

## 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:** Danilo Alison Miranda Cruz**CPF:** 052.260.773-00**Endereço completo:** Rua Einsten, 2446, Parque São José

## Informações do Acidente

**Local:** Fortaleza/CE**Data do Acidente:** 19/11/2018

## 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 0228517-88.2020.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 14ª Vara Cível ou JEC da Comarca de Fortaleza-CE.

Fortaleza - CE, 09/12/2021

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

**II) Descrever o quadro clínico atual informando:**

**a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);**

membro superior direito, punho esquerdo e crânio facial

**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 de lesão do plexo braquial direito, Tratamento cirúrgico de fratura do complexo zigomático facial. tratamento cirúrgico de fratura do punho esquerdo.

**III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?**

NÃO

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s) e, se for o caso, se as mesmas já estavam prescritas no momento da avaliação administrativa:

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

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.

Plegia e bloqueio do arco de movimento do ombro. Diminuição da amplitude bucal, dificuldade na mastigação e assimetria facial. Bloqueio do arco de movimento do punho esquerdo.

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

NÃO

Se SIM, informe o prazo:

**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:**

**PARCIAL (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).**

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.

Lesão	Segmento Anatômico	Lado	Percentual
1ª	Perda funcional completa de um dos membros superiores	Direito	75% Intensa
2ª	Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva ou excretora		50% Média
3ª	Perda completa da mobilidade de um dos punhos	Esquerdo	50% Média
4ª			

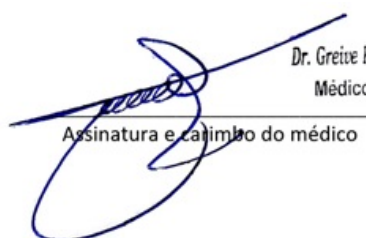
Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

**Local e data da realização do exame médico**

Fortaleza - 9/12/2021

**Assinatura do médico assistente - CRM  
Médico (a) à serviço da Expermed.**

**Assinatura do médico perito - CRM**

  
Dr. Greive Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050  
Assinatura e carimbo do médico

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