

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: JOÃO CARLOS RIBEIRO DA SILVA

CPF: 370.055.103-72

Endereço completo: RUA ALVES BEZERRA, 547, SIQUEIRA, FORTALEZA-CE

Informações do Acidente

Local: Fortaleza/CE

Data do Acidente: 19/7/2019

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 0206316-05.2020.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 14ª Vara Cível ou JEC da Comarca de Fortaleza-CE.

Fortaleza - CE, 08/12/2020

local e data

JOAO CARLOS RIBEIRO
DA SILVA

assinatura da vítima

Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);

OMBRO ESQUERDO E JOELHO 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 CONSERVADOR DE FRATURAS COMINUTIVAS E DESALINHADAS TIBIAIS EM JOELHO ESQUERDO, HEMARTROSE MODERADO VOLUME. OMBRO ESQUERDO COM FRATURA COMINUTIVA EM TUBERCULO MAIOR UMERAL COM DISCRETO DESALINHAMENTO DOS FRAGMENTOS ÓSSEOS, REALIZANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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.

BLOQUEIO ARTICULAR MODERADO EM OMBRO ESQUERDO, COM REDUÇÃO NA ELEVAÇÃO DA ARTICULAÇÃO E HIPOTROFIA MUSCULAR EM BRAÇO ESQUERDO, COM REDUÇÃO DE FORÇA E ARCO DE MOVIMENTO NO MEMBRO. JOELHO COM CREPTAÇÃO LEVE NA MOBILIZAÇÃO.

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 completa da mobilidade de um joelho	Esquerdo	25% Leve
2ª	Perda funcional completa de um dos membros superiores	Esquerdo	50% Média
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

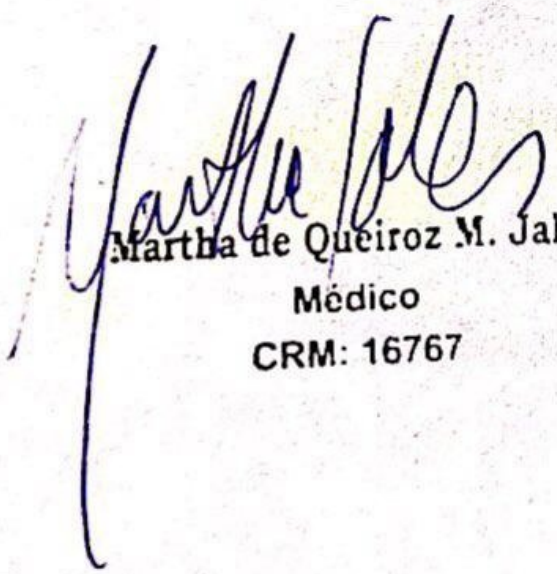
Fortaleza - 8/12/2020

Assinatura do médico assistente - CRM

Médico (a) à serviço da Toledo Assistência Médica LTDA.

Assinatura do médico perito – CRM


Dra. Carla Antoniana Vieira
Clínica Médica
CREMEC 13658 RQE 8092


Martha de Queiroz M. Jales
Médico
CRM: 16767