

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: FRANCISCO JOSE DE SOUSA COSTA
 CPF: 371.784.823-20
 Endereço completo: Fazenda Cacimba da pedra, sem número, ZONA RURAL, MADALENA - CE

Informações do Acidente

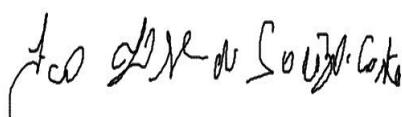
Local: MADALENA
 Data do acidente: 09/12/2017

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 0202078-06.2021.8.06.0001, 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, 18 de outubro de 2022

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):

PESCOÇO E FACE

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.

TRAUMA RAQUIMEDULAR CERVICAL, SUBMETIDO A ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DE C3-C5 TRAUMA EM FACE COM ESCORIAÇÕES, COM LACERAÇÃO EM PAVILHÃO AURICULAR E NASAL, REALIZADO RECONSTRUÇÃO DE FACE .

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.

APRESENTA DIFICULDADE DE MOBILIZAR O PESCOÇO, FLEXO-EXTENSÃO, MODERADO, COM MAIOR ACOMETIMENTO NA EXTENSÃO. DÉFICIT MOTOR COM REDUÇÃO DE FORÇA EM AMBOS OS MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES EM GRAU 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 do segmento cervical da coluna vertebral

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela):

Perda funcional completa de ambos os membros superiores

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela):

Perda funcional completa de ambos os membros inferiores

% do dano:

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

Local e data da realização do exame médico:

FORTALEZA, 18 de outubro de 2022

Assinatura do Médico Assistente - CRM


Dr. Greive Freitas Cavalcante
 Médico - CRM 9050
 Digitalizado com CamScanner

Assinatura do Médico Perito - CRM


 Carla Antoniana Vieira
 Especialista
 CRM 13658

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM - 9050 - Ceará

CARLA ANTONIANA FERREIRA DE ALMEIDA VIEIRA
 CRM - 13658 - Ceará