

## QUESITOS DO JUÍZO, PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE

[Art. 31º da Lei 11945 de 04/06/2009 que altera a lei 6.194 de 14/12/1974]

### Informações da Vítima

Processo nº 0001590-20.2019.8.06.0158  
 Nome completo: CARLOS PESAR DE OLIVEIRA GOMES  
 CPF: 977.194.633-15  
 Endereço completo: LAGOA DO TOCO, TABOLEIRO DA VAQUEJADA, RUSSAS-CE

### Informações do Acidente

Local: \_\_\_\_\_  
 Data do acidente: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações acima indicadas são verdadeiras e que compareci por livre e espontânea vontade, para a realização de avaliação médica, objetivando verificar o grau de invalidez permanente, em razão do processo judicial nº \_\_\_\_\_, para pagamento de indenização DPVAT, no qual figuro como autor e que tramita na 1ª Vara Cível da Comarca de Russas-CE.

Russas-CE, 17/05/2022.

Carlos Cesar de Oliveira Gomes  
 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 quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região(ões) corporal(ais) encontra(m)-se acometida(s).

Ombo 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 do Ombro @ - Cirurgia.

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

( ) Sim Não (X)

Se SIM, descreva a(as) 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) (X) 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.

Refre da movimentação do sub @ ao esforço.  
sem prejuízo.

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

( ) Se sim, em que prazo; \_\_\_\_\_

(X) Não

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 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 11.945/2009, o(s) seguimento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Seguimento 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 seguimento corporal da vítima).

b.2 ( ☒ ) **Parcial Incompleto** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (Ou mais de um) seguimento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau de 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 seguimento corporal acometido.

Seguimento Anatômico                      Marque aqui o percentual

1ª Lesão                      ( ☒ ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa

Do ombro esquerdo

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 acima apresentados:

\_\_\_\_\_

Local e data da realização do exame médico:

Russas- CE, 17 /05/2022.

Assinatura do médico – CRM

Rômulo Ferrer  
Ortopedia e Traumatologia RQE: 6343  
Perícia Médica RQE: 12309  
CRM- 12115

Dr. Joaquim Freitas Diogo  
Medicina do Trabalho  
CRM-CE 8133

TOLFO