

MESTRADO EM CIÊNCIAS FORENSES
UNIVERSIDADE DO PORTO

Avaliação do dano corporal no Brasil.
O caso dos acidentes de viação

Wagner Fonseca Moreira da Silva

Orientadora: Professora Doutora Teresa Magalhães

Agradecimentos

À Professora Doutora Teresa Magalhães, pelas orientações, disponibilidade, atenção e cuidado na concretização deste trabalho.

A toda equipe da Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., pelos ensinamentos obtidos.

Ao Dr. João Batista, Diretor de Perícias Médico-Legal do Instituto de Medicina Legal de Belo Horizonte, pelo auxílio na obtenção do material de estudo para este trabalho.

Ao Dr. Gustavo Botelho, Superintendente Geral da Polícia Civil de Minas Gerais, pelo empenho ao estímulo na capacitação técnica das ciências forenses.

Ao Dr. Weliton Santos e à Dra. Elba Valle, pelo inestimável apoio nos momentos de desânimo.

À minha esposa e meus filhos pela ajuda e compreensão nos períodos de ausência.

Resumo

As perícias médicas e médico-legais efetuadas no Brasil para efeito de atribuição de indenização por acidente de viação podem ter lugar nos Institutos de Medicina Legal (IML) ou nos tribunais. Aos IML, de acordo com a Lei 619419/74, de 19 de Dezembro, são remetidos, através do Delegado de Polícia, todos os casos de acidentes viação tendo em vista avaliar o dano para efeitos de indenização através do *Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores* (DPVAT). As perícias daqui resultantes são remetidas à Delegacia de Polícia (que pode usar este relatório também para efeitos penais), com uma cópia para a vítima que a encaminhará para a entidade seguradora. Nos casos em que não é possível estabelecer um acordo entre o sinistrado e a seguradora, o processo segue para os Tribunais Cíveis. Nestas situações pode ter lugar uma nova perícia, a qual é realizada por um perito privado nomeado pelo Juiz, com base em critérios de confiança. Podem, ainda, as partes, apresentar os seus relatórios periciais, os quais são elaborados por peritos privados contratados para o efeito. Não existe, no entanto, uma norma específica para avaliação destes danos em sede de Direito Civil, com parâmetros de dano definidos, seguindo-se antes, na maioria dos IML, o modelo do Direito Penal (que tem em conta o artigo 129º do Código Penal); mesmo a tabela de invalidez prevista no DPVAT não é frequentemente usada. A nível da atividade privada não existem também normas, sendo que a resposta aos quesitos é sempre a solução mais frequentemente adotada. A ausência de *guidelines* para esta atividade pericial, bem como de modelos de relatórios periciais harmonizados, em nada pode beneficiar a qualidade das perícias e é, seguramente, prejudicial para a boa administração de justiça, dado que frequentemente fica ao critério de cada um a forma como irá valorar cada caso em concreto, criando-se discricionariedades e discrepâncias no tratamento de casos similares.

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral analisar do ponto de vista médico-legal e forense a metodologia de avaliação do dano corporal em vítimas de acidentes de viação no Brasil para, a partir dos resultados obtidos, refletir sobre os procedimentos adotados em termos desta metodologia, tendo como elementos de comparação o modelo em uso no *Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.*, de Portugal, largamente validado neste âmbito.

Para tal, foi efetuado um estudo observacional, com componente analítico, que consistiu numa análise de relatórios médicos elaborados no ano de 2010, no IML de Belo Horizonte, sendo incluídos no estudo apenas os casos relativos a acidentes de

viação cujas lesões se encontravam consolidadas e os relatórios já concluídos e encaminhados para a entidade solicitante (n=254).

A partir deste estudo pode concluir-se que os relatórios médico-legais elaborado no IML de Belo Horizonte por motivo de acidente de viação, e tendo como objetivo a reparação do dano corporal, são altamente omissos relativamente a aspetos fundamentais que importa que constem, sistematicamente, de um relatório deste tipo. Assim, verificou-se que destes relatórios não consta: (a) dados sobre a vítima como idade e estado civil (3.1% e 8.3%, respetivamente); (b) antecedentes patológicos e traumáticos da vítima (100%); (c) data do acidente (86.6%); (d) caraterização do acidente (81.9%); (e) referência ao tipo de veículo envolvido (68.5%); (f) local e tipo de lesões sofridas (20.5% e 31.9%, respetivamente); (g) sequelas corporais, funcionais e situacionais (3.1%, 9.1% e 79.5%, respetivamente); (h) nexos de causalidade entre o traumatismo e o dano (100%); (i) data de consolidação médico-legal das lesões (100%); (j) parâmetros de dano temporário (100%); (k) parâmetros de dano permanente (93.3%). Não significam estes resultados que um relatório seja um documento vazio e sem informação mas, antes, que num elevadíssimo número de casos os peritos médico-legais se limitam a dar apenas resposta direta aos quesitos que lhes são colocados. Este facto, que reduz de forma clara o valor do relatório pericial para a adequada determinação da indemnização a atribuir, exige uma profunda reflexão no sentido de se encontrar um caminho para mudar os procedimentos nesta matéria, dada a relevância das questões em causa - a justiça e a adequada reparação/reintegração das vítimas de acidentes. O modelo português, no âmbito do Direito Civil, pode ser adaptado à realidade brasileira com evidentes vantagens a nível da qualidade pericial e da possibilidade de harmonização das práticas, aspecto fundamental para uma boa administração da Justiça.

Palavras-chave: Dano corporal; Acidente de viação; Avaliação médico-legal; Perícia médica; Direito Civil; Indemnização

Abstract

Medical and forensic evaluation performed in Brazil for the purpose of road traffic accidents victim's reparation might take place at the Institutes of Legal Medicine (IML) or in courts. According to Law 6194/1974 of December 19, all cases of road traffic accidents are sent to the IMLs through the *Chief of Police*, aiming at the assessment of the harm for the purpose of its reparation through the *Compulsory Insurance of Personal Harm Caused by Motor Vehicles* (DPVAT). The resulting forensic reports are sent to the *Police Department* (which may use such reports also for criminal purposes), with a copy to the victim, who will send it to the insurance company. In cases when it is not possible to establish an agreement between the injured and the insurance, the process proceeds to Civil Courts. In these situations, a new medical evaluation may take place, which is performed by a private expert appointed by the Judge based on trust criteria. The parties might still present their medical reports, elaborated by private experts hired for this purpose. However, there is no specific norm for the assessment of such harm, with defined harm parameters within the Civil Law. In most IMLs, the Criminal Law model (which takes into account article 129th of the Criminal Code) is followed; even the disability table predicted by DPVAT is not often used. At the level of private activity, there are no norms either, and the answer to the questions is always the most frequently adopted solution. The absence of *guidelines* for this evaluation activity, as well as the lack of standard report models, cannot in any way benefit the quality of evaluations and is certainly harmful to the good administration of Justice since it is often up to each expert the way they will value each case, thus creating different discretion and discrepancies in treating similar cases.

Therefore, the general objective of the present study is to analyze, from the forensic viewpoint, the methodology for the assessment of bodily harm in victims of road traffic accidents in Brazil in order to, from the results obtained, think over the procedures adopted in terms of such methodology, having as element of comparison the model in use at the *National Institute of Legal Medicine* from Portugal, widely validated in this scope.

An observational study with an analytical component was carried out, consisting of the analysis of forensic reports elaborated in the year of 2010 at the IML of Belo Horizonte. Included in the study were only the cases referring to road traffic accidents whose injuries were consolidated and the reports already closed and sent to the requesting entity (n=254).

From this study, one can conclude that the forensic reports elaborated at the IML of Belo Horizonte for road traffic accidents, and aiming at reparation for bodily harm, fail

to cover fundamental aspects that should systematically be present in this kind of report. It was verified that these reports fail to include: (a) data about the victim such as age and marital status (3.1% and 8.3%, respectively); (b) the victim's pathological and traumatic history (100%); (c) date of the accident (86.6%); (d) characterization of the accident (81.9%); (e) reference to the kind of vehicle involved (68.5%); (f) place and kind of injuries suffered (20.5% and 31.9%, respectively); (g) physical, functional and situational sequels (3.1%, 9.1% and 79.5%, respectively); (h) causality between the trauma and the bodily harm (100%); (i) date of the medico-legal consolidation of the injuries (100%); (j) parameters of temporary harm (100%); (k) parameters of permanent harm (93.3%). Such results do not mean that a report is an empty document and without information, but that in a very high number of cases, the forensic experts merely give direct answers to the questions posted to them. This fact, which clearly reduces the value of the forensic report for the proper determination of reparation to be attributed, demands deep reflection in the sense of finding a way to change the procedures of this matter given the relevance of the issues involved (Justice and the adequate reparation/reintegration of the accident victims). The Portuguese model, in the Civil Law scope, may be adapted to the Brazilian reality with evident advantages concerning quality of the evaluation and the possibility of standardizing the practices, a fundamental aspect for good administration of Justice.

Key-words: Bodily harm; Road traffic accident; Forensic evaluation; Medical expertise; Civil Law; Reparation

ÍNDICE

Preâmbulo

I. INTRODUÇÃO

1. A sinistralidade rodoviária no Brasil
2. Avaliação e reparação do dano corporal pós-traumático em caso de acidente de viação no Brasil
 - 2.1. Aspectos legais
 - 2.2. O seguro obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores (DPVAT)
 - 2.3. Avaliação médico-legal e perícia médica
 - 2.3.1. Competência para a realização das perícias médico-legais ou perícias médica
 - 2.3.2. Metodologia de avaliação do dano corporal
 - 2.3.3. Relatório pericial

II.OBJETIVOS

III. MATERIAL E MÉTODOS

1. Material
2. Métodos

IV. RESULTADOS

1. Caracterização das vítimas
2. Caracterização dos acidentes
3. Caracterização das lesões
4. Caracterização das sequelas
5. Caracterização dos parâmetros de dano corporal avaliados

V. DISCUSSÃO

1. Vítimas, acidentes, lesões e sequelas
2. A avaliação do dano corporal
 - 2.1. Descrição do traumatismo e do dano resultante
 - 2.2. Nexo de causalidade
 - 2.3. Data de consolidação médico-legal das lesões
 - 2.4. Parâmetros de dano temporário
 - 2.5. Parâmetros de dano permanente
 - 2.6. O relatório pericial
3. Reflexão final

VI. CONCLUSÕES

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PREÂMBULO

No desenvolvimento da nossa atividade como perito médico-legal no Brasil, deparamo-nos com uma quase ausência de normas quanto à realização de perícias, no âmbito do Direito Civil, para efeito de atribuição de indemnização. E, quando essas normas existem, verificamos o frequente não cumprimento das mesmas.

Porque sentimos que este facto pode ser gerador de prejuízos para a boa administração da Justiça e para a devida satisfação dos direitos e necessidades das vítimas, decidimos investir na nossa formação nesta área em Portugal. Escolhemos este país não só pelo facto da língua ser a mesma mas porque, para além de muitas similitudes a nível das questões legais nesta matéria, existe uma reconhecida experiência com em avaliação do dano corporal pós-traumático, que passa pela existência de normas e modelos de avaliação médico-legal bem desenvolvidos e implementados.

Assim, realizamos aí não apenas o *Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático*, como o *Curso de Mestrado em Ciências Forenses*. Estes cursos e o contacto com a realidade médico-legal local, trouxeram-nos novas perspetivas quanto ao que desejávamos fosse a atividade de avaliação do dano corporal no Brasil e, nessa sequência, decidimos enveredar pela realização deste singelo trabalho que, constituindo uma mera análise e reflexão sobre o que se passa no IML de Belo Horizonte em matéria de avaliação do dano corporal por acidente de viação, se poderá aplicar sem grande lugar a erro, aos restantes casos brasileiros.

Fazemos votos de que este contributo possa encontrar algum eco no nosso país e constituir mais uma pequena semente para promover a necessária mudança, sendo que nos cumpre neste momento, um especial agradecimento e louvor ao Professor Duarte Nuno Vieira pelo trabalho que no Brasil tem feito em prol da harmonização da atividade pericial, designadamente no âmbito da avaliação do dano corporal pós-traumático.

I. INTRODUÇÃO

1. A sinistralidade rodoviária no Brasil

Os acidentes de viação constituem-se, atualmente, como um grave problema de saúde pública e a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que os seus efeitos irão aumentar se a segurança no trânsito não for adequadamente trabalhada pelos diversos Estados (JORGE & KOIZUMI, 2007).

De facto, nas últimas décadas do século XX, a entrada dos chamados “países em desenvolvimento” no processo de motorização maciça, fez disparar os números de sinistralidade rodoviária. A combinação de um aumento rápido da frota de veículos, os recursos limitados para a segurança, bem como a manutenção das estradas, produziu verdadeiros estragos, sobretudo em regiões como a África, Ásia e América Latina. Efetivamente, a redução das taxas de sinistralidade observadas nos anos oitenta, em alguns países desenvolvidos, foi insignificante face ao aumento desta sinistralidade nos países em desenvolvimento (ESTEVAN, 2001).

