

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: *REGINALDO ALEXANDRINO SAMPAIO*

CPF: *549.664.693-68*

Endereço completo: *Rua gerald barbosa 3800 - FORTALEZA-CE*

Informações do acidente

Local: *FORTALEZA*

Data: *12 / 05 / 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 *01471718620188060001*, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na *754* Vara Cível ou JEC da Comarca de *FORTALEZA* – (*CE*).

Local, *FORTALEZA* , Data *07 / 10 / 2020*



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);

PERNA ESQUERDA

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.

LACERAÇÕES EXTENSAS EM PERNA ESQUERDA E TORNOZELO, TRATAMENTO CONSERVADOR. CICATRIZ EXTENSA EM PERNA FACE ANTERIOR, COM PERDA DE SUBSTÂNCIA. SEM ATROFIAS MUSCULARES. SEM EDEMA.

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.

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 checked="" type="checkbox"/>] 10% residual	[] 25% leve	[] 50% médio	[] 75% intensa	[] 100% completo
2ª Lesão	[] 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:

754 - Fortaleza - CE, 07-10-2020

Ana Rosa Pinto Quidute - CRM: 7116 - CE



Ace Gestão de Saúde

Georgianne Santa Cruz Benevides - CRM: 10348 - CE

