº 1045  
PÉLOTO ASSOCIAL