

AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE

[Art. 31º da Lei 11.345 de 4/6/2006 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo: Pedro Henrique da Silva Freitas (Menor) Luciano José da Freitas (PAI)
CPF: 172.972.614-32 / CPF (DO PAI) 071.726.684-21
Endereço completo: Rua José Gólio, N 126 - Colocada - Tocantins

Informações do acidente

Local: Caruaru

Data do Acidente: 18 / 02 / 2019

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci, por espontânea vontade, para realização da 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 Civil ou JEC da Comarca de Caruaru _____.

Local, data.

Luciano José da Freitas
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);

Fratura de fêmur

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

Fratura de fêmur

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).



V) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- disfunções apenas temporárias
 dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

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

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

✓) 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 suscetível(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) amento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

encontro corporal acometido:

- Total** (um anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

82011

ano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da

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

5.2.4 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 respetivo dano, em cada segmento corporal acometido.

| | | | | |
|----------------------------|--|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Segmento Anatômico | Marque aqui o percentual | | | |
| 1^ª Lesão | <input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 2^ª Lesão | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 3^ª Lesão | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 4^ª Lesão | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |

servação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva duração de acordo com os critérios ao lado apresentados:

1. Qual a data da realização do exame médico

22/04/2022

Assinatura do médico - CRM

FEBRUARY 2000

1901 11/2
TOLEDO