O número oficial de mortos em acidentes de trânsito no Brasil é de cerca de 35.000 por ano, porém, são contados apenas aqueles que morrem no local do acidente, sendo que muitos acreditam que esse número possa ultrapassar os 50.000 (ESTATÍSTICAS DE TRÂNSITO, 2010). Estes representarão, portanto, uma constante preocupação da sociedade dado o alarmante número de vítimas que provocam, apesar do permanente esforço na sua prevenção. As campanhas educativas, a fiscalização rigorosa e o aperfeiçoamento dos aspetos da segurança, tanto nos automóveis como nas vias de condução, são capazes de reduzir os riscos de acidentes, mas não os eliminam. A contínua evolução tecnológica permitiu, contudo, uma melhoria nos diversos níveis de atendimento às vítimas de acidente de viação. Por um lado, vislumbra-se a possibilidade de redução de vítimas mortais mas, por outro, surge o problema do aumento nos custos de assistência médica, de reabilitação e de reintegração dessas vítimas na sociedade.

No que se refere ao atendimento médico das vítimas, desde 1995 que os acidentes de viação constituem a principal causa de internamento de pacientes com lesão medular traumática e com traumatismo crânio-encefálico na rede Brasileira “Sarah” de hospitais de reabilitação, especializada no atendimento de doentes portadores de paralisia cerebral, espinha bífida, traumatismo craniano, acidente vascular cerebral, lesão medular, doenças neuromusculares e problemas ortopédicos, entre outras (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2011). De facto, o problema dos acidentes de viação no Brasil é complexo e envolve diversas áreas, mas é no setor de

saúde que recai o maior ônus relativamente às suas consequências, pois é este setor que vai cuidar dos feridos, contabilizar as mortes e arcar com os importantes aspectos relacionados com as sequelas (JORGE & KOIZUMI, 2007).

Os dados sobre acidentes registrados no DENATRAN (*Sistema de Informações do Departamento Nacional de Trânsito*) (DENATRAN, 2011) referem-se às informações constantes no boletim de ocorrência sobre a existência de pelo menos uma vítima, fatal ou não.

Entre 1998 e 2005, os acidentes de viação com vítimas passaram de 262.374 para 383.371, segundo registros do DENATRAN. Os tipos de acidente mais frequentes foram as colisões e atropelamentos, embora as suas proporções variassem bastante em determinadas regiões do país. Quanto ao local de ocorrência, prevaleceram sempre as áreas urbanas, e quanto ao período do dia, mais da metade dos eventos ocorreu durante o dia em todas as regiões do Brasil (JORGE & KOIZUMI, 2007).

Entre 1996 a 2005, a taxa de mortalidade de motociclistas foi a que apresentou um maior aumento (JORGE & KOIZUMI, 2007).

Em 2005, o Brasil contava com uma frota de aproximadamente 42 milhões de veículos, composta principalmente por automóveis e similares, seguido por motocicletas, caminhões e autocarros em proporções bem menores. O crescente aumento do número de veículos nas últimas décadas, em especial da frota de motocicletas como meio de trabalho (JORGE & KOIZUMI, 2007), por ser mais ágil e de custo reduzido, é referido como fator que contribui para a manutenção das elevadas taxas de acidentes de viação (OLIVEIRA, 2006).

O panorama em 2005, segundo Jorge e Koizumi (2007), reflete uma taxa de 228 veículos/100 mil habitantes, uma taxa de 208,1 acidentes com vítimas/100 mil habitantes, uma taxa de 19,4 óbitos/100 mil habitantes e uma taxa de internamento hospitalar de 64,1 pacientes/mil habitantes. Os registros hospitalares totalizaram cerca de 160.000 internamentos por ano decorrentes de acidentes de viação (JORGE & KOIZUMI, 2007).

A situação revela uma evolução crescente de acidentes de viação com vítimas, sendo que 70% das mortes ocorrem no local do acidente e os restantes algum tempo após a retirada do ferido do local (JORGE & KOIZUMI, 2007).

Os dados relativos ao atendimento hospitalar pelo *Sistema Único de Saúde* (SUS) indicam cerca de 70% de hospitalizações das vítimas deste tipo de acidente, tendo em 2005 correspondido a 118.122 vítimas. Esses pacientes foram principalmente do sexo masculino (cerca de 75%), com idades entre os 30 e os 39 anos, predominando, quanto ao tipo de acidente, os pedestres (JORGE & KOIZUMI, 2007).

O número de indivíduos com sequelas por acidente de viação tem aumentado significativamente. Entre as explicações para esse fenómeno regista-se: (a) o maior número de acidente de viação entre jovens que apresentam melhores condições de saúde para sobreviver aos traumatismos graves; (b) a maior velocidade dos veículos; (c) o aumento do número de veículos pesados; (d) os avanços nas técnicas médicas de ressuscitação que permitem que doentes que outrora teriam perecido consigam sobreviver (MARIN & QUEIROZ, 2000).

Assim, os acidentes de viação surgiram como uma epidemia capaz de produzir muitas mortes, ferimentos e sequelas, gerando custos financeiros e sociais enormes (MARIN & QUEIROZ, 2000), revestindo-se, por isso, de carácter médico-legal e forense, dada a importância do estudo das lesões e sequelas, bem como do estabelecimento do nexo de causalidade entre o traumatismo e aquelas, seja para efeito de atribuição de sanção penal, seja para efeito de indemnização pelo dano corporal resultante.

2. Avaliação e reparação do dano corporal pós-traumático em caso de acidente de viação no Brasil

As vítimas de acidentes de viação podem ver-se envolvidas em processos judiciais de diversos tipos, sendo submetidas a exames médicos periciais no âmbito do Direito Penal (tendo em vista a qualificação jurídico-penal da conduta e a definição da respetiva moldura penal, caso a situação possa constituir um ilícito criminal), do Direito Civil (para definição dos danos suscetíveis de ser objeto de indemnização) ou até do Direito do Trabalho (caso o acidente corresponda, simultaneamente, a acidente em serviço, podendo haver lugar a indemnização enquanto tal).

Interessa-nos, particularmente, abordar a matéria relativa à avaliação e reparação do dano corporal em sede de Direito Civil, pelo que seguidamente teceremos algumas breves considerações a este propósito relativamente ao sistema brasileiro. Note-se, contudo, que em termos de muitas destas perícias existe alguma indefinição entre os modelos de perícias realizadas em Direito Penal e Direito Civil, como mais adiante se verá.

2.1. Aspetos legais

A reparação do dano corporal que possa ter lugar em caso de acidente de viação está disciplinada no Código Civil (CC), nos seus artigos 186º e 927º, conforme se segue:

Art. 186º: *Aquele que por ação ou omissão voluntária, negligência, ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.*

Art. 927º: *Aquele que, por ato ilícito, causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.*

São pressupostos da responsabilidade civil a existência de uma ação, comissiva ou omissiva, a ilicitude, a culpa, o dano e, ainda, o nexo de causalidade entre o dano e a ação (facto gerador da responsabilidade), pois a responsabilidade civil não poderá existir sem o vínculo entre a ação e o dano (DINIZ, 2002).

A indenização mede-se pela extensão do dano, segundo o artigo 944º do CC. Nesta perspectiva, todos os parâmetros de dano corporal medicamente avaliáveis devem ser valorados para uma reparação integral desse dano.

No Código do Processo Civil (CPC), o fundamento para a realização das perícias encontra-se explicitado nos artigos 145º e 421º:

Art. 145º: *Quando a prova do fato depender de conhecimento técnico ou científico, o juiz será assistido por perito, segundo o disposto no artigo 421º.*

Art. 421º: *O juiz nomeará o perito, fixando de imediato o prazo para entrega do laudo.*

As perícias médico-legais encontram-se, também, disciplinadas através do disposto nos artigos 158º a 170º do Capítulo II - *Do exame de corpo de delito e das perícias em geral* - do Código do Processo Penal (CPP - Decreto-Lei 3639/1941, de 3 de outubro).

No Código Penal (CP), as lesões corporais estão referidas num dos dispositivos dos crimes contra a pessoa. Qualquer alteração física ou psíquica decorrente de ação violenta exercida sobre o ser humano, o Estado pune e o objeto da tutela penal é a integridade biopsíquica. Abrange não só o indivíduo, mas a vida e saúde de toda a comunidade.

2.2 O seguro obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores (DPVAT)

O *Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores* (DPVAT) está incluído no rol dos seguros obrigatórios e refere-se ao seguro relativo a danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não. Tem como objetivo indenizar as vítimas de

acidente de viação em caso de invalidez permanente e de despesas médicas e hospitalares, ou os beneficiários das mesmas em caso de morte. A indenização devida pelo seguro em causa não depende do apuramento de culpa do proprietário ou do condutor do veículo (SANTOS, 2006).

O diploma legal que primeiro introduziu a reparação dos acidentes de viação, independentemente da culpa, foi o Decreto-Lei 73/1966, de 21 de novembro, regulamentado pelo Decreto 61867/1967, de 7 de dezembro. Todos os proprietários de veículos foram obrigados a segurá-los contra os acidentes originados pela sua utilização (RIZZARDO, 1998; MARTINS, 2009).

O seguro DPVAT foi, assim, idealizado por inspiração do que sucedeu com o seguro de acidentes do trabalho, criado em função das dificuldades quase intransponíveis para o trabalhador demonstrar a culpa do empregador. E, no caso dos acidentes de viação, as vítimas ficavam à mercê da “lotaria da culpa”, dificilmente conseguindo demonstrá-la ou mesmo identificar o causador do dano (SANTOS, 2006).

O Decreto inicial, regulamentador do seguro obrigatório, previa a cobertura para danos pessoais que tivessem como resultado a morte, incapacidade permanente ou incapacidade temporária, além de cobertura de danos materiais, respeitados os limites da indenização previstos na legislação. Mas, logo de seguida, passou a incluir somente a cobertura de danos pessoais (RIZZARDO, 1998).

Portanto, o seguro obrigatório DPVAT é dotado de uma função social, acompanhando uma tendência mundial de preocupação quanto à proteção das vítimas de acidentes de viação, facto comum num mundo cada vez mais industrializado.

O seguro obrigatório DPVAT é atualmente disciplinado pela Lei 6194/1974, de 19 de dezembro, alterada pela Lei 8441/1992, de 14 de Agosto, pela Lei 11482/2007, de 31 de maio e, mais recentemente, pela Lei 11945/2009, de 4 de junho, onde são descritos os critérios de indenização e as instituições que devem realizar as avaliações dos danos pessoais sofridos (SANTOS, 2006; MARTINS, 2009).

Mas foi com a Lei 6194/1974, de 19 de dezembro, que se tornou num seguro de danos simplesmente pessoais, descaracterizando aquele seguro de responsabilidade civil; ou seja, passou a ser como um seguro obrigatório de danos pessoais, independente do apuramento de culpa (MARTINS, 2009).

Tratando-se de um seguro que tem por objetivo cobrir os danos pessoais causados pelo veículo, exige-se, naturalmente, a verificação do nexo de causalidade entre o dano e o acidente (SANTOS, 2006; MARTINS, 2009).

Não sendo necessário demonstrar a atitude culposa, ou até dolosa, do causador do acidente, bastando simplesmente demonstrar o nexo de causalidade entre o sinistro

de viação e dano sofrido, resulta claro que o seguro visa ressarcir o prejuízo de forma rápida, sem se enveredar em protelatórias discussões jurídicas (MARTINS, 2009).

Uma alteração importante no seguro aconteceu com a Lei 11945/2009, de 4 de junho, que introduziu uma tabela que “fraciona” o corpo humano em diversas partes, estabelecendo uma série de taxas que devem ser observadas para a fixação da indenização devida em caso de invalidez permanente, além de disposições orientadoras quanto à utilização desta tabela e outras orientações.

Os danos pessoais cobertos pelo seguro compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, por pessoa vitimada, conforme disposto no artigo 3º da Lei 6194/1974, de 19 de dezembro:

Art. 3º: *Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada.*

As indenizações são pagas em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas, independentemente do apuramento de culpa, da identificação do veículo ou de outras verificações, desde que haja vítimas, transportadas, ou não. Na hipótese de invalidez permanente, a indenização depende do grau de invalidez que a vítima apresentar (MARTINS, 2009).

A referência à necessidade de apenas comprovar o acidente e o dano pessoal dele decorrente, encontra-se no artigo 5º da Lei 6194/1974, de 19 de dezembro, uma vez que a indenização será efetuada independentemente do apuramento de culpa.

