

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: NAJLA AUGUSTA DE SOUSA PEREIRA
CPF: 027.550.113-27
Endereço completo: MARIA ANTONIETA CLOTILDE, 588, CASA, JARDIM IRACEMA, FORTALEZA - CE, CEP: 0000

Informações do Acidente

Local: Fortaleza
Data do acidente: 04/04/2019

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 0201931-48.2019.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 30 VC da Comarca de FORTALEZA-CE.

FORTALEZA, 26 de outubro de 2021

Local e Data



Assinatura da Vítima

Avaliação Médica

- I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?
(**X**) 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):
Crânio, ombro esquerdo e coluna cervical e torácica.
 - 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 conservado de Traumatismo craniano, trauma cervical com fratura de T1 e C7, e fratura da escápula esquerda.
- III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?
() Sim (**X**) Não
Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):
- IV. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?
 - 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.
Bloqueio moderado do arco de movimento do ombro esquerdo, da coluna cervical e coluna torácica.
- V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?
() Sim, em que prazo:
(**X**) Não
Em caso de enquadramento na opção 'a' do item IV ou da 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:

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 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.

Região Corporal (Sequela):

Perda completa da mobilidade de um dos ombros - Lado Esquerdo

% do dano:

() 10% residual () 25% leve (X) **50% médio** () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral

% do dano:

() 10% residual () 25% leve (X) **50% médio** () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral

% do dano:

() 10% residual () 25% leve (X) **50% médio** () 75% intensa () 100% completo

Local e data da realização do exame médico:
FORTALEZA, 26 de outubro de 2021

Assinatura do Médico Assistente - CRM


Dr. Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Digitalizado com CamScanner

GREIVE FREITAS CAVALCATE

CPF - 558.900.833-68

CRM - 9050 - Ceará

Assinatura do Médico Perito - CRM


Dr. Manoel Odorico de Moraes Filho
CREMEC 2144
CPF: 048545433-53

MANOEL ODORICO DE MORAES FILHO

CPF - 048.545.433-53

CRM - 2144 - Ceará