

AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE
[Art. 31º da Lei 11.945 de 4/8/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo: João Vitorino Coelho Filho
CPF: 600.826.943-89
Endereço completo: Sítio Serra Gravata, sul, Zona Rural,
CEP: 63290-000, Jardim IGE

Informações do acidente

Local: _____
Data do Acidente: 26/10/2013

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 4994-37.2016 para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na única Vara Cível ou JEC da Comarca de Jardim - (CE).

Local, data.

João Vitorino Coelho Filho
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):

SNC, JOELHO D, PE D, COLUMNA CERVICAL

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.

TEE, INTUMECIMENTO FEMORAL D, CÔNDILO OCCIPITAL CERVICAL E LUX D

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:

VALIDEZ

- 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.

CENÇA E VERTIGEM, PÓS-TRAUMÁTICA, PERDA DE ADM E DOR EM JOELHO D, PÉ D e COLUMA CERVICAL

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 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:

- 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

SNC

☒ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa ☐ 100% Total

2ª Lesão

JOELHO D

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☒ 75% Intensa ☐ 100% Total

3ª Lesão

PÉ D

☐ 10% Residual ☒ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa ☐ 100% Total

4ª Lesão

COLUMA CERVICAL

☐ 10% Residual ☒ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa ☐ 100% Total

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:

Jarim, 6 21/08/19

Assinatura do médico - CRM

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 10000 10000

Dr. Henrique Menezes
MÉDICO DO TRABALHO
CLÍNICA MÉDICA
CREMEDE 12424

PERICIA MEDICA