

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: Ana Vladia da Costa Pinheiro
CPF: 054.555.643-07
Endereço completo: Rua Nene Honorato, Sn, Tapuiu, Aquiraz - Ce

Informações do Acidente

Local: Aquiraz
Data do acidente: 20/12/2017

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 0149054-68.2018.8.06.0001, 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, 14 de março de 2019

local e data

Ana Vladia da Costa Pinheiro

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 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.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO ÚMERO ESQUERDO.

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.

EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

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:

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 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 Esquerdo

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

Local e data da realização do exame médico:
Fortaleza - CE, 14 de março de 2019

Assinatura do médico perito - CRM

Assinatura do médico assistente - CRM


Alessandra Duraes Altaf
CPF - 937.281.316-87
CRM - 16562-CE



Antonia Marnoide Ferreira de Alencar Araripe
CPF - 241.377.583-87
CRM - 8496-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: Ana Vladia da Costa Pinheiro
CPF: 054.555.643-07
Endereço completo: Rua Nene Honorato, Sn, Tapuiu, Aquiraz - Ce

Informações do Acidente

Local: Aquiraz
Data do acidente: 20/12/2017

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):

MSE

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 ESQUERDO, TTM CIRÚRGICO. AO EXAME APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FORÇA EM MSE, CICATRIZ CIRÚRGICA EM BRAÇO, LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO OMBRO

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.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM MSE

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

☐ Agravamento

☐ Melhora

☐ Nova lesão

Segmento corporal acometido: MSE

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 Esquerdo

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

JUSTIFICATIVA DE CONCORDÂNCIA COM A PERÍCIA JUDICIAL:

DE ACORDO COM PERITO
MANTIDA

JUSTIFICATIVA DE DIVERGÊNCIA DA PERÍCIA JUDICIAL:

Local e data da realização do exame médico:
Fortaleza - CE, 14 de março de 2019

Assinatura do assistente TÉCNICO - CRM


Toledo
Assessoria e Consultoria Médica
CPF - 937.281.316-87
CRM - 16562-CE