

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: FRANCISCA AMAURILIA DA CASTRO SILVA

CPF: 053.265.213-42

Endereço completo: RUA 15 - JOSÉ WALTER - FORTALEZA - CE

Informações do Acidente

Local: Caucaia/CE

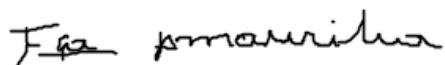
Data do Acidente: 17/2/2018

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 0204601-25.2020.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 30ª Vara Cível ou JEC da Comarca de Fortaleza-CE.

Fortaleza - CE, 28/10/2020

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

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

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

MID

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.
MID: FRATURA DO FEMUR DIREITO COM 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.

MID: FRATURA DO FEMUR DIREITO COM TRATAMENTO CIRÚRGICO. EVOLUIU COM PSEUDOARTOSE, INFECÇÃO DO MATERIAL DE OSTEOSÍNTESE NECESSITANDO DE VÁRIAS INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS. APRESENTA O MEMBRO EDEMACIADO, LIMITAÇÃO GRAVE DA FLEXÃO DO JOELHO E DE MOVIMENTAÇÃO DO QUADRIL. USO DE DUAS MULETAS CANADENSE, ATROFIA DE PANTURRILHA. ENCURTAMENTO SIGNIFICATIVO DO MEMBRO.

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 |
|----------------|---|---------|-------------|
| 1 ^a | Perda funcional completa de um dos membros inferiores | Direito | 75% Intensa |
| 2 ^a | | | |
| 3 ^a | | | |
| 4 ^a | | | |

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 - 28/10/2020

Assinatura do médico assistente - CRM
Médico (a) à serviço da Expermed.



Dr. Jefferson Freitas Diego
Belo Horizonte - CRM 0133
CR 000000000-00

Assinatura do médico perito – CRM



Dra. M. Eusabete A. Moraes
CREMEC 2145 CPF: 090413893-34