

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: MARIA CICERA BELMINO DA SILVA
CPF: 012.878.223-47
Endereço completo: RUA FRANCISCA RODRIGUES DE SOUSA, 25, CENTRO, Horizonte - CE

Informações do Acidente

Local: Horizonte
Data do acidente: 19/07/2016

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 0239535-09.2020.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 30 VC da Comarca de FORTALEZA-CE.

FORTALEZA, 4 de abril de 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):
Tornozelo esquerdo
 - 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.
Trauma no tornozelo esquerdo tratada conservadoramente. Ao exame não encontramos anormalidades.
- 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. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?
 - 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.
- 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 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: