

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: JOAO VITOR CALAÇA SILVA

CPF: 608.631.563-98

Endereço completo: RUA ARISTOTILES BEZERRA 302 CARLITO PAMPLONA - FORTALEZA - CE

Informações do Acidente

Local: Fortaleza/CE

Data do Acidente: 6/8/2016

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 0114756-50.2018.8.06.0001, 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

João Vitor Calaca Silva

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);

MÃO ESQUERDA E PÉ 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.

COLOCAÇÃO DE FIO INTRAOSSEO EM PRIMEIRO QUIRODACTILO A ESQUERDA, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO COM PRIMEIRO QUIRODACTILO A ESQUERDA, LACERÇÃO EM PÉ ESQUERDO COM ENXERTO EM PÉ COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE EEVERSAO E INVERSAO DO PÉ

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:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por PEDRO FIRMEZA DA COSTA, liberado nos autos em 05/01/2022 às 11:55. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0114756-50.2018.8.06.0001 e código A44ECB1.

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.

COLOCAÇÃO DE FIO INTRAOSSEO EM PRIMEIRO QUIRODACTILO A ESQUERDA, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO COM PRIMEIRO QUIRODACTILO A ESQUERDA, LACERAÇÃO EM PÉ ESQUERDO COM ENXERTO EM PÉ COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE EVERSÃO E INVERSÃO DO PÉ

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 completa da mobilidade do dedo polegar	Esquerdo	25% Leve
2ª	Perda funcional completa de um dos pés	Esquerdo	25% Leve
3ª			
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

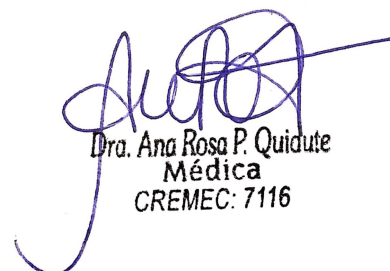
Fortaleza - 9/12/2021

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



Dr. Augusto Freitas Diego
Médico - CRM 8133
CR 15.11.198-31

Assinatura do médico perito - CRM



Dra. Ana Rosa P. Quidute
Médica
CREMEC: 7116