

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: *JURANDIR DE LIMA CRUZ*

CPF: *037.569.823-00*

Endereço completo: *Benjamim Barroso, 125. Quixadá-ce*

Informações do acidente

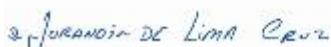
Local: *Quixadá*

Data: *13 / 11 / 2017*

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 *01427184820188060001*, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na *24* Vara Cível ou JEC da Comarca de *FORTALEZA* – (*CE*).

Local, *Quixadá* , Data *29 / 05 / 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?

[*x*] 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);

Face e MIE

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

Fratura em mandíbula , tratamento cirurgico, dor , dificuldade de mastigação, instabilidade mandíbula; Trauma em MIE, dor e bloqueio articular leve em joelho E.

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

[] Sim [*x*] 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) [*x*] 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.

Dano crânio facial; 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: *Estruturas cranio faciais; 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>Estruturas cranio faciais</i> | [] 10% residual | [] 25% leve | [<input checked="" type="checkbox"/>] 50% médio | [] 75% intensa | [] 100% completo |
| 2ª Lesão <i>Membro inferior esquerdo</i> | [<input checked="" type="checkbox"/>] 10% residual | [] 25% leve | [] 50% médio | [] 75% intensa | [] 100% completo |
| 3ª Lesão | [] 10% residual | [] 25% leve | [] 50% médio | [] 75% intensa | [] 100% completo |
| 4ª Lesão | [] 10% residual | [] 25% leve | [] 50% médio | [] 75% intensa | [] 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:

24 - Fortaleza - CE, 29-05-2019

Romulo Rodrigues de Paiva Viana - CRM: 7783 - CE

Ace Gestão de Saúde

Alessandra Duraes Altaf - CRM: 16562 - CE