Art. 5º: *O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.*

Para a indenização por morte e reembolso das despesas, devem ser entregues à seguradora a certidão de óbito e a prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente, além do registro da ocorrência no órgão policial competente, conforme disposto nos parágrafos 1º e 2º do artigo 5º. Quanto à apreciação do nexo de causalidade médico-legal, a legislação

refere nos parágrafos 3º e 4º a possibilidade de se analisar o relatório de necropsia do Instituto Médico-Legal (IML), assim como os registros de atendimento médico, por solicitação complementar aos demais documentos já referidos anteriormente.

§ 3º Não se concluindo na certidão de óbito o nexo de causa e efeito entre a morte e o acidente, será acrescentada a certidão de auto de necrópsia, fornecida diretamente pelo instituto médico legal, independentemente de requisição ou autorização da autoridade policial ou da jurisdição do acidente.

§ 4º Havendo dúvida quanto ao nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões, em caso de despesas médicas suplementares e invalidez permanente, poderá ser acrescentado ao boletim de atendimento hospitalar relatório de internamento ou tratamento, se houver, fornecido pela rede hospitalar e previdenciária, mediante pedido verbal ou escrito, pelos interessados, em formulário próprio da entidade fornecedora.

Note-se que as disposições legais do seguro DPVAT referem apenas regras e orientações gerais para indenizações pelos danos pessoais decorrentes do acidente, não definindo as normas periciais quanto à metodologia de avaliação médico-legal destes danos.

2.3. Avaliação médico-legal e perícia médica

Entende-se no Brasil que o objetivo fundamental do estudo médico-pericial das lesões corporais é a caracterização da sua extensão, gravidade e perenidade, ou seja, sua quantidade e qualidade (FRANÇA, 2004).

2.3.1. Competência para a realização das perícias médico-legais ou perícias médicas

As perícias para efeito de atribuição de indenização por acidente de viação podem ser realizadas nos IML ou nos tribunais; raramente são efetuadas nas companhias de seguros.

Aos IML são remetidos, através do Delegado de Polícia, todos os casos de acidentes de viação tendo em vista avaliar o dano para efeitos de indenização pelo DPVAT. Efetivamente, conforme nova redação dada ao parágrafo 5º, do artigo 5º, da Lei

6194/1974, de 19 de dezembro, estabelece-se que as avaliações periciais das vítimas de acidentes de viação, para fins deste seguro, serão realizadas pelos IML:

§ 5º O Instituto Médico Legal da jurisdição do acidente ou da residência da vítima deverá fornecer, no prazo de até 90 (noventa) dias, laudo à vítima com a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes, totais ou parciais.

As perícias daqui resultantes são remetidas à Delegacia de Polícia (que pode usar este relatório também para efeitos penais), com uma cópia para a vítima que a encaminhará para a entidade seguradora.

No entanto, muitos destes casos, para os quais não é possível estabelecer um acordo entre o sinistrado e a seguradora, seguem para os Tribunais Cíveis. Nestas situações pode ter lugar uma nova perícia, a qual é realizada por um perito privado nomeado pelo Juiz, com base em critérios de confiança. Podem, ainda, as partes, apresentar os seus relatórios periciais, os quais são elaborados por peritos privados contratados para o efeito.

2.3.2. Metodologia de avaliação do dano corporal

Os IML no Brasil estão subordinados, na maioria dos Estados, às *Secretarias de Segurança Pública*, encarregadas das ações policiais. Desta maneira, as lesões decorrentes dos acidentes de viação para indemnização pelo DPVAT são sempre analisadas como se fossem dolosas, à semelhança das agressões físicas.

Não existe, assim, uma norma específica para avaliação destes danos em sede de Direito Civil, com parâmetros de dano definidos, seguindo-se antes o modelo do Direito Penal, apesar de estes dois ramos do Direito terem objetivos distintos.

Assim, as perícias médico-legais realizadas nos IML obedecem a uma metodologia de exame e elaboração do relatório pericial direcionada para resposta aos quesitos oficiais relacionados com lesões corporais prevista no artigo 129º do CP, não se fazendo referência a quantificações e valorações dos diversos parâmetros de dano corporal que, noutros países, e para estes casos, se enquadram na metodologia de avaliação do dano corporal em Direito Civil (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Deste modo, de acordo com o CP, descreve-se o dano corporal resultante, tendo em conta os seguintes grupos de gravidade do mesmo (FRAGOSO, 1976):

Lesões corporais leves ou simples: aquelas que não causam os resultados previstos no artigo 129º do CP, parágrafos 1º, 2º e 3º. O crime exige sempre que a lesão atinja um mínimo indispensável a constituir verdadeiramente um dano à integridade corporal ou à saúde;

Lesões corporais graves: previstas no parágrafo 1º do artigo 129º do CP, verificam-se quando da ofensa resultam incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias, perigo de morte, debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou aceleração de parto;

Lesões corporais gravíssimas: são as lesões descritas no parágrafo 2º do artigo 129º do CP, podendo verificar-se nos casos de incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, deformidade permanente ou aborto.

Quando o primeiro exame de lesões corporais não for conclusivo quanto à qualificação das lesões acima descritas, são realizados “exames complementares de lesão corporal”, conforme determina o artigo 168º do CPP:

Art. 168 - *Em caso de lesões corporais, se o primeiro exame pericial tiver sido incompleto, proceder-se-á a exame complementar por determinação da autoridade policial ou judiciária, de ofício, ou a requerimento do Ministério Público, do ofendido ou do acusado, ou de seu defensor.*

§ 1º - *No exame complementar, os peritos terão presente o auto de corpo de delito, a fim de suprir-lhe a deficiência ou retificá-lo.*

Portanto, para todos os casos de lesão corporal, cujo primeiro exame tiver sido incompleto, será necessário um “exame complementar de lesão corporal”.

De acordo com o artigo 3º da Lei 6194/1974, de 19 de dezembro, a valoração médico-legal da invalidez permanente dos acidentes de viação deve seguir o disposto no parágrafo 1º, o qual refere que as lesões diretamente decorrentes do acidente, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei, deixando claro que deve ser comprovado o nexo de causalidade médica entre o dano pessoal e o acidente. Refere-se, ainda, nesse diploma, que as lesões serão caracterizadas como permanentes desde que não sejam suscetíveis de melhoria proporcionada por qualquer medida terapêutica, quer dizer, a partir de sua consolidação médico-legal. No final do parágrafo é feita referência à classificação que deve ser dada à invalidez permanente, aspecto que será objeto de análise mais adiante. Os incisos I, II e III que se seguem ao

artigo 3º da Lei 6194/1974, de 19 de dezembro, referem-se aos valores a serem pagos em caso de morte (inciso I), invalidez permanente (inciso II) e reembolso à vítima (inciso III), no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais.

Na sequência do parágrafo 1º do artigo 3º da Lei 6194/1974, de 19 de dezembro, os incisos I e II estabelecem as demais regras a serem observadas na valoração médico-legal da invalidez permanente observada, bem como a sua relação com o valor da indenização a ser estabelecida:

I - Quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Neste sentido, serão indenizadas as sequelas de acordo com o grau de afetação permanente da integridade psicofísica observada, subdivididas em total ou parcial, completa ou incompleta. Na tabela constam itens, com valores percentuais, para uma invalidez permanente total ou parcial. Ou seja, a nova configuração de invalidez permanente, na tabela DPVAT, pode ser total ou parcial, sendo esta, ainda, dividida em completa e incompleta. Se a invalidez for incompleta, será efetuado um enquadramento com uma percentagem proporcional, que corresponde a 75% para sequelas com repercussão intensa, 50% quando a repercussão é moderada e 25% para uma repercussão leve. Adotou-se, ainda, uma percentagem de 10% para sequelas residuais.

O enquadramento dessas perdas na tabela de danos pessoais indica o grau de invalidez e a percentagem aplicável ao valor de cobertura (MARTINS, 2009).

A utilização da tabela de quantificação dos danos para determinar valores de indenização para invalidez não é algo novo no universo de perícias das seguradoras. Os seguros pessoais já se valem deste recurso, e a *Superintendência de Seguros Privados* (SUSEP) possui uma tabela para cálculo de indenização em caso de invalidez permanente decorrente de acidentes pessoais, conforme Circular SUSEP 29/1991, de 29 de dezembro.

Essa tabela foi utilizada como referência para a valoração médico-legal das sequelas decorrentes de acidentes de viação até muito recentemente, quando uma nova tabela foi incluída no artigo 3º da Lei 6194/1974, de 19 de dezembro, através da Lei 11945/2009, de 4 de junho. Trata-se de uma tabela reduzida, cujo objetivo, ao que parece, foi o de simplificar o enquadramento das lesões para fins de indenização (Quadro 1).

Quadro 1 - Tabela do anexo incluído no artigo 3º da Lei 6194/1974, de 19 de dezembro, pela Lei 11945/2009, de 4 de junho

Danos Corporais Totais Repercussão na Integridade do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais 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	

Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

No entanto, e apesar do consignado na lei, esta metodologia de avaliação dos danos permanentes, ainda que mais adequada aos propósitos do Direito Civil, não é seguida na grande parte dos IML do Brasil.

Já no que à perícia médica efetuada por médicos privados, para os tribunais, seguradoras e sinistrados diz respeito, esta tabela será também pouca vezes utilizada, não existindo, contudo, entre estes peritos, uma metodologia harmonizada de avaliação do dano corporal pós-traumático para efeito da reparação das vítimas, pelo que o modelo de avaliação pericial fica ao critério de cada um.

2.3.3. Relatório pericial

Do anteriormente exposto, decorre que o relatório pericial efetuado pela maioria dos IML é naturalmente muito simples. A título de exemplo, apresenta-se o modelo utilizado no IML de Belo Horizonte – Minas Gerais, para a avaliação de lesões decorrentes de acidentes de viação (Quadro 2).

Este relatório inclui dados referentes à autoridade que requisitou a perícia, dados de identificação da vítima, descrição do evento e das lesões apresentadas, bem como resposta aos quesitos.

Quadro 2 – Modelo de relatório de exame de corpo de delito complementar de lesões corporais da Polícia Civil do Estado de Minas Gerais – Superintendência da Polícia Técnico-Científica do Instituto Médico-Legal de Belo Horizonte

Laudo nº:	Guia/Ofício nº:
Data e hora da perícia:	Autoridade requisitante:
Laudo a:	
Identificação:	
Nome:	Idade:
Sexo:	
Estado Civil:	Ocupação
habitual:	
Naturalidade:	Residência:
Documento de Identidade:	
Histórico:	
Laudo complementar ao (s), ao (s) qual (is) nos reportamos.	
Exame:	
Transcrição dos quesitos oficiais:	
1º - Da ofensa, objeto do exame de corpo de delito anterior, resultou ao paciente incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias?	
2º - Dessa ofensa resultou perigo de vida; debilidade permanente de membro, sentido ou função; incapacidade permanente para o trabalho; enfermidade incurável; perda ou inutilização de membro sentido ou função?; ou deformidade permanente?	
Resposta aos quesitos oficiais:	
Peritos:	

Também no que às perícias privadas diz respeito, não existe um modelo de relatório pericial a ser seguido pelos profissionais, motivo pelo qual cada perito define o seu modelo, não sendo raro o relatório que se limita a responder aos quesitos apresentados pelo juiz e pelas partes envolvidas.

Existem, no entanto, alguns peritos médicos que começam a utilizar o modelo português, o qual se identifica com o modelo europeu, no âmbito do Direito Civil (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010). Estas perícias têm sido muito bem recebidas pelos tribunais, havendo referência a que essa metodologia proporciona uma melhor descrição e organização dos parâmetros de dano corporal nos relatórios. Também a nível dos peritos que tomam conhecimento do modelo de relatório com a descrição dos diversos parâmetros de dano corporal no capítulo da Discussão e no das Conclusões, existe uma boa aceitação do mesmo e até algum entusiasmo com esta possibilidade, motivo pelo qual vários médicos têm realizado o *Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático* em Portugal, tendo já tido

lugar um destes cursos, realizado pelo *Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.*, daquele país, em Belo Horizonte.

II.OBJETIVOS

Com o aumento do número e da gravidade dos acidentes de viação têm-se ampliado as discussões doutrinárias relacionadas com a avaliação médico-legal no contexto da reparação do dano corporal Direito Civil (OLIVEIRA SÁ, 1992), tendo-se evoluído largamente nesta matéria, nos últimos anos, na Europa.

Neste sentido, vem-se observando, por parte dos peritos médicos, um crescente interesse no estabelecimento de parâmetros técnicos para a qualificação e quantificação do dano corporal.

Contudo, como já referido, no Brasil não estão oficialmente definidas normas periciais quanto a esta metodologia de avaliação, o que admite a ocorrência de desigualdades no tratamento de vítimas com danos semelhantes, daí resultando, necessariamente, prejuízos na boa administração da justiça.

De facto, no Brasil, os IML têm um foco predominante criminal e as vítimas de acidente de viação são examinadas segundo modelos de avaliações periciais destinadas ao Direito Penal, o que pressupõe perdas de informação relevantes para os processos indemnizatórios, além das confusões concetuais que se estabelecem. Por outro lado, no caso das perícias solicitadas pelos tribunais, seguradoras ou mesmo sinistrados, a peritos privados, a ausência de normas é a regra, sendo frequente a simples e direta resposta aos quesitos formulados.

