

Avaliação Médica

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(X) 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):

R – Região craniana (Perda auditiva sensorioneural de grau profundo na orelha 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.

R – Apresenta no momento no exame físico realizado, perda auditiva sensorioneural de grau profundo na orelha esquerda, e quadro clínico de vertigem com o exame de Romberg positivo.

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

() Sim (X) Não

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

R – Resposta prejudicada.

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

a) () disfunções apenas temporárias

b) (X) 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 vítima.

R - Apresenta no momento no exame físico realizado como sequelas, perda auditiva sensorioneural de grau profundo na orelha esquerda, e quadro clínico de vertigem com o exame de Romberg positivo.

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

() Sim, em que prazo:

(X) Não

Assinado: Rubens
Dr. Marcelo R. Barros Corrêa
Médico
CRM 10.145
Ribeirão Preto, SP

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) permanentes(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômicos(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:

R -

Segmento corporal acometido:

a) () Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) (X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas partes do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

Em se tratando de dano parcial informa se o dono é:

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

b.2) (X) 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) Informa o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II § 1º

do art. 3º da Lei 6.1954/74 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: Perda auditiva total bilateral.

() 10% Residual () 25 % leve (X) 50 % Média () 75 % Intensa

2ª Lesão: Lesões neurológicas que cursem com o impedimento do livre deslocamento corporal.

() 10% Residual (X) 25 % leve () 50 % Média () 75 % Intensa

3ª Lesão:

() 10% Residual () 25 % leve () 50 % Média () 75 % Intensa

4ª Lesão:

() 10% Residual () 25 % leve () 50 % Média () 75 % Intensa

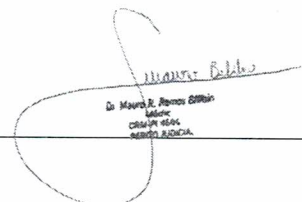
Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

R –

Local e data da realização do exame médico: 01/03/2021 – Barras (PI).

Assinatura do médico perito – CRM: _____

Assinatura do Médico assistente – CRM: _____


Dr. Mauro R. Ramos Gomes
CRM: 11.945/2009
RUBRICADA

AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE
[Art. Da lei 11.945 de 04/06/2009 que altera a lei 6.194 de 14/12/19974]

Informações da Vítima

Nome completo: **JOAO FRANCISCO DA COSTA CALACO**

CPF: 516.876.313-87 / RG: **1.150.903 SSP-PI**

Nome do responsável:

RG:

Endereço completo: Na avenida Dirceu Arcoverde, nº 1859, bairro Palestina, Barras (PI).

Informações do Acidente

Local: Na estrada que liga o município de Barras (PI), ao município de Nossa Senhora dos Remédios (PI)

Data do acidente: 16/09/2017.

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 **0801358-71.2020.8.18.0039**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na Vara Única ou JEC da comarca de **Barras (PI)**.

Barras (PI), 01/03/2021.
Local e Data

x João Francisco da Costa Calaco

Assinatura

Assinatura do responsável


Dr. Mauro R. Pereira Brito
Médico
CRM-PI 1604
Pessoa Física