

# 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: Helio dos Santos Souza  
CPF: 046.497.173-02  
Endereço completo: Rua Santa Margarida, 21, Planalto do Pici, Fortaleza - Ce

## Informações do Acidente

Local: FORTALEZA  
Data do acidente: 10/12/2017

## 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 0187816-56.2018.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 12 Vara Cível ou JEC da Comarca de Fortaleza-CE.

Fortaleza - CE, 21 de março de 2019

\_\_\_\_\_ local e data

*Helio dos Santos Souza*

\_\_\_\_\_ 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):

**MEMBRO SUPERIOR DIREITO / MEMBRO SUPERIOR 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.

**FRATURA DE ÚMERO DIREITO - TRATAMENTO CONSERVADOR. FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO - TRATAMENTO CIRÚRGICO. FRATURA DE ÚMERO E COTOVELO ESQUERDOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO.**

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

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.

**LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DE ROTAÇÃO, ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO OMBRO DIREITO. HIPOTROFIA MUSCULAR COM REDUÇÃO DA FORÇA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. LIMITAÇÃO DA SUPINAÇÃO, DEBILIDADE FUNCIONAL DO MÉMBRO SUPERIOR DIREITO EM GRAU MÉDIO. LIMITAÇÃO DA AMPITUDE DOS MOVIMENTOS DE ROTAÇÃO, ABDUÇÃO E ELEVAÇÃO DO**

**OMBRO ESQUERDO. HIPOTROFIA MUSCULAR COM REDUÇÃO DA FORÇA DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO EM GRAU INTENSO. DEBILIDADE FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO EM GRAU INTENSO.**

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:

**Segmento corporal acometido: MEMBRO SUPERIOR DIREITO / MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO**

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.

Segmento Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

**Perda funcional completa de um dos membros superiores - Lado Direito**

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

2ª Lesão

**Perda funcional completa de um dos membros superiores - Lado Esquerdo**

( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( X ) 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:

Local e data da realização do exame médico:  
Fortaleza - CE, 21 de março de 2019

Assinatura do médico perito - CRM

  
Josebson Silva Dias  
CPF - 555.458.663-53  
CRM - 8291-CE

Assinatura do médico assistente - CRM

  
Andre de Oliveira Leal  
CPF - 029.258.907-76  
CRM - 16566-CE

# PARECER MÉDICO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA

[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: Helio dos Santos Souza  
CPF: 046.497.173-02  
Endereço completo: Rua Santa Margarida, 21, Planalto do Pici, Fortaleza - Ce

## Informações do Acidente

Local: FORTALEZA  
Data do acidente: 10/12/2017

## 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):

**MMSS.**

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.

**FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL DIREITO E ESQUERDO, COTOVELO ESQUERDO E ANTEBRAÇO DIREITO. TRATAMENTO CONSERVADOR, PARA O OMBRO DIREITO E CIRÚRGICO, PARA AS DEMAIS LESÕES. ASSIMETRIA ESCAPULAR, ATROFIA MUSCULAR DOS MMSS, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DOS MMSS, CICATRIZES CIRÚRGICAS E LIMITAÇÃO GRAVE DO OMBRO E COTOVELO ESQUERDO E MODERADA DO OMBRO E ANTEBRAÇO DIREITO.**

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) 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:

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.

**DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MSD E GRAVE DO MSE, PELA ATROFIA MUSCULAR, DIMINUIÇÃO DE FORÇA E MOVIMENTOS.**

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 e se for o caso, a partir do pagamento administrativo indicar: agravamento, melhora e/ou nova lesão:

Agravamento

- ( ) Melhora  
( ) Nova lesão

#### Segmento corporal acometido: MMSS.

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.

Segmento Anatômico	Marque aqui o percentual
1ª Lesão	
<b>Perda funcional completa de um dos membros superiores - Lado Direito</b>	
( ) 10% Residual ( ) 25% Leve (X) 50% Média ( ) 75% Intensa	
2ª Lesão	
<b>Perda anatômica completa de um dos membros superiores - Lado Esquerdo</b>	
( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média (X) 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:

#### JUSTIFICATIVA DE CONCORDÂNCIA COM A PERICIA JUDICIAL:

CONCORDO COM O PARECER DO MÉDICO PERITO DO JUÍZO.  
SEM LAUDO ADM.

#### JUSTIFICATIVA DE DIVERGÊNCIA DA PERÍCIA JUDICIAL:

Local e data da realização do exame médico:  
Fortaleza - CE, 21 de março de 2019

Assinatura do assistente TÉCNICO - CRM

  
  
Andre de Oliveira Leal  
CPF - 029.258.907-76  
CRM - 16566-CE