Na Europa, e designadamente em Portugal, existem recomendações e orientações para elaboração de relatórios periciais de Clínica Forense no âmbito do Direito Civil, nomeadamente quanto à avaliação de vítimas de acidente de viação, com vista a auxiliar os peritos na identificação, descrição, interpretação e valoração dos danos pessoais temporários e permanentes sofridos (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Assim, o presente estudo tem como objetivo geral analisar do ponto de vista médico-legal e forense a metodologia de avaliação do dano corporal em vítimas de acidentes de viação no Brasil para, a partir dos resultados obtidos, refletir sobre os procedimentos adotados em termos desta metodologia, tendo como elementos de comparação o modelo seguido em Portugal, largamente validado neste âmbito.

Como objetivos específicos, pretende-se contribuir para caracterizar os seguintes aspetos dos acidentes de viação consignados nos relatórios médico-legais:

- a) Vítimas;
- b) Tipo de acidente;
- c) Lesões;
- d) Sequelas;
- e) Parâmetros de dano avaliados.

III. MATERIAL E MÉTODOS

1. Material

Efetuuou-se um estudo analítico e retrospectivo dos relatórios relativos às avaliações periciais realizadas em vítimas de acidente de viação encaminhadas para o IML de Belo Horizonte, Minas Gerais, durante o ano de 2010. Foram encontrados nos arquivos do IML 631 relatórios de “Exames Complementares de Lesões Corporais” realizados durante aquele ano. Esta amostra incluía situações relacionadas com acidentes de viação mas, também, agressões e outros traumas não relacionados com aqueles acidentes, além de casos ainda não consolidados. Foram, assim, incluídos no estudo apenas os relatórios que obedeciam aos seguintes critérios de inclusão (n=254):

- a) Relatórios elaborados no IML de Belo Horizonte;
- b) Durante o ano de 2010;
- c) Relativos a acidentes de viação;
- d) Independentemente do sexo e idade da vítima;
- e) Em que havia consolidação médico-legal das lesões;
- f) Encontrando-se concluídos e já remetidos à entidade solicitante.

2. Métodos

Foi realizado um estudo observacional, com componente analítico, que consistiu numa análise dos relatórios médico-legais acima referidos, elaborados no âmbito da avaliação do dano corporal pós-traumático por acidentes de viação.

Para tal foi utilizada uma ficha de colheita de dados (ANEXO 1), expressamente construída para o efeito, a qual reúne dados relativos às vítimas, ao tipo de acidente, às lesões e sequelas sofridas e aos parâmetros de dano corporal avaliados:

- a) Caraterização demográfica das vítimas;
- b) Caraterização dos acidentes;
- c) Caraterização das lesões e sequelas;
- d) Caraterização dos parâmetros de dano atribuídos.

Esta ficha baseou-se no modelo de avaliação médico-legal do dano corporal em Direito Civil, em vigor no *Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.*, de Portugal (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010), apesar de à partida se saber que os elementos extraídos dos relatórios a partir deste modelo iriam ser muito omissos, dado que no IML é seguido o modelo previsto para o Direito Penal, como já atrás referido. No

entanto, sendo nosso objetivo refletir sobre a metodologia brasileira comparando-a com a portuguesa, tal metodologia impunha-se.

Os dados foram sempre colhidos pelo investigador, para garantir a fiabilidade dessa mesma colheita e foram tratados no programa *Microsoft Excel* 2007 e no programa estatístico IBM.SPSS *Statistics* versão 19.

Foi efetuada uma estatística descritiva, com recurso a tabelas e gráficos, considerando-se para a elaboração dos mesmos apenas os casos cuja informação alvo de avaliação constava do relatório pericial, pelo que o número dos casos analisados varia muito entre as diversas análises.

IV. RESULTADOS

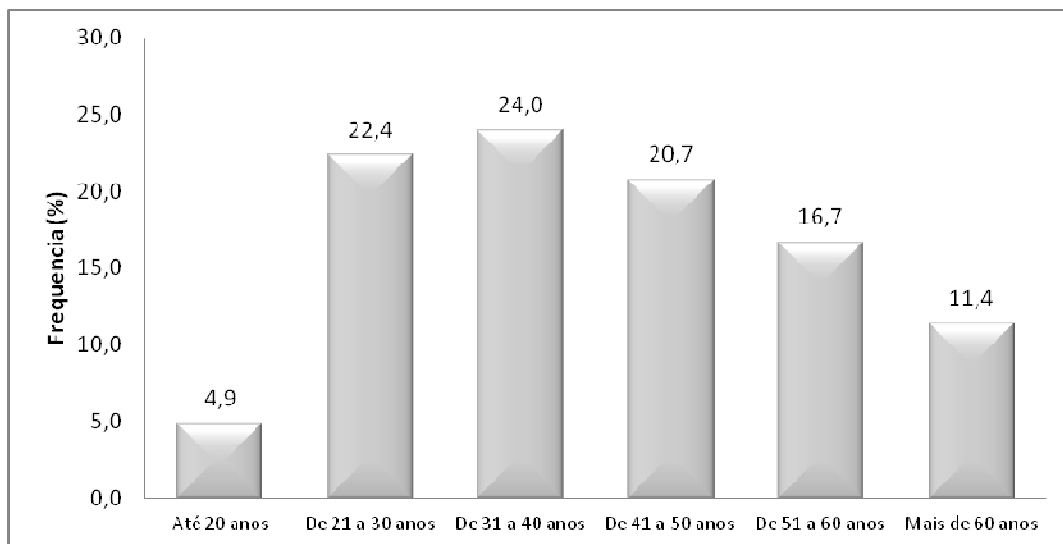
Analysaram-se 254 relatórios, cuja informação que foi possível extrair passamos a descrever.

1. Caracterização das vítimas.

As vítimas eram maioritariamente do género masculino (70.3%) e tinham uma idade média de 42 anos (SD=15 anos; Min.=9 anos; Máx.=83 anos). As mulheres apresentaram idade média mais alta que os homens (48 anos contra 39 anos), sendo esta diferença observada estatisticamente significativa ($p < 0.001$ para um valor de referência de $p < 0.05$).

O gráfico 1 apresenta a dispersão da idade das vítimas por faixa etária, notando-se que 46.4% estão na faixa etária entre 21 e 40 anos de idade. Note-se que em 8 casos não havia indicação quanto à idade da vítima (3.1%).

Gráfico 1 – Distribuição da idade dos entrevistados por faixa etária (n=246)



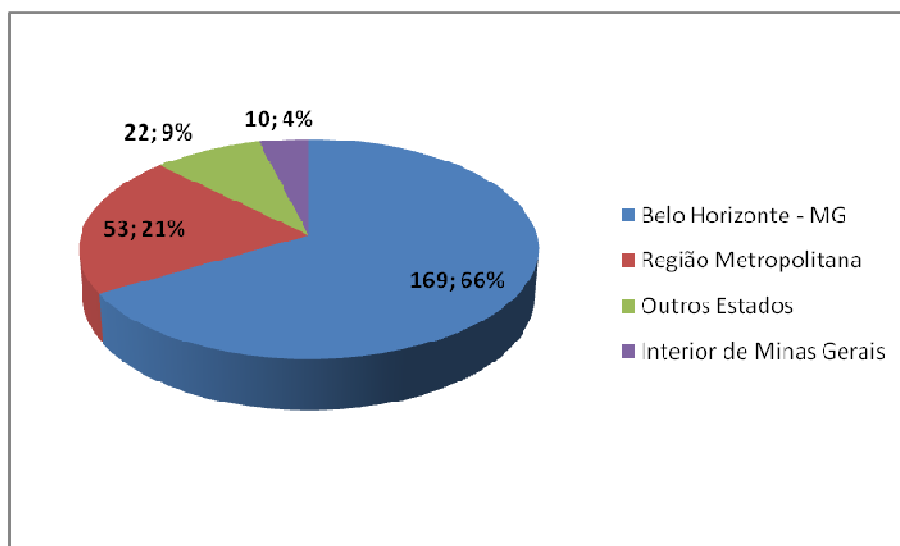
A distribuição das vítimas quanto ao estado civil revela que a maioria (47.6%) era casada (Tabela 1), sendo que em 8.3% (n=21) dos casos esta informação não constava do relatório médico-legal.

Tabela 1 - Distribuição das vítimas por estado civil (n=233)

	n	%
Casado(a)	111	47.6
Solteiro(a)	94	40.3
Divorciado(a)	10	4.3
Viúvo(a)	8	3.4
Separado(a)	7	3.0
União de facto	3	1.3

Quanto ao local de residência, a maioria das vítimas residia em Belo Horizonte (66%) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição dos Entrevistados por local de residência (n=254)



Em nenhum relatório pericial é feita qualquer referência aos antecedentes pessoais da vítima, sejam patológicos ou traumáticos.

2. Caracterização do acidente

A data do acidente não consta nos relatórios em 86.6% dos casos.

Em relação ao tipo de acidente, verificou-se que em 81.9% dos casos a sua caracterização também não consta no relatório (n=208).

Nos casos em que existia tal informação (n=46), o atropelamento foi o tipo de acidente mais frequente (80.4%) (Tabela 2). Em nenhum dos relatórios foi feita menção à localização da vítima no veículo ou à utilização de medidas de segurança, como o cinto de segurança, por exemplo.

Tabela 2 – Tipo de acidente (n=46)

	n	%
Atropelamento por viatura	37	80.4
Outro	5	10.9
Colisão entre veículos em andamento	2	4.3
Capotamento	1	2.2
Despiste	1	2.2

Relativamente ao veículo envolvido no acidente, esta informação não constava no relatório em 68.5% dos casos (n=174).

Nos casos em que existia tal informação (n=80), em 45% referia-se que a vítima seguia em veículo de 4 rodas e que em 46.2% dos casos era peão, não se indicando, neste caso, o tipo de veículo atropelante (Tabela 3).

Tabela 3 – Veículo envolvido (n=80)

	n	%
Peão	37	46.2
Em veículo motorizado de 2 rodas	36	45.0
Em camião/camioneta	4	5.0
Em veículo motorizado de 4 rodas	2	2.5
Outros	1	1.3

3. Caracterização das lesões iniciais

Em 52 dos relatórios médico-legais (20.5%), as lesões resultantes do acidente não estavam descritas relativamente à sua localização nos segmentos corporais. Em nenhum caso foi negada a sua existência.

Nos casos em que existia esta descrição, e tendo em conta que as regiões atingidas podem ser múltiplas (n=260), os membros inferiores foram a região mais atingida (50.4%), seguida dos membros superiores (23.8%) (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das lesões por localização no corpo (n=260)

	n	%
Membros inferiores	131	50.4
Membros superiores	62	23.8
Crânio e pescoço	26	10.0
Face	15	5.8
Pelve e períneo	7	2.7
Ráquis e medula	6	2.3
Abdômen	5	2.0
Tórax	5	2.0
Outros	3	1.2

Também não foi registrado nos relatórios o tipo de lesão em 31.9% dos casos (n=81). Em nenhum caso foi negada a sua existência.

Nos casos em que existia esta descrição, os quais também podem incluir múltiplos tipos de lesões (n=296), verificou-se que as lesões mais frequentes foram as fraturas (49.7%) (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição do tipo de lesões (n=296)

	n	%
Fraturas	147	49.7
Contusões órgãos internos	23	7.8
Outra	15	5.1
Lacerações tecidos moles	12	4.1
Contusões/escoriações etc. dos tecidos moles	7	2.4
Amputações	6	2.0
Lacerações órgãos internos	5	1.7

4. Caracterização das sequelas

Em 3.1% do total dos relatórios, as sequelas não se encontravam aí descritas (n=8).

Em 12.9% do total dos casos era feita referência expressa à ausência de sequelas.

Nos casos em que estas sequelas existiam e a sua descrição estava disponível (n=279), verificou-se que as sequelas a nível do corpo mais frequentes (que podem ser múltiplas) foram nos membros inferiores (48%) e superiores (22.6%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição das sequelas no corpo (n=279)

	n	%
Membros Inferiores	134	48.0
Membros Superiores	63	22.6
Sem sequelas	36	12.9
Crânio e Pescoço	21	7.5
Outra	9	3.2
Face	6	2.2
Ráquis e Medula	5	1.8
Pelve e Períneo	3	1.1
Abdômen	2	0.7

Quanto às sequelas funcionais, em 9.1% do total dos relatórios médico-legais, esta informação não constava (n=23), sendo que em 36 casos estas sequelas são expressamente negadas nos relatórios (14.2%).

