

# AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE

[Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

## Informações da Vítima

Nome completo: Felipe Martins Ferreira

CPF: 059526883-82

Endereço completo: Rua Rodolfo N°87 Bairro Seminário

## Informações do acidente

Local: Av. ...

Data do Acidente: 21/03/2019

## 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 \_\_\_\_\_, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na \_\_\_\_\_ Vara Cível ou JEC da Comarca de \_\_\_\_\_ - (\_\_\_\_).

Local, data.

Felipe Martins Ferreira

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);

Membros Superiores esquerdos

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.

Fratura de humero esquerdo

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) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- 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.

fratura de base, parietais, arborescentes e edema, em MSE

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 de 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:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

b) ☒ 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 ☒ 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.

Segmento Anatômico ☒ Marque aqui o percentual

1ª Lesão MEMBRO SUPERIOR ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☒ 50% Média ☐ 75% Intensa ☐ 100% Total

2ª Lesão ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa ☐ 100% Total

3ª Lesão ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa ☐ 100% Total

4ª Lesão ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa ☐ 100% Total

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:

12/05/2021

Assinatura do médico Thiago Leal  
CRM 10431-2  
CRM 10431-2

## Quesitos da ré

1. Sim. Permanente.
2. Sim
3. Sim
4. Esgotaram-se todas as possibilidades viáveis
5. Não
6. O periciando apresenta perda da função, definitiva, parcial incompleta, do membro superior esquerdo, em 50%.
7. O periciando apresenta perda da função, definitiva, parcial incompleta, do membro superior esquerdo, em 50%.
8. Sem mais

  
10710498-2  
Dr. Thiago Leal  
Ortopedia Traumatologia  
Clínica do Joelho  
CRM: 10498-2/ECT, 13030

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Crato

2ª Vara Cível da Comarca de Crato

Rua Álvaro Peixoto, S/N, São Miguel - CEP 63100-000, Fone: (88) 3521-3326, Crato-CE - E-mail: crato.4@tjce.jus.br

**DESPACHO**

Processo nº: **0008994-92.2019.8.06.0071**  
Apenso: **Processos Apenso << Informação indisponível >>**  
Classe: **Procedimento Comum Cível**  
Assunto: **Acidente de Trânsito**  
Requerente: **Felipe Martins Ferreira**  
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

*Vistos em inspeção permanente*

Intime-se as partes para se manifestarem do laudo de fls. 136/138, em 5 dias.

Crato, 01 de fevereiro de 2021.

**José Flávio Bezerra Moraes**  
**Juiz de Direito**

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Crato

2ª Vara Cível da Comarca de Crato

Rua Álvaro Peixoto, S/N, São Miguel - CEP 63100-000, Fone: (88) 3521-3326, Crato-CE - E-mail: crato.4@tjce.jus.br

**CERTIDÃO**

Processo nº: **0008994-92.2019.8.06.0071**  
Apenso: **Processos Apenso << Informação indisponível >>**  
Classe: **Procedimento Comum Cível**  
Assunto: **Acidente de Trânsito**  
**Felipe Martins Ferreira**  
Requerido **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

**CERTIFICA-SE** que em 08/02/2021 o ato abaixo foi disponibilizado para o(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT e encaminhado através do portal eletrônico e-SAJ.

Teor do ato: "Vistos em inspeção permanente Intime-se as partes para se manifestarem do laudo de fls. 136/138, em 5 dias."

**Crato/CE, 08 de fevereiro de 2021.**



### CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0039/2021, encaminhada para publicação.

Advogado  
Luis Valterle Silva (OAB 8077/CE)

Forma  
D.J

Teor do ato: "Vistos em inspeção permanente Intime-se as partes para se manifestarem do laudo de fls. 136/138, em 5 dias."

Crato, 9 de fevereiro de 2021.