

**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: José da Lima Andrade

CPF: 039.768.844-05

Endereço completo: Esguinho, Av. Jem, Timbaúba - PE

**Informações do Acidente**

Local: Timbaúba - PE

Data do acidente: 14/05/2019

**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 \_\_\_\_\_, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na

Vara Cível ou JEC da Comarca de

Timbaúba - PE: 09/13/2022  
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 ( ) 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): Joelho esquerdo

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: lesão grave extensa no

Joelho esquerdo, tratado com cirurgia.

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 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: Limitação de amplitude

de movimento no joelho esquerdo.

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

( ) Sim, em que prazo:

Formulário: Formulário - BoxMed - Copyright - 2012

Página: 1 de 1



☒ 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) 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<br><i>Joelho esquerdo</i> | <input type="checkbox"/> 10% Residual <input checked="" type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 2ª Lesão                           | <input type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 75% Intensa            |
| 3ª Lesão                           | <input type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 75% Intensa            |
| 4ª Lesão                           | <input type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 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:

*Timbalão - PE*  
*09/12/2021*

Assinatura do médico assistente - CRM

Assinatura do médico perito - CRM

*Dr. Dimas Calisto*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*CRM 20.102*



## PARECER - ASSISTENTE TÉCNICO SEGURADORA LIDER - DPVAT

**JUSTIFICATIVAS** Empresa Medica: SaudeSeg - Sistemas de Saude Ltda

Atenc  
C  
M  
E

- 1. Morbidade em conformidade a avaliação médica administrativa
- 2. Agravamento
- 3. Necessidade
- 4. Divergência da opinião do terceiro perito

### JUSTIFICATIVA:

Atenc  
C  
M  
E

