

AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE
[Art. 31º da Lei 11945 de 04/06/2009 que altera a lei 6.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Processo Nº 28.53-09.2019

Nome completo: Leandro Alves do Nascimento

CPF: _____

Endereço completo: _____

Informações do acidente

Local: _____

Data do acidente: 23.02.2014

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareceu por livre e espontânea vontade, para realização de avaliação médica para fins de verificação do grau de invalidez permanente em razão do processo judicial nº _____, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 2ª Vara da Comarca de Quixeramobim-CE.

Quixeramobim-CE, 05/10/2021

Leandro Alves do Nascimento

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 quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região(ões) corporal(ais) encontra(m)-se acometida(s).

Tornozelo direito, dedo anelar

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.

Tornozelo esquerdo

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

() Sim Não (☒)

Se SIM, descreva a(as) 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 presente no patrimônio físico da vítima.

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

() Se sim, em que prazo;

(☒) Não

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

VI) Segundo 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 11.945/2009, o(s) seguimento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Seguimento corporal acometido:

a) () **Total**

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

b) () **Parcial**

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

b.1 () **Parcial Completo** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma

global algum seguimento corporal da vítima).

b.2 () **Parcial Incompleto** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (Ou mais de um) seguimento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau de 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 seguimento corporal acometido.

Seguimento Anatômico	Marque aqui o percentual
1ª Lesão	() 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa

2ª Lesão	() 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa

3ª Lesão	() 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa

4ª Lesão	() 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa

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:

Quixeramobim- CE, 05 /10/2021

Assinatura do médico – CRM

Dr. Joaquim Freitas Dipe
Medicina do Trabalho
CRM-CE 8143

Rômulo Fêrrer
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 12115 RQE 6343

ACE
GESTÃO DE SAÚDE