

# 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: FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS  
CPF: 090.482.683-03  
Endereço completo: RUA ANTONIO PORTELA, 573, PAJUSSARA, MARACANAU - CE

## Informações do Acidente

Local: MARACANAÚ/CE  
Data do acidente: 31/03/2019

## 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 0221216-90.2020.8.06.0001, 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

FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS

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):  
**MIE FACE**  
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: FRATURA DE FÊMUR; OSTEOSSÍNTESE HASTE INTRAMEDULAR FACE: FRATURA DE MANDÍBULA. OSTEOSSÍNTESE COM PLACA DE FIXAÇÃO NA MANDÍBULA, REGIÃO DE MENTO E CORPO MANDIBULAR DIREITO.**
- 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.  
**EVOLUIU COM OSTEOMIELOMIELITE COM PRESENÇA DE SECREÇÃO NO ORIFÍCIO DE TRAÇÃO DO FÊMUR. LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE. DISCRETA DIMINUIÇÃO DA ABERTURA BUICAL SEM PREJUÍZO NA MASTIGAÇÃO**
- 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):

**Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital**

% do dano:

( **X** ) **10% residual** ( ) 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

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Fortaleza

30ª Vara Cível (SEJUD 1º Grau)

Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhaes nº 220, Água Fria - CEP 60811-690, Fone: (85) 3492 8472, Fortaleza-CE - E-mail: for30cv@tjce.jus.br

**DECISÃO INTERLOCUTÓRIA**

Processo nº: **0221216-90.2020.8.06.0001**  
Classe – Assunto: **Procedimento Comum Cível - Seguro**  
Requerente: **Francisco Nalyson Mendes de Freitas Martins**  
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

RH

Intimem-se as partes para, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, manifestar-se sobre o laudo pericial acostado aos autos, nos termos do art 477 §1º, CPC/2015.

Faculto as partes, em igual prazo, apresentar proposta de acordo para possível homologação.

Em caso de transcurso de prazo sem quaisquer manifestação, dou por encerrada a fase instrutória, devendo os autos seguirem conclusos para julgamento.

Fortaleza/CE, 11 de abril de 2022.

**Jose Maria dos Santos Sales**

Juiz

## CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0422/2022, encaminhada para publicação.

Advogado	Forma
Erika Loiola Amorim (OAB 42472/CE)	D.J
Fabio Pompeu Pequeno Junior (OAB 14752/CE)	D.J

Teor do ato: "RH Intimem-se as partes para, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, manifestar-se sobre o laudo pericial acostado aos autos, nos termos do art 477 §1º, CPC/2015. Faculto as partes, em igual prazo, apresentar proposta de acordo para possível homologação. Em caso de transcurso de prazo sem quaisquer manifestação, dou por encerrada a fase instrutória, devendo os autos seguirem conclusos para julgamento."

Fortaleza, 13 de abril de 2022.