

**AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Ata nº 01 de 19/03/2019, que altera a Ata nº 01 de 19/03/2019

Nome completo:

Helena Ferreira

CPF:

448.554.784-15

Endereço completo:

0033999-19-2019-0-15-2019

Informações da vítima

de

Local:

Recife - PE

Data do acidente:

16/03/2019.

Informações do Acidente

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 0033999-19-2019-0-15-2019 para pagamento de indenização CIP/AT por invalidez permanente, da qual figura como autor e que tramita na

Vara Cível ou JEC da Comarca de

Recife, 04/09/2019.

Local e data

Helena Fernando de Araújo

Avaliação Médica

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

☒ Sim () Não () Prejudicado

Se 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

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

Física Face

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 anômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima. Def + Definitiva + Limite + MPT 61925

Devio de Comissão a Geração

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

() Sim, em que prazo:

☒ Não

Em caso de enquadramento na opção 'a' do item IV ou da 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) anômico(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:

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

b) ☒ Parcial (Dano anômico 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 anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anômico 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 Anômico	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:

Assinatura do médico perito - CRM

Assinatura do médico assistente - CRM

Reinaldo 04/09/2019
Dr. Henrique Marques
CRM-PE 6.636 / TEO 13.253
Medicina Esportiva
Ortopedista - Cirurgia do Joelho