Nos casos em que estas sequelas existiam e a sua referência foi feita no relatório (n=283), a sequele mais frequente foi a nível da marcha e postura (48.8%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das sequelas funcionais (n=247)

	n	%
Marcha e postura	138	55.9
Manipulação e preensão	60	24.3
Outra	20	8.1
Cognição e afetividade	14	5.7
Controlo dos esfíncteres	9	3.6
Sexualidade e procriação	6	2.4

As sequelas situacionais não constavam em 79.5% do total dos relatórios (n=202), sendo negadas em 35 casos (13.8%).

Dos casos em que estas sequelas existiam e a sua referência era feita no relatório (n=26), a mais frequente foi relativa às atividades da vida diária (50%).

Tabela 8 – Distribuição das sequelas situacionais (n=26)

	n	%
Atividades da vida diária	13	50.0
Vida afetiva e social	6	23.1
Vida profissional	6	23.1
Outra	1	3.8

Relativamente a uma eventual alteração significativa da vida anterior, não constavam informações no relatório em 82.3% dos casos (n=209).

Nos casos em que existia referência a este aspeto (n=45) não se terão verificado consequências relevantes em 88.9% (Tabela 9).

Tabela 9 – Situação de vida após o acidente (n=45)

	n	%
Não houve alteração significativa da sua vida anterior	40	88.9
Ficou sem autonomia	3	6.7
Foi reformado(a)	2	4.4

5. Caracterização dos parâmetros de dano

As referências ao nexo de causalidade, à data de consolidação médico-legal das lesões e aos parâmetros de dano temporários não constavam de nenhum dos relatórios analisados.

Em relação aos parâmetros de dano permanentes, também não constavam do relatório numa elevadíssima percentagem de casos (93.3%, n=237).

A menção aos parâmetros de dano corporal era mais frequente relativamente ao Dano Estético, ainda que assim mesmo este tenha sido avaliado em apenas 9 casos; os restantes danos foram, também, residualmente avaliados (Tabela 10).

Tabela 10 – Danos permanentes (n=21)

	n	%
Dano Estético	9	42.9
Incapacidade absoluta geral	4	19.0
Rebate profissional	4	19.0
Dano Sexual	2	9.5
Incapacidade parcial geral	1	4.8
Dano Futuro	1	4.8

No que se refere às dependências, em 84.3% (n=214) dos relatórios não constavam informações sobre este aspeto, sendo estas expressamente negadas em 7 casos (2.6%). Em alguns casos eram descritas dependências múltiplas, revelando-se como mais frequentes as ajudas técnicas (58.7%) (Tabela 11).

Tabela 11 – Dependências (n=46)

	n	%
Ajudas técnicas	27	58.7
Ajudas medicamentosas	7	15.2
Tratamento médico regular	6	13.0
Terceira pessoa	5	10.9
Outra	1	2.2

V. DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu confirmar a ideia de que a ausência de uma metodologia específica para a realização dos exames e relatórios periciais em caso de acidente de viação e tendo em vista a indemnização do dano corporal, promove a realização de relatórios muito rudimentares, baseados sobretudo no modelo penal, e valorizando, particularmente, a resposta aos quesitos.

Esta atitude não é nova. Em Portugal, país cuja referência seguimos para orientar este estudo, antes de 1990, a maior parte dos exames em Direito Civil, elaborados nos três Institutos de Medicina Legal então existentes, eram muito vagos, seguindo-se por vezes o modelo penal para descrição das lesões e usando-se a *Tabela de Incapacidades para Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais* para avaliar a chamada “IPP”. Mas nestes casos privilegiava-se a resposta aos quesitos.

O ano de 1990 é um ano de referência porque foi nesse ano que o Professor Oliveira Sá, então diretor do Instituto de Medicina Legal de Coimbra, deu início ao *1º Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático em Direito Civil*, publicando em 1992 o primeiro livro neste âmbito (OLIVEIRA SÁ, 1992). Este Curso, iria lançar as bases de toda a mudança que se começou a operar e que foi consolidada pela criação do *Instituto Nacional de Medicina Legal*, em 2000, o qual veio promover a harmonização da atividade pericial.

No entanto, apesar de não existirem normas para o Direito Civil, existem algumas no que se refere à avaliação do dano corporal e a que importa atender:

- a) O artigo 944º do CC, refere que a indemnização se mede pela extensão do dano, o que pressupõe a descrição e medida do mesmo, nos seus diversos aspetos;
- b) A referência à necessidade de fazer a prova do dano resultante está também plasmada no artigo 5º da Lei 6194/1974, de 19 de Dezembro;
- c) O DPVAT (Lei 11945/2009, de 4 de junho) exige a avaliação do nexo de causalidade;
- d) No artigo 3º da Lei acima referida indica-se a Tabela de invalidez permanente a ser usada nestes casos.

Estas normas não são, contudo, tidas em conta na maioria dos casos, o que põe em causa o valor da perícia e prejudica, portanto, a atribuição da justa reparação da vítima.

Assim, para analisar a situação brasileira, passível de ser descrita através da análise do que, nesta matéria, é a metodologia seguida no IML de Belo Horizonte, iremos de

seguida analisar os resultados considerando o aspetos constantes da ficha de colheita de dados, passo a passo.

1. Vítimas, acidentes, lesões e sequelas

Os resultados relativos à caracterização das vítimas, acidentes, lesões e sequelas são os expetáveis para a sinistralidade rodoviária e, na generalidade, estão de acordo com o descrito na literatura sobre estes acidentes quando ao género das vítimas (masculino) e sua idade (adultos jovens), bem como ao tipo de lesões e sequelas resultantes e sua localização (contusão tecidos moles e fraturas, preferencialmente nos membros), o que de alguma forma permite validar o tipo de amostra selecionada para o estudo (MAGALHÃES T e col, 1998; KHAN ZU e col, 2010). Apenas não se verifica concordância quanto ao mecanismo do acidente que, sendo mais frequentemente a colisão em viaturas, no caso presente foi o atropelamento. No entanto, tal como já referido, no Brasil as taxas de colisões e atropelamentos (os dois tipos de acidente mais frequentes), variam muito (JORGE & KOISUMI, 2007).

Mas não nos iremos deter nesta análise, dado que o objetivo do estudo se prende com a metodologia da perícia, propriamente dita, pelo que voltaremos já de seguida à análise destes pontos mas, agora, na perspetiva do relatório pericial.

2. A avaliação do dano corporal

O dano corporal pode ser definido como qualquer alteração ou perturbação da integridade física ou psíquica, com carácter económico, moral, familiar, penal, laboral, entre outros (CUETO, 2001). A avaliação médico-legal do dano corporal constitui, na prática, um conceito multidisciplinar, cujo objetivo final é a atribuição de uma indemnização, geralmente económica.

Os elementos que integram esta avaliação, no sentido de delimitar suas fronteiras, são (BOROBIA, 2006):

- a) A pessoa que sofreu uma alteração mais ou menos brusca na sua integridade psicofísica, existindo um responsável ou uma situação de risco que a determinou;
- b) A compensação ou ajuda que esta pessoa poderá ter direito, seja por uma alteração temporária ou permanente na integridade psicofísica;
- c) A quantificação prévia da alteração da saúde previamente ao cálculo da indemnização, comparando-se o estado de saúde atual com o que existia antes da modificação;

- d) A reparação que se estabelece por meio de normas legais e, por vezes, jurídicas.

Como refere França (2004), autoridade brasileira nesta matéria, no Brasil, o objetivo fundamental do estudo médico-pericial das lesões corporais é a catacterização da sua extensão, gravidade e perenidade, ou seja, sua quantidade e qualidade; são estas que traduzem grande parte do dano corporal, e que o explicam.

A avaliação do dano corporal faz recurso a um relatório escrito e o objetivo relativo ao exame pericial efetuado, devendo promover a correta descrição e análise do evento e da vivência do dano, dos elementos de dano temporários e permanentes, a ponderação do nexo de causalidade, bem como da data de cura ou consolidação das lesões, para posterior avaliação dos diversos parâmetros de dano na pessoa, em função do enquadramento legal da perícia (MAGALHÃES e col., 2010).

2.1. Descrição do traumatismo e do dano resultante

Relativamente aos relatórios, verifica-se que os dados que nos permitem caraterizar todo o evento (desde aspetos da vítima, a aspetos do traumatismo e lesões resultantes), são muito omissos, não permitindo, assim, aquela necessária caraterização.

Aspetos tão simples como a idade e estado civil da vítima, falham em 3.1% e 8.3% dos relatórios, mas a descrição dos seus antecedentes pessoais patológicos e traumáticos, nunca é feita. A análise das profissões nem sequer foi feita pois, além de omissa, na maior parte dos casos a designação das mesmas variava tanto que se entendeu não serem esses dados passíveis de análise.

Também no que à caracterização do acidente diz respeito, esta não se concretiza em 81.9% dos casos; poucos são os relatórios que descrevem o veículo envolvido, assim como o tipo de acidente verificado.

Alguns são também omissos quanto à descrição da localização e tipo de lesões (20.5% e 31.9%, respetivamente), bem como à descrição das sequelas, raramente as considerando na sua perspetiva tridimensional: as sequelas corporais, funcionais e situacionais não são referidas em 3.1%, 9.1% e 79.5%, respetivamente.

Ora, como adiante se irá referir, estes aspetos são fundamentais para o estabelecimento do nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano (VIEIRA & CORTE-REAL, 2008).

Constatou-se, ainda, que a maior parte dos relatórios (86.6%) não referem a data do acidente, prejudicando a determinação de uma data de consolidação e, consequentemente, a análise dos danos temporários.

Face a estas constatações, importará referir as “Recomendações Gerais para a Realização de Relatórios Periciais de Clínica Forense Relativos ao Dano Pós-Traumático” do *Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.*, de Portugal (MAGALHÃES e col, 2010), as quais tiveram em conta, para a sua elaboração, a literatura e boas práticas sobre a matéria, nas quais se refere que os peritos, na elaboração de um relatório pericial, devem atender à descrição do evento traumático e de todos os eventos subsequentes com ele relacionados, a partir da informação colhida através da vítima ou de quem a acompanhe, bem como a partir dos registos clínicos relativos ao acidente em causa. Devem, pois, incluir sistematicamente no relatório pericial os seguintes aspetos:

- a) Data, local, mecanismo, tipo e circunstâncias do evento traumático;
- b) Lesões resultantes (descrição genérica, de acordo com a informação prestada pela vítima e descrição detalhada de acordo com a informação dos registos clínicos);
- c) Estabelecimentos médicos onde foi assistida, complicações surgidas e tratamentos efetuados;
- d) Internamento(s) e data(s) de alta(s) hospitalar(es);
- e) Consulta(s) em ambulatório e respetiva(s) data(s) de alta(s);
- f) Data(s) de retoma(s) da atividade profissional ou outras circunstâncias, como a mudança de atividade, desemprego ou aposentação.

Consta, ainda, das referidas *Recomendações*, que a descrição dos danos deve ser rigorosa, clara, objetiva, pormenorizada, sistematizada e compreensível, nomeadamente para não médicos. Assim, para se garantir uma descrição global e personalizada do dano, pode seguir-se o modelo da avaliação tridimensional que inclui três níveis (MAGALHÃES T, 1998): corpo, funções e situações.

As sequelas no “corpo”, ou seja, os aspetos biológicos com as suas particularidades morfológicas, anatómicas, histológicas, fisiológicas e genéticas (HAMONET & MAGALHÃES, 2000), devem ser descritas de forma orientada e rigorosa, com indicação de todas as características das lesões ou sequelas, incluindo: (a) Tipo (equimose, escoriação, ferida cortante, etc., no caso das lesões; cicatriz, dismorfia, amiotrofia, dismetria, alteração da amplitude ou da estabilidade articular, desvio do eixo ou rotação do membro, perda de segmento ou órgão, alteração na força, sensibilidade, equilíbrio, etc., no caso das sequelas); (b) Localização precisa; (c) Cor (quando for caso disso); (d) Dimensões exatas (medindo dimensões e graus e, no caso do exame ortopédico e neurológico, comparando com o lado contra lateral sempre que possível). Deve ser também feita referência independente a eventuais alterações encontradas que sejam resultantes de um estado anterior (MAGALHÃES e

col, 2010). O exame pode descrever-se de acordo com as seguintes regiões anatômicas (MAGALHÃES e col, 2010): crânio; face; pescoço; coluna (medula incluída); tórax; abdômen (conteúdo pélvico e períneo incluídos); membro superior direito; membro superior esquerdo; membro inferior direito (pelve óssea incluída); membro inferior esquerdo (pelve óssea incluída). Sempre que possível as lesões e sequelas corporais devem ser fotografadas, de acordo com as normas da fotografia forense, e com o prévio consentimento da vítima ou seu representante legal, fazendo-se referência às fotografias no relatório pericial.

