

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Informações da Vítima

Nome completo: *MARA MARIA FURTADO*

CPF: *138.230.177-48*

Endereço completo: *Rua São Miguel, 430, Lago nhá, Eusébio CE*

Informações do acidente

Local: *FORTALEZA*

Data: *08 / 06 / 2016*

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de verificação do grau de invalidez permanente em razão do processo judicial nº *01091016320198060001*, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na *14 Vara Cível ou JEC da Comarca de Fortaleza – (CE)*.

Local, *FORTALEZA* , Data *23 / 07 / 2019*



Assinatura da vítima

Avaliação médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

Sim Não Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

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

MEMBRO INFERIOR ESQUERDA E OMBRO ESQUERDO

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA. ATUALMENTE COM BLOQUEIO ARTICULAR LEVE EM TORNOZELO ESQUERDO, DOR EM Perna ESQUERDA. SEM SEQUELAS NO OMBRO ESQUERDO.

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

Sim Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

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

a) disfunções apenas temporárias

b) [] dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Limitação funcional do membro inferior esquerdo;

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

[] Não [] Sim, em que prazo:

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido: *Membro inferior esquerdo;*

a) [] **Total**

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

b) [] **Parcial**

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1) [] **Parcial Completo** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

b.2) [] **Parcial Incompleto** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico	Marque aqui o percentual				
1ª Lesão <i>Membro inferior esquerdo</i>	[<input type="checkbox"/>] 10% residual	[<input checked="" type="checkbox"/>] 25% leve	[<input type="checkbox"/>] 50% médio	[<input type="checkbox"/>] 75% intensa	[<input type="checkbox"/>] 100% completo
2ª Lesão	[<input type="checkbox"/>] 10% residual	[<input type="checkbox"/>] 25% leve	[<input type="checkbox"/>] 50% médio	[<input type="checkbox"/>] 75% intensa	[<input type="checkbox"/>] 100% completo
3ª Lesão	[<input type="checkbox"/>] 10% residual	[<input type="checkbox"/>] 25% leve	[<input type="checkbox"/>] 50% médio	[<input type="checkbox"/>] 75% intensa	[<input type="checkbox"/>] 100% completo
4ª Lesão	[<input type="checkbox"/>] 10% residual	[<input type="checkbox"/>] 25% leve	[<input type="checkbox"/>] 50% médio	[<input type="checkbox"/>] 75% intensa	[<input type="checkbox"/>] 100% completo

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico:

14 - Fortaleza - CE, 23-07-2019

Carla Antoniana Ferreira de Almeida Vieira - CRM: 13658 - CE

Ace Gestão de Saúde
Georgeanne Santa Cruz Benevides - CRM: 10348 - CE

Carla Antoniana F. de Almeida Vieira

Georgeanne S. C. Benevides