

# 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: GONÇALO DE AMARANTE ALVES GONÇALVES  
CPF: 063.453.453-00  
Endereço completo: RUA NOVA, 266, CENTRO, UMARI - CE, CEP: 00000-00

## Informações do Acidente

Local: UMARI  
Data do acidente: 27/01/2019

## 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 0192316-34.2019.8.06.0001, 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, 24 de maio 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?  
( ☒ ) 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):  
**OMBRO DIR CRÂNIO**  
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.  
**OMBRO DIR: FRATURA DE CLAVÍCULA. OSTEOSSÍNTESE COM FIO . CRÂNIO> TRAUMA SEM FRATURAS. TRATAMENTO CONSERVADOR.**
- III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?  
( ) Sim ( ☒ ) 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) ( ☒ ) 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.  
**DIMINUIÇÃO DO ADM DO OMBRO. SEM SEQUELAS NEUROLÓGICAS NO MOMENTO.**
- V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?  
( ) Sim, em que prazo:  
( ☒ ) 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):

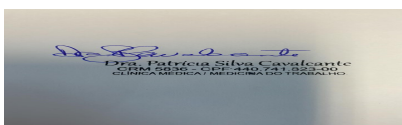
**Perda completa da mobilidade de um dos ombros - Lado Direito**

% do dano:

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

Local e data da realização do exame médico:  
FORTALEZA, 24 de maio de 2022

Assinatura do Médico Assistente - CRM



PATRICIA SILVA CAVALCANTE  
CPF - 440.741.823-00  
CRM - 5836 - Ceará

Assinatura do Médico Perito - CRM



MARIA ELISABETE AMARAL DE MORAES  
CPF - 090.413.893-34  
CRM - 2145 - Ceará