

## 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 CLEIDE TABOSA BRAGA

**CPF:** 929.971.983-72

**Endereço completo:** RUA PE. JOSE ROMUALDO 163 - CENTRO - TRAIRI - CE

#### Informações do Acidente

**Local:** Trairi/CE

**Data do Acidente:** 4/11/2017

#### 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 0148934-88.2019.8.06.0001, 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, 26/10/2020

local e data

Ana Cleide Tabosa Braga

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);

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.

PÉ ESQUERDO: FRATURA INCOMPLETA DO 2º, 3º E 4º METATARSO

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:

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.

PÉ ESQUERDO: FRATURA INCOMPLETA DO 2º, 3º E 4º METATARSO. TRATAMENTO CONSERVADOR COM TALA GESSADA. REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. APRESENTA BLOQUEIO LEVE DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ. DISCRETO EDEMA DE TORNOZELO.

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).**

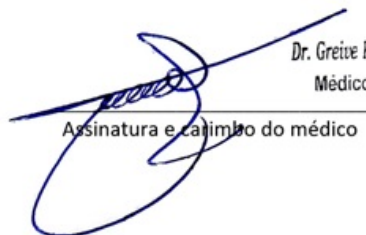
- b.1) ( ) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)  
b.2) ( X ) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)  
b.2.1) Informar 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 funcional completa de um dos pés | Esquerdo | 25% Leve   |
| 2ª    |                                        |          |            |
| 3ª    |                                        |          |            |
| 4ª    |                                        |          |            |

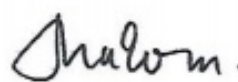
Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico  
Fortaleza - 26/10/2020

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

  
Dr. Greive Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050  
Assinatura e carimbo do médico

Assinatura do médico perito – CRM

  
Dra. Mª Elisabete A. Moraes  
CREMEC 2145 CPF: 090413893-34