

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: ANTONIO CLAYRTON ALVES DE ABREU
CPF: 046.778.063-30
Endereço completo: RUA CARLOS CHAGAS, 114, BOM SUCESSO, FORTALEZA - CE

Informações do Acidente

Local: FORTALEZA
Data do acidente: 01/07/2018

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 0203065-13.2019.8.06.0001, 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, 6 de abril de 2022

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):
MIE MSD
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.
MIE: LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES NA PERNA; LIMPEZA CIRÚRGICA MSD: FRATURA DE ANTEBRAÇO (ULNA) E MÃO. TRATAMENTO CONSERVADOR
- 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.
MSD: LIMITAÇÃO LEVE DA FORÇA. MIE: CICATRIZES EXTENSAS, EDEMA RESIDUAL. DIFICULDADE DE AGACHAMENTO.
- 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 funcional completa de um dos membros superiores - Lado Direito

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela):

Perda funcional completa de um dos membros inferiores - Lado Esquerdo

% do dano:

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

Local e data da realização do exame médico:
FORTALEZA, 6 de abril de 2022

Assinatura do Médico Assistente - CRM



GEORGEANNE SANTA CRUZ BENEVIDES

CPF - 656.874.693-20

CRM - 10348 - Ceará

Assinatura do Médico Perito - CRM



MARIA ELISABETE AMARAL DE MORAES

CPF - 090.413.893-34

CRM - 2145 - Ceará