



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
PODER JUDICIÁRIO

MALOTE DIGITAL

Tipo de documento: Administrativo

Código de rastreabilidade: 82620221819759

Nome original: 201988102091 - Degivaldo Alves Siqueira.pdf

Data: 18/04/2022 12:15:27

Remetente:

AGNALDO SANTOS FILHO

Coordenadoria de Perícias Judiciais

TJSE

Prioridade: Normal.

Motivo de envio: Para conhecimento.

Assunto: MUTIRÃO - DPVAT

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: D. Siqueira Alves Siqueira
CPF: 533-853 738-49
Endereço completo: Fernando Costa - N. S. Socorro

Informações do acidente

Local: N. S. Socorro
Data do Acidente: 19 / 11 / 2017

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

Local, data.

150, 18/04/2022

D. Siqueira Alves Siqueira
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:

Acidente de moto

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

Mão 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.

Fratura do 4º metacarpo da mão esquerda

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

☐ Sim ☒ Não

Tratado

operado

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):