

# **AVALIAÇÃO MÉDICA**

## **PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE**

[Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

### **Informações da Vítima**

Nome completo: ***FRANCISCO FABIO DE VASCONCELOS***

CPF: ***044.262.733-58***

Endereço completo: ***São Vicente de Paula, 729. Caucaia - ce***

### **Informações do acidente**

Local: ***MARACANAÚ***

Data: ***29 / 06 / 2016***

### **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 ***01281133420178060001***, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na ***24 Vara Cível ou JEC da Comarca de FORTALEZA - ( CE )***.

**Local, *MARACANAÚ* , Data *28 / 05 / 2019***

*Francisco Fabio de Vasconcelos*

**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);

***FACE E DEDO DA MÃO ESQUERDA***

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 FACE COM TRATAMENTO CIRÚRGICO E LESÃO DO SEGUNDO QUIRODÁCTIL ESQUERDO COM SUTURA. FICOU COMO SEQUELA BLOQUEIO DA AMPLITUDE BUCAL E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO SEGUNDO QUIRODÁCTIL 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.

*Limitação funcional do 2º quirodáctilo esquerdo; Dano crânio facial;*

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

[  ] Não [  ] Sim, em que prazo:

**Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de 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: *2º quirodáctilo esquerdo; Estruturas crânio faciais;*

a) [  ] **Total**

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

b) [  ] **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) [  ] **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

*2º quirodáctilo esquerdo*

[  ] 10% residual [  ] 25% leve [  ] 50% médio [  ] 75% intensa [  ] 100% completo

2ª Lesão

*Estruturas crânio faciais*

[  ] 10% residual [  ] 25% leve [  ] 50% médio [  ] 75% intensa [  ] 100% completo

3ª Lesão

[  ] 10% residual [  ] 25% leve [  ] 50% médio [  ] 75% intensa [  ] 100% completo

4ª Lesão

[  ] 10% residual [  ] 25% leve [  ] 50% médio [  ] 75% intensa [  ] 100% completo

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:

*24 - Fortaleza - CE, 28-05-2019*

Janio Cordeiro Barroso - CRM: 5739 - CE

*Janio Cordeiro Barroso*

Ace Gestão de Saúde  
Greive Freitas Cavalcante - CRM: 9050 - CE

  
Dr. Greive Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050