

## AVALIAÇÃO MÉDICA

### PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE

[Art. 31º da Lei 11.945 de 04/06/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

#### Informações da Vítima

**Nome completo:** FRANCISCO RAI NOBRE BARROS

**CPF:** 062.053.583-01

**Endereço completo:** TRAV MENINO JESUS 76

#### Informações do Acidente

**Local:** CE/Fortaleza

**Data do Acidente:** 23/8/2018

#### Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicados, 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 0149028-36.2019.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 12ª Vara Cível ou JEC da Comarca de Fortaleza-CE.

Fortaleza - CE, 06/12/2019

local e data



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**

**II) Descrever o quadro clínico atual informando:**

**a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);**

**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.**

**TCE COM FRATURA DE OSSOS DA FACE: FRATURA COM AFUNDAMENTO DO SEIO FRONTAL DIREITO E ESQUERDO, COM EDEMA SUBJACENTE. TRATAMENTO CONSERVADOR.**

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

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s) e, se for o caso, se as mesmas já estavam prescritas no momento da

avaliação administrativa:

**IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:  
Disfunções apenas temporárias**

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

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

Se SIM, informe o prazo:

**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:**

b.1) ( ) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

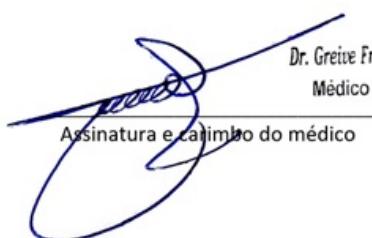
b.2) ( ) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)

**Local e data da realização do exame médico**

Fortaleza - 2/12/2019

**Assinatura do médico assistente - CRM**

**Médico (a) à serviço da Expermed Perícias Médicas.**



Dr. Greice Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050  
Assinatura e calímbio do médico

**Assinatura do médico perito - CRM**



Dra. Mª Elisabete A. Moraes  
CREMEC 2145 CPF: 090413893-34