

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: RODRIGO RÉGIS BATISTA LIMA
 CPF: 023.840.473-02
 Endereço completo: RUA DR. JOÃO AMORA, 667, VILA MANOEL SÁTIRO, Fortaleza - CE

Informações do Acidente

Local: FORTALEZA
 Data do acidente: 03/10/2020

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 0262015-44.2021.8.06.0001, 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, 7 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?
 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):
COTOVELO DIREITO E OLHO ESQUERDO
 - 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.
TEM CICATRIZ EM COTOVELO DIREITO, SEM ATROFIA MUSCULAR OU LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO. TEM LAUDO MEDICO QUE RELATA CONTAR DEDOS EM OLHO ESQUERDO SEM MELHORA APOS CORREÇÃO PERDA VISULA COM ATROFIA IRREVERSÍVEL ATROFIA DE MACULA EM OLHO 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. 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.
TEM CICATRIZ EM COTOVELO DIREITO, SEM ATROFIA MUSCULAR OU LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO. TEM LAUDO MEDICO QUE RELATA CONTAR DEDOS EM OLHO ESQUERDO SEM MELHORA APOS CORREÇÃO PERDA VISULA COM ATROFIA IRREVERSÍVEL ATROFIA DE MACULA EM OLHO ESQUERDO. CRM OFTALMO 8759
- 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) **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.

Região Corporal (Sequela):

Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos - Lado Direito

% do dano:

10% residual 25% leve 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Perda da visão de um olho - Lado Esquerdo

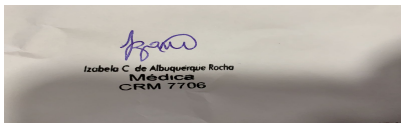
% do dano:

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

Local e data da realização do exame médico:

FORTALEZA, 7 de abril de 2022

Assinatura do Médico Assistente - CRM



IZABELA C DE ALBUQUERQUE ROCHA
CPF - 448.362.443-15
CRM - 7706 - Ceará

Assinatura do Médico Perito - CRM



ANA ROSA PINTO QUIDUTE
CPF - 899.413.574-04
CRM - 7116 - Ceará