As sequelas “funcionais” correspondem às capacidades físicas e mentais (atuais ou potenciais) próprias do ser humano, tendo em conta a sua idade e sexo, independentemente do meio onde este se encontre; surgem na sequência das sequelas a nível do corpo e são influenciadas, positiva ou negativamente, por fatores pessoais (como a idade, o estado físico e psíquico anterior, a motivação e o esforço pessoal de adaptação) e do meio (como as barreiras arquitetónicas, ajudas técnicas ou ajudas humanas) (HAMONET & MAGALHÃES, 2000). Podem descrever-se relativamente aos seguintes aspetos: (a) postura, deslocamentos e transferências; (b) manipulação e preensão; (c) comunicação; (d) cognição e afetividade; (e) controlo de esfíncteres; (f) sexualidade e procriação.

As sequelas “situacionais” correspondem à confrontação (concreta ou não) entre uma pessoa e a realidade de um meio físico, social e cultural; podem ser relativas às atividades da vida diária, familiar, social, de lazer, de educação, de trabalho ou a outras, num quadro de participação social. Surgem em consequência das sequelas a nível do corpo e das funções, variando com os fatores pessoais e do meio (HAMONET & MAGALHÃES, 2000). As situações de vida devem ser descritas quanto aos prejuízos mais relevantes, de acordo com os seguintes aspetos: (a) atos da vida corrente; (b) vida afetiva, social e familiar; (c) vida profissional ou de formação. (MAGALHÃES e col, 2010)

As instruções para avaliação de cada um dos níveis referidos podem ser consultadas nas “*Instruções para utilização do Inventário de Avaliação do Dano Corporal*” (MAGALHÃES T, 1998).

2.2. Nexos de causalidade

Antes de avançar para a valoração da alteração da saúde ou integridade psicofísica consequente a um traumatismo, o nexos de causalidade precisa de ser analisado, podendo a lesão ser, ou não, imputada ao acidente (LUCAS, 2005).

A problemática do nexo de causalidade constitui assunto de particular relevância, sendo um momento decisivo para toda a perícia (VIEIRA & CORTE-REAL, 2008).

A causalidade médica é a noção que permite admitir cientificamente a relação existente entre um facto ou evento e um estado patológico, por exemplo, entre um acidente e uma fratura ou entre uma fratura e uma anquilose (FOURNIER & HUGUES-BÉJUI, 2003).

No presente estudo verificou-se que, apesar do constante da Lei 6194/1974, de 19 de dezembro (DPVAT), relativamente à exigência de verificação do nexo de causalidade entre o evento e o dano para atribuição da indemnização por aquele seguro, em 100% dos casos esta avaliação não está descrita nos relatórios médico-legais.

Para além do mais, faltham aspetos nos relatórios, já atrás identificados, fundamentais para que o perito possa equacionar a existência deste nexo e fundamentá-lo, se o mesmo se comprovar: é o caso dos antecedentes pessoais patológicos e/ou traumáticos que possam ser relevantes ou influenciar o resultado final do estado sequelar relativo ao caso em análise (recolhidos com base na informação da vítima ou seu acompanhante e/ou em registos clínicos); tal será fundamental para a ponderação daquele nexo, nomeadamente por poder dar indicações quanto ao eventual estado anterior da pessoa relativamente ao traumatismo; mas é também o caso do mecanismo do traumatismo e das lesões e sequelas resultantes.

Ora, é fundamental que se explique o raciocínio que sustenta a passagem da causa ao efeito, explicação que deve ter coerência científica (VIEIRA & CORTE-REAL, 2008). Por isso, devem ser sistematicamente discutidas nos relatórios médico-legais as sete condições clássicas para se estabelecer o nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano, citadas em todos os textos sobre a matéria, designadamente por Oliveira Sá (1992):

- a) Natureza adequada do traumatismo para produzir as lesões evidenciadas;
- b) Natureza adequada das lesões a uma etiologia traumática;
- c) Adequação entre a sede do traumatismo e a sede da lesão;
- d) Encadeamento anatomoclínico;
- e) Adequação temporal;
- f) Exclusão da preexistência do dano relativamente ao traumatismo;
- g) Exclusão de uma causa estranha ao traumatismo.

A *“Natureza adequada do traumatismo para produzir as lesões evidenciadas”* significa que deve existir uma proporção entre a intensidade do traumatismo e a quantidade de dano produzido.

O critério de “*Natureza adequada das lesões a uma etiologia traumática*” significa que é preciso que a condição médica em análise seja daquelas para as quais a ciência aceite uma possível origem traumática.

A “*Adequação entre a sede do traumatismo e a sede da lesão*” estabelece a necessidade de uma relação entre o local do traumatismo e a sede do dano (CRIADO DEL RÍO, 1999). O critério de “*Encadeamento anatomoclínico*” trata de demonstrar a concatenação lógica e coerente dos fenómenos colocados em marcha pelo traumatismo (CALABUIG, 2001). A “*Adequação temporal*” refere que o intervalo livre entre o traumatismo e o dano deve ser compatível e adequado a uma etiologia traumática (OLIVEIRA SÁ, 1992). O critério de “*Exclusão da preexistência do dano relativamente ao traumatismo*” é necessário para excluir um facto coincidente, ou seja, um dano corporal que já existia e que, sendo revelado após o trauma, não guarda relação com este. Por fim, a “*Exclusão de uma causa estranha ao traumatismo*” é o critério que procura verificar se existe outra causa ou circunstância exclusiva e plenamente capaz de explicar o dano (CRIADO DEL RÍO, 1999).

Estes critérios devem constituir elementos de reflexão, a serem interpretados cuidadosa e ponderadamente em cada situação concreta, de modo a permitir ao perito chegar a uma convicção científica (VIEIRA & CORTE-REAL, 2008).

Havendo, eventualmente, dúvidas quanto à imputabilidade médica, deve o perito explicitá-la através da análise do nexo de causalidade hipotético, indireto ou parcial. (VIEIRA & CORTE-REAL, 2008).

2.3. Data de consolidação médico-legal das lesões

A evolução das lesões, resultado de um traumatismo, corresponde sempre a um estado temporário que evolui até ao estabelecimento das sequelas ou à cura (MAGALHÃES, 1998).

Assim, verificada a existência de nexo de causalidade entre o evento traumático em causa e o dano resultante, a primeira missão do perito é estabelecer a data de cura ou de consolidação médico-legal das lesões.

Do ponto de vista médico-legal, fala-se em cura sempre que o indivíduo recuperou totalmente das lesões sofridas, voltando a estar exatamente na mesma situação em que se encontrava antes do dano ter sido produzido (VIEIRA, 2000).

Fala-se em consolidação médico-legal quando persistem sequelas, ou seja, um dano corporal de carácter permanente. A vítima pode ter alta médica definitiva ou manter tratamentos, mas apenas para evitar um agravamento, não sendo razoável admitir alterações significativas no quadro clínico apresentado (VIEIRA, 2000).

No caso da cura serão avaliadas as repercussões temporárias do dano e no caso da consolidação as consequências temporárias e permanentes.

Assim, é fundamental a determinação dessa data, sem a qual não se sabe quando terminam os danos temporários e começam os permanentes. O que se verificou no presente estudo, é que os relatórios médico-legais analisados eram omissos a este aspeto em 100% dos casos.

A determinação desta data pode ter em conta vários aspetos, existindo até situações particulares que devem ser consideradas mas em geral corresponde à data de alta da última consulta médica (MAGALHÃES T e col, 2010). No caso de não existir informação, designadamente nos registos clínicos hospitalares, e outros, para esta avaliação, pode recorrer-se à literatura para estimar o tempo que determinado tipo de lesões demandam para a cura (PÉREZ MG-B, 2006; RAMIREZ LB, 1996).

2.4. Parâmetros de dano temporário

Os danos temporários, económicos e não económicos, são suscetíveis de serem indemnizados, pelo que devem ser rigorosa e sistematizadamente descritos nos relatórios periciais. No caso do presente estudo, estes danos eram omissos em 100% dos casos.

A metodologia de avaliação destes danos, no âmbito do Direito Civil, consta das “Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito Civil” do *Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.*, de Portugal (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010), importando fazer referência a alguns aspetos, ainda que resumidamente.

Quer a vítima exerça ou não uma atividade profissional, existe um momento em que as lesões determinam um comprometimento das suas atividades habituais. Esse período, chamado de *défice funcional temporário*, será total nos períodos de hospitalização ou restrição ao leito no domicílio, presumindo-se um relevante prejuízo na autonomia da vítima. Com o tempo, as lesões que inicialmente determinam um *défice total* evoluem para um *défice funcional parcial*. Em síntese, o *défice temporário funcional* pode ser total ou parcial, de acordo com o grau de comprometimento da autonomia da vítima. Tem a sua duração limitada pela data do traumatismo e pela data estimada de cura ou consolidação médico-legal das lesões, conforme restituição anatómica e funcional integral ou evolução para sequelas, respetivamente (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Durante esse período de recuperação da vítima é comum que ocorram impedimentos ou restrições para o seu retorno ao trabalho. Essa *repercussão temporária nas*

atividades profissionais será total se a vítima não tiver condições de realizar nenhuma das tarefas fundamentais de sua profissão; será parcial durante o período em que esta estiver incapacitada de retornar ao seu trabalho de forma integral, mas puder retomá-lo parcialmente (VIEIRA, 2008).

Nesse período de danos temporários valoriza-se, ainda o *quantum doloris*, que corresponde à dor física resultante dos ferimentos e dos tratamentos, à dor em sentido psicológico, incluindo a angústia e ansiedade quanto ao acidente e hospitalização, a consciência do risco de vida, o afastamento do meio, bem como das responsabilidades familiares e profissionais (OLIVEIRA SÁ, 1992).

2.5. Parâmetros de dano permanente

Também os danos permanentes, económicos e não económicos, são suscetíveis de serem indemnizados, pelo que devem ser rigorosa e sistematizadamente descritos nos relatórios periciais. Neste estudo, estes danos eram omissos em 93.3% dos casos.

A metodologia de avaliação destes danos, no âmbito do Direito Civil, consta das “Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do Direito Civil” do *Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.*, de Portugal (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010), fazendo-se aqui uma sumária referência a algumas questões.

As repercussões das sequelas na vida da vítima são avaliadas após consolidadas as lesões e devem ser analisadas a partir de variadas perspetivas.

Uma dessas perspetivas é a apreciação da alteração ou o *défice permanente da integridade física e/ou psíquica* da pessoa com repercussão nas suas atividades da vida diária. É descrito pelo perito e avaliado em pontos ou percentagens, tendo como referência tabelas funcionais de dano corporal em Direito Civil (VIEIRA, 2008).

No caso português, as normas referem que este constitui um dano que, sendo personalizado, deve ser valorado de igual forma em todos os casos, independentemente da atividade profissional, tendo em conta a globalidade das sequelas do caso concreto (corpo, funções e situações) e tendo como elemento indicativo de referência a *Tabela de Avaliação de Incapacidades em Direito Civil* (Anexo II do Decreto Lei 352/2007, de 23 de outubro). A tabela brasileira não é completamente sobreponível a esta, sendo mais reduzida, mas constitui um instrumento válido que, como todos, poderá ser sempre melhorado, o qual deveria ser usada sistematicamente para a quantificação deste dano (no caso, dito de invalidez).

Deve ser também avaliada a *repercussão das sequelas nas atividades profissionais* da vítima. Esta repercussão corresponde às consequência da alteração permanente da

integridade física e/ou psíquica a nível do exercício profissional. Podem ser verificadas as seguintes situações (OLIVEIRA SÁ, 1992; MAGALHÃES & VIEIRA, 2010):

- a) Compatibilidade com o exercício de sua atividade profissional;
- b) Compatibilidade com o exercício de sua atividade profissional, mas implicando esforços suplementares no exercício da mesma;
- c) Impedimento do exercício de sua atividade profissional, havendo, no entanto, compatibilidade com outras profissões na área da sua preparação técnico-profissional;
- d) Impedimento do exercício de sua atividade profissional, bem como de qualquer outra na área de sua preparação técnico-profissional.

Outra perspectiva a ser tida em conta na avaliação das sequelas é a questão do *dano estético permanente* imputável ao traumatismo que, no nosso estudo, apesar de só ter sido considerado em 9 casos foi, ainda assim, o mais frequentemente considerado. Correspondente à repercussão de uma sequela estática (e.g., cicatriz, deformidade) ou dinâmica (e.g., claudicação da marcha, alterações na mímica), resultando na deterioração da imagem da vítima em relação a si própria e aos outros. Devem ser levados em conta o grau de notoriedade/visibilidade e o desgosto revelado pela vítima (MAGALHÃES, VIEIRA, 2010).

