

## 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:** ESTEVA MARIA ANJO

**CPF:** 930.611.703-59

**Endereço completo:** RUA II CASA 4 ,910 PARQUE SANTANA - FORTALEZA - CE

#### Informações do Acidente

**Local:** Fortaleza/CE

**Data do Acidente:** 12/7/2017

#### 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 0140699-69.2018.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 30ª Vara Cível ou JEC da Comarca de Fortaleza-CE.

Fortaleza - CE, 03/12/2020

local e data

*Esteve em ato*

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);

**Trauma craneano com lesão périorbitaria esquerda e temporal 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.

**Trauma craneano com lesão périorbitaria esquerda e temporal esquerdo tratada conservadoramente e sem sequelas conforme documentação do primeiro atendimento hospitalar. No entanto, a requerente informa ter apresentado trauma lacero-contuso em joelho direito e cotovelo direito que não puderam ser comprovados por ausência de documentação.**

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:

**Disfunções apenas temporárias**

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

**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:**

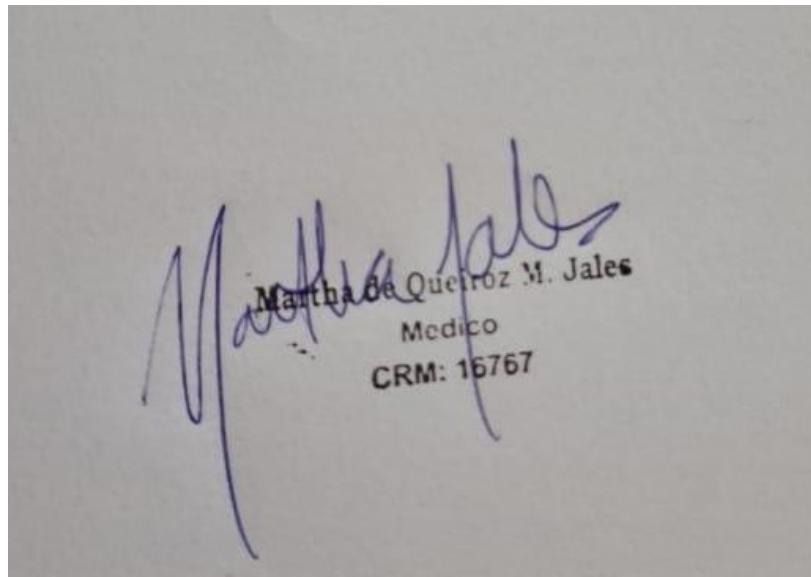
b.1) ( ) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)  
b.2) ( ) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)

**Local e data da realização do exame médico**

Fortaleza - 3/12/2020

**Assinatura do médico assistente - CRM**

Médico (a) à serviço da ACE Gestão de Saúde Ltda..



Martha de Queiroz M. Jales  
Medico  
CRM: 16767

**Assinatura do médico perito – CRM**



Fernando Antonio Frota Bezerra  
Médico  
CREMEC 2367 CPF 073444063-49