A *repercussão na atividade sexual* da vítima corresponde à impossibilidade total ou parcial que encontra o indivíduo - em consequência das sequelas físicas e/ou psíquicas - para manter o mesmo tipo de atividade sexual que tinha anteriormente à vivência do evento traumático, não se incluindo os aspetos relacionados à capacidade reprodutora. (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Outro aspeto a se ter em conta na avaliação das sequelas é a *repercussão nas atividades desportivas e de lazer* da vítima. Avalia-se o prejuízo funcional para a vítima se dedicar a certas atividades culturais, desportivas ou de lazer que exercia com regularidade e representavam para esta uma ampla gratificação pessoal (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Por fim, o perito deve fazer referência às *dependências* da vítima e suas necessidades futuras, o que se aplica, sobretudo, no caso dos traumatizados graves. No caso em estudo se verificou, ainda assim, em 40 casos (15.7%), o que até se encontra acima da taxa de casos esperada nestas situações (MAGALHÃES, 1998). As dependências podem ser temporárias ou permanentes, sendo valorizadas enquanto tal, mais frequentemente, as permanentes. Podem ser relativas a diversos tipos de necessidades: medicamentosas, tratamentos clínicos, ajudas técnicas, adaptações (domicílio, local de trabalho, viatura), ou ajuda de terceira pessoa (MAGALHÃES & VIEIRA, 2008).

2.6. O relatório pericial

A metodologia de elaboração do relatório pericial no Brasil, e para estes casos, seguida nos IML em geral é a do Direito Penal, o que não promove a avaliação dos diversos parâmetros de dano acima elencados, suscetíveis de ser traduzida numa indemnização fundamentada, mas antes danos que melhor se aplicam à qualificação jurídico-penal de uma conduta.

De acordo com as normas portuguesas (MAGALHÃES e col, 2010), o modelo deve ser praticamente igual para todos os âmbitos do Direito em que o exame tenha lugar (Penal, Civil, Trabalho, Família ou Administrativo), até ao capítulo da Discussão, importando depois ter em conta as especificidades e objetivos de cada Direito nos capítulos da Discussão e Conclusões.

Assim, é fundamental conhecer as regras e objetivos do Direito que regem cada tipo de perícia e estar consciente das implicações que o relatório judicial terá na decisão judicial. O relatório possui, em termos probatórios, valor particularmente relevante. É um testemunho escrito de natureza médica, relativo a uma situação da qual analisa as causas e consequências. A sua leitura deverá permitir reconstituir, sem equívocos, todas as observações feitas pelo perito e todos os elementos que fundamentam as conclusões da perícia que concretizou, de forma a que esta possa ser também eventualmente submetida a um saudável contraditório em sede de julgamento ou vir a ser posteriormente possível em caso de eventual agravamento (MAGALHÃES e col, 2010).

O objetivo do relatório pericial é, pois, promover a correta descrição e análise do evento traumático e da sua vivência, dos elementos de dano temporários (lesões, períodos de incapacidade e eventuais tratamentos e complicações) e permanentes (sequelas corporais, funcionais e situacionais), e a ponderação/avaliação do nexo de causalidade entre o traumatismo e as lesões ou sequelas, bem como da data de cura/consolidação das lesões, visando a posterior avaliação dos diversos parâmetros de dano na pessoa (classicamente designado por dano corporal) em função do enquadramento legal da perícia (VIEIRA, 2000; VIEIRA, 2008; MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

O relatório em direito Civil, deverá conter, além dos elementos descritivos próprios da avaliação pericial do dano corporal, um capítulo com a discussão dos pontos relevantes, que resumidamente se elencam: nexo de causalidade; data de cura ou consolidação das lesões; danos temporários (períodos de défice funcional temporário total e parcial; períodos de repercussão temporária nas atividades profissionais total e

parcial e *quantum doloris*); danos permanentes (défice funcional da integridade psicofísica expresso em pontos ou percentagem, repercussão das sequelas nas atividades profissionais, dano estético permanente quantificado numa escala de sete graus de gravidade crescente, repercussão das sequelas na vida sexual quantificada no mesmo tipo de escala, repercussão das sequelas nas atividades desportivas e de lazer usando também a mesma escala e referência a dependências ou necessidades futuras da vítima).

Assim, deverá ser considerado um capítulo inicial, de informação, o qual deve compreender dois subcapítulos - “História do Evento” e “Dados Documentais” -, onde o perito descreverá o evento traumático e todos os eventos subsequentes com ele relacionados, com base na informação da vítima ou de quem a acompanhe, incluindo data, local, mecanismo, tipo e circunstâncias do evento traumático, lesões resultantes, estabelecimentos médicos onde foi assistida, complicações surgidas, tratamentos efetuados, internamentos e datas de alta, consultas em ambulatório e alta, retomada da atividade profissional ou outras circunstâncias, como a mudança de atividade, desemprego ou aposentação (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Deve constar, ainda, no capítulo da informação, os dados documentais, geralmente registos clínicos, elementos fundamentais para o melhor conhecimento, descrição e comprovação das lesões sofridas, de eventuais complicações e dos tratamentos efetuados (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Posteriormente deve ser elaborado um capítulo relativo aos antecedentes da vítima. Deve-se interrogar a vítima sobre os seus antecedentes médicos e obter informação clínica sobre eles, apenas assinalando e discutindo no relatório os que constituem um estado anterior suscetível de ter incidência sobre as lesões, a sua evolução e as sequelas observadas (HUGUES-BEJUI, 2006). Este capítulo é fundamental no âmbito da ponderação do nexo de causalidade entre o traumatismo e o dano, nomeadamente pela circunstância de poder dar indicações quanto a eventual estado anterior da pessoa relativamente ao traumatismo (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

O capítulo seguinte deverá referir-se ao estado atual da vítima, onde se incluem as “Queixas”, o “Exame objetivo” e os “Exames complementares”. Como o objeto da perícia é a pessoa, englobando os danos por ela sofridos, estes serão considerados em três níveis (corpo, funções e situações de vida), cuja correlação permitirá compreender a relação de causalidade entre os danos no corpo e os danos para a vida concreta do indivíduo em causa (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010). As queixas devem contemplar os danos relativamente às funções e situações de vida; no caso dos *handicaps* graves a descrição pormenorizada e multidisciplinar destas queixas é fundamental (MAGALHÃES & VIEIRA, 2008). No exame objetivo descreve-se o dano

no “corpo”, referindo-se o estado geral da pessoa e depois uma descrição orientada e rigorosa, com indicação de todas as características das lesões ou sequelas (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010). Deve-se proceder a um exame clínico detalhado em função das lesões iniciais e das queixas expressas pela vítima, consignando-se todas as constatações no relatório pericial (HUGUES-BEJUI, 2006). Como complemento desta observação pode justificar-se documentar fotograficamente as lesões ou sequelas, incorporada no relatório após prévia autorização escrita da pessoa (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Eventualmente, podem ser necessários exames complementares e que também devem ser descritos no relatório pericial, como exames imaginológicos, pareceres de especialidades e outros (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Posteriormente à identificação e descrição dos danos, procede-se à sua interpretação e valoração, tendo como ponto de partida o estudo do nexo de causalidade e o estabelecimento da data de consolidação médico-legal das lesões, conforme acima descrito. Nessa sequência, descrevem-se, quantificam-se e fundamentam-se os parâmetros de dano temporário e os parâmetros de dano permanente.

Finalmente, as conclusões deverão constituir um resumo do que consta no capítulo da Discussão.

O relatório deve integrar as respostas aos quesitos, devendo evitar-se, sempre que possível, responder-lhes diretamente, dado que estes constituem um autêntico espartilho para os peritos, tentando, por vezes, condicionar a sua resposta (OLIVEIRA SÁ, 1992), não permitindo a integração dessas respostas no contexto de todo o quadro clínico.

3. Reflexão final

O presente estudo não nos aporta quaisquer resultados até agora desconhecidos, mas constitui a comprovação, analisada à luz de critérios científicos, daquilo que já é um dado adquirido: a falta de normas e a falta de cumprimento das que existem, no que toca à avaliação médico-legal do dano corporal por acidente de viação, tendo em vista contribuir para a determinação da indemnização a atribuir às vítimas, bem como a gravidade desses factos, traduzida pela “pobreza” dos relatórios periciais elaborados para esse fim, tendo como termo de comparação o modelo português.

Ficam agora a faltar outros estudos, fundamentais para completar o presente e melhor caracterizar esta situação no Brasil, designadamente, estudos sobre a perspetiva dos médicos peritos, dos magistrados e dos seguradores quanto ao sistema atual e quanto a uma eventual abertura a um novo modelo e, ainda, um estudo sobre os casos alvo

de indemnização, que permitisse analisar o peso da perícia médico-legal na decisão judicial ou da seguradora.

Parece-nos, porque conhecemos pessoalmente e particularmente bem a realidade portuguesa, que os modelos seguidos naquele país, com as devidas adaptações à realidade brasileira, sobretudo aos aspetos legais, poderiam constituir um importante contributo à promoção da qualidade das perícias efetuadas no Brasil, orientando-as melhor para o objetivo que se propõem servir.

De facto, e como atrás se deixou já exposto, um relatório pericial deve descrever de forma clara, objetiva e pormenorizada o dano corporal, identificando os conceitos e instrumentos usados na avaliação (e.g., significado dos parâmetros de dano, escalas e tabelas a que se recorra) e baseando-se, sempre que possível, na consulta de documentos clínicos (a prova do dano implica o conhecimento do estado anterior e posteriormente ao evento). Deve ter em consideração a informação dada pela vítima ou seu acompanhante e indicar a origem das informações usando tempos verbais adequados ao grau de fiabilidade dessa informação. Deve, ainda, conter a descrição, análise e interpretação do dano corporal sofrido pela pessoa, de modo a permitir a sua compreensão por todas as partes envolvidas (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010).

Por isso, todos os momentos do exame são importantes, a começar pela correta identificação da vítima, passando pela descrição de aspetos com ela relacionados que serão fundamentais para melhor compreender a repercussão dos danos sofridos, como informações sobre o seu modo de vida, saúde prévia ou as suas condições de atividade profissional; se se tratar de uma criança, de um estudante ou de um aluno em formação profissional, importará precisar o seu nível escolar, a natureza dos seus diplomas ou da formação; e, no caso de alguém à procura de emprego, deve precisar-se a sua formação (HUGUES-BEJUI, 2006).

E naturalmente, pelos motivos atrás expostos, todos os aspetos que caracterizam o dano e a sua vivência são também absolutamente fundamentais, como a descrição pormenorizada do acidente, das lesões sofridas, dos tratamentos que tiveram lugar, dos internamentos, consultas e suas datas de início e término, da forma como a vítima vivenciou todo este processo, etc. (MAGALHÃES & HAMONET, 2000; MAGALHÃES 2005; MAGALHÃES e col. 2010).

Posteriormente, o relatório pericial deverá compreender sempre dois momentos fundamentais (MAGALHÃES & VIEIRA, 2010):

- a) Identificação e descrição dos danos, temporários e permanentes, com base na entrevista, nos elementos documentais e nos exames efetuados;
- b) Interpretação e valoração dos elementos observados e elaboração de conclusões devidamente fundamentadas.

Um exame pericial e seu respectivo relatório elaborados nestes termos, poderão contribuir, desde logo, para uma melhor satisfação e realização profissional do perito médico, para um melhor serviço à Justiça, e para uma melhor e mais justa satisfação da vítima, visando não só promover a sua saúde, reabilitação, reintegração familiar, social e profissional, bem como a sua dignidade e qualidade de vida e, ainda, minorar os danos colaterais que nestes casos afetam sempre as famílias e a comunidade em geral.

Assim, importa analisar melhor esta matéria e sobre ela refletir com ponderação, dada a relevância das questões em causa (a justiça e a adequada reintegração das vítimas de acidentes), sendo que o modelo português de avaliação do dano corporal pós-traumático em Direito Civil, com as devidas adaptações, se pode perfeitamente adequar à realidade brasileira, o que traria, seguramente, vantagens acrescidas à realização deste tipo de atividade, vantagens essas extensivas ao serviço da Justiça, às vítimas e a todos quantos neste processo se vêm envolvidos.

VI. CONCLUSÕES

A partir deste estudo pode concluir-se que os relatórios médico-legais elaborado no IML de Belo Horizonte por motivo de acidente de viação, e tendo como objetivo a reparação do dano corporal, são altamente omissos relativamente a aspetos fundamentais que importa que constem, sistematicamente de um relatório deste tipo.

Assim, verificou-se que destes relatórios não consta:

- a) Dados sobre a vítima como idade e estado civil (3.1% e 8.3%, respetivamente);
- b) Antecedentes patológicos e traumáticos da vítima (100%);
- c) Data do acidente (86.6%);
- d) Caraterização do acidente (81.9%);
- e) Referência ao tipo de veículo envolvido (68.5%)
- f) Local e tipo de lesões sofridas (20.5% e 31.9%, respetivamente);
- g) Sequelas corporais, funcionais e situacionais (3.1%, 9.1% e 79.5%, respetivamente);
- h) Nexos causalidade entre o traumatismo e o dano (100%);
- i) Data de consolidação médico-legal das lesões (100%);
- j) Parâmetros de dano temporário (100%);
- k) Parâmetros de dano permanente (93.3%).

Não significam estes resultados que um relatório seja um documento vazio, e sem informação mas, antes, que num elevadíssimo número de casos os peritos médico-legais se limitam a dar apenas resposta direta aos quesitos que lhes são colocados. Este facto, que reduz de forma clara o valor e importância do relatório pericial para a adequada determinação da indemnização a atribuir, exige uma profunda reflexão no sentido de se encontrar um caminho para mudar os procedimentos nesta matéria, sendo que, de acordo com o que atrás se expôs, consideramos que o modelo do *Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.*, de Portugal, largamente validado no âmbito do Direito Civil, pode ser adaptado à realidade brasileira com evidentes vantagens a nível da qualidade pericial e da possibilidade de harmonização das práticas, aspeto fundamental para uma boa administração da Justiça.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANGHER JA. Vade Mecum acadêmico de direito. Décima Edição. São Paulo: RIDEEL, 2010.
- BOROBIA C. Valoración del daño corporal: legislación, metodología y prueba pericial médica; Barcelona: Masson; 2006.
- CALABUIG JA. Medicina Legal y Toxicología; 5ª ed, Barcelona: Masson; 2001.
- CRIADO DEL RÍO MT. Valoración médico-legal del daño a la persona; Madrid: Colex; 2010.
- CUETO CH. Valoración médica del daño corporal; 2ª ed, Barcelona: Masson; 2001.
- DENATRAN. Disponível em www.denatran.gov.br [acedido em 11 maio 2010].
- DINIZ MH. Curso de Direito Civil Brasileiro: responsabilidade civil. 4ª ed. São Paulo: LTR, 2002.
- DPVAT. Leis e resoluções, disponível em dpvatseguro.com.br/conheca/leis_e_resolucoes.asp [acedido em 11 maio 2010] e dpvatseguro.com.br/documentos/Lei%206194_alteracoes_Lei%2011945.pdf [acedido em 26 junho 2010].
- ESTATÍSTICAS DE TRÂNSITO, 2010. Disponível em wportaldotransito.com.br/estatisticas-de-transito [acedido em 4 janeiro 2011]
- ESTEVAN A. Los accidentes de automóvil: una matanza calculada, 2001. Disponível em iih.com/images/stories/Sociedad/PDF/los%20accidentes%20de%20automovil.pdf [acedido em 19 junho 2011].
- FOURNIER C, HUGUES-BEJUI H. L'imputabilité médicale en droit commun. Un siècle de réflexion sur la relation de cause à effet en dommage corporel. Revue Française Dommage Corporel, 29(3): 277-88, 2003.
- FRAGOSO HC. Lições de Direito Penal: parte especial. 3ª ed. São Paulo: Bushatsky, 1976.
- FRANÇA GV. Medicina Legal. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
- HAMONET C, MAGALHÃES T. Système d'Identification et Mesure des Handicaps, Paris : ESKA, 2000.
- HUGUES-BEJUI H. La mission d'expertise en droit commun. Revue Française Dommage Corporel, 2:113-8, 2006.
- JORGE MHPM, KOIZUMI MS. Acidentes de trânsito no Brasil: um atlas de sua distribuição. São Paulo: Abramet, 2007.
- KHAN ZU, ASIRI KMAL, IQBAL J. Injury patterns from road traffic accidents. Pak J Med Sci, 26(2): 394-397, 2010.

- LUCAS FM. Avaliação das sequelas em direito civil. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2005.
- MAGALHÃES T, CORTE-REAL F, SANTOS JC, VIEIRA DN. Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense relativos ao dano pós-traumático. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, 20: 53-61, 2010.
- MAGALHÃES T, VIEIRA DN. A avaliação dos grandes traumatizados e a avaliação de terceira pessoa. In: Vieira DN e Quintero JA eds. *Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil*. Coimbra: Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra. 2008, pp 59-69.
- MAGALHÃES T, VIEIRA DN. Recomendações gerais para a realização de relatórios periciais de clínica forense no âmbito do direito civil. *Revista Portuguesa do Dano Corporal*, 20:70-90, 2010.
- MAGALHÃES T. Estudo tridimensional do dano corporal: lesão, função e situação. Sua aplicação médico-legal. Coimbra: Almedina, 1998.
- MAGALHÃES T: A vítima como objecto da intervenção médico-legal. *Acta Med Port*, 18: 453-8, 2005.
- MAGALHÃES T, HAMONET C. O dano pessoal. *Revista Portuguesa do Dano Corporal* 9(10):49-69, 2000.
- MARIN L, QUEIROZ MS. A atualidade dos acidentes de trânsito. *Cad. Saúde Pública*, 16:7-21, 2000.
- MARTINS RT. Seguro DPVAT. Seguro Obrigatório de Veículos Automotores de Vias Terrestres. Campinas/SP: Servanda, 2009.
- OLIVEIRA NLB. Retorno à atividade produtiva de motociclistas vítimas de acidentes de trânsito. *Acta Paul Enferm*, 19(3):284-9, 2006.
- OLIVEIRA SÁ F. Clínica Médico-Legal da reparação do dano corporal em direito civil; Coimbra: APADAC, 1992.
- PÉREZ MG-B. Nuevo Manual de Valoración y Baremación del Daño Corporal. 14º ed. Granada: Editorial Comares, 2006.
- RAMÍREZ LB. Tiempos de Curación en Traumatología. Madrid: Praxis 2.000, 1996.
- REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2011. Disponível em sarah.br/ [acedido em 4 janeiro 2011].
- RIZZARDO A. A reparação nos acidentes de trânsito. 8ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1998.
- SANTOS RB. Direito de Seguro no novo Código Civil e legislação própria. Rio de Janeiro: Forense, 2006.
- VIEIRA DN, CORTE-REAL F. Nexo de causalidade em Avaliação do Dano Corporal. In: Vieira DN e Quintero JA eds. *Aspectos práticos da avaliação do dano corporal*

em Direito Civil. Coimbra: Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008, pp.61-83.

VIEIRA DN. A “missão” de avaliação do dano corporal em direito civil. Sub Júdice, 17:23-30, 2000.

VIEIRA DN. O Perito e a missão pericial em Direito Civil. In: Vieira DN e Quintero JA eds. Aspectos práticos da avaliação do dano corporal em Direito Civil. Coimbra: Caixa Seguros e Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008, pp 35-59.

ANEXO 1

Avaliação do dano corporal pós-traumático por acidentes de viação no Brasil

Número do relatório ____/____/20____

A. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DA VÍTIMA

1 – Género

- 1. Masculino
- 2. Feminino

2 - Data de nascimento: ____/____/____ (Idade à data da perícia: ____)

3 - Estado civil actual

- 1. Casada(o)
- 2. Solteira(o)
- 3. Separada(o)
- 4. Divorciada (o)
- 5. União de facto
- 6. Viúva(o)

4 - Local de residência

- 1. Belo Horizonte
- 2. Região metropolitana de Bhte
- 3. Interior de Minas Gerais
- 4. Outros estados

5- Escolaridade

- | | |
|---------------------|--|
| 1. Sem escolaridade | |
| 2. Fundamental | |
| 3. Médio | |
| 4. Superior | |
| 5. Pós-graduação | |
| 6. Não consta | |

6- Actividade desenvolvida

- | | |
|---|--|
| 1. Pessoal de profissões científicas, técnicas, artísticas e similares | |
| 2. Directores e quadros superiores | |
| 3. Pessoal administrativo e similares | |
| 4. Trabalhadores das indústrias | |
| 5. Pessoal dos serviços de protecção e segurança e serviços pessoais e domésticos e similares | |
| 6. Agricultores | |
| 7. Pessoal de comércio e vendedores | |
| 8. Pessoal de empresas de transporte e similares | |
| 9. Estudante | |
| 10. Reformada(o) | |
| 11. Desempregada(o) | |
| 12. Outra condição _____ | |
| 13. Não consta do relatório | |

7- Cor da pele

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. Branco | |
| 2. Preto | |
| 3. Amarelo | |
| 4. Indígena | |
| 5. Não consta do relatório | |

8 - Nacionalidade

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. Brasileira | |
| 2. Outra | |
| 3. Não consta do relatório | |

9 – Antecedentes pessoais (escolha múltipla)

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. Psiquiátricos | |
| 2. Cirúrgicos | |
| 3. Alcoólicos | |
| 4. Drogas de abuso | |
| 5. Traumáticos | |
| 6. Outros _____ | |
| 7. Não consta do relatório | |

B. CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE

10 - Data do acidente: ____/____/____

11 - Data da perícia: ____/____/____

12 - Acidente

1. Em veículo motorizado de 4 rodas
2. Em veículo motorizado de 2 rodas
3. Em bicicleta
4. Em camião ou camioneta
5. Peão
6. Outro
7. Não consta do relatório

13 - Tipo de acidente

1. Colisão de veículos com objecto fixo
2. Colisão entre veículos em andamento
3. Capotamento
4. Atropelamento por viatura
5. Atropelamento de animal
6. Despiste
7. Outro
8. Não consta do relatório

C. CARACTERIZAÇÃO DAS LESÕES

14 - Localização das lesões iniciais (escolha múltipla)

1. Crânio e pescoço
2. Face
3. Raquis e medula
4. Tórax
5. Abdómen
6. Membros superiores
7. Membros inferiores
8. Pelve e períneo
9. Outra _____
10. Não consta do relatório

15 – Tipo de lesões (escolha múltipla)

1. Contusões/escoriações etc. dos tecidos moles
2. Lacerações tecidos moles
3. Queimaduras
4. Fracturas
3. Amputações
6. Contusões órgãos internos
7. Lacerações órgãos internos
9. Outra _____
9. Não consta do relatório

16 – Consolidação das lesões

1. Ainda não consolidadas
2. Consolidadas mas data não especificada no relatório
3. Consolidadas e data especificada no relatório
4. Não consta do relatório

D. CARACTERIZAÇÃO DAS SEQUELAS**17 - Sequelas lesionais** (escolha múltipla)

1. Crânio e pescoço
2. Face
3. Raquis e medula
4. Tórax
5. Abdómen
6. Membros superiores
7. Membros inferiores
8. Pelve e períneo
9. Outra _____
10. Sem sequelas
11. Não consta do relatório

18 - Sequelas funcionais (escolha múltipla)

1. Postura , deslocamento e transferências
2. Manipulação e preensão
3. Cognição e afectividade
4. Controlo dos esfíncteres
5. Sexualidade e procriação
6. Outra _____
7. Sem sequelas.
8. Não consta do relatório

19 - Sequelas situacionais (escolha múltipla)

1. Actos da vida corrente
2. Vida afectiva e social
3. Vida profissional
4. Outra _____
5. Sem sequelas
6. Não consta do relatório

20 - Devido do acidente

1. Não houve alteração significativa da sua vida anterior
2. Teve de mudar de emprego
3. Ficou desempregado(a)
4. Foi reformado(a)
5. Ficou sem independência mas com autonomia
6. Ficou sem autonomia
7. Faleceu
8. Não consta do relatório

E. PARÂMETROS DE DANO ATRIBUÍDOS**21 – Referência no relatório pericial a danos temporários** (escolha múltipla)

1. Incapacidade temporária profissional
2. Incapacidade temporária geral
3. Quantum Doloris
4. Outros _____
5. Não consta do relatório

22 – Referência no relatório pericial a danos permanentes (escolha múltipla)

1. Incapacidade parcial geral
2. Incapacidade permanente absoluta para o trabalho habitual
3. Incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho
4. Dano futuro / Agravamento
5. Rebate profissional
6. Dano estético
7. Dano sexual
8. Prejuízo de afirmação pessoal
9. Outros _____
10. Não consta do relatório

23 – Se referência a danos temporários e permanentes, que valoração

1. Incapacidade temporária profissional	(dias)
2. Incapacidade temporária geral	(dias)
3. <i>Quantum Doloris</i>	(grau)
4. Incapacidade parcial geral	(%)
5. Dano futuro / Agravamento	
6. Rebate profissional	
7. Dano estético	(grau)
8. Dano sexual	(grau)
9. Prejuízo de afirmação pessoal	(grau)

24 - Referência no relatório pericial a necessidades da vítima (escolha múltipla)

1. Não	☐
2. Ajudas medicamentosas	☐
3. Tratamento médico regular	☐
4. Ajudas técnicas	☐
5. Adaptações	☐
6. Terceira pessoa	☐
7. Outra _____	☐
8. Não consta do relatório	☐

25 – Se sim, que ajudas técnicas (escolha múltipla)

1. Ortótese	☐
2. Prótese	☐
3. Auxiliar de marcha	☐
4. Cadeira de rodas	☐
5. Outra _____	☐
6. Não consta do relatório	☐

26 – Se sim, que adaptações (escolha múltipla)

1. Veículo	☐
2. Domicílio	☐
3. Local de trabalho	☐
4. Outra _____	☐
5. Não consta do relatório	☐

27 – Se sim, que ajuda de terceira pessoa

1. Vigilância ou televigilância	☐
2. Complemento e incitação	☐
3. Parcial	☐
4. De substituição	☐
5. Não consta do relatório	☐