

**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]

Processo N° 15600-52.2017

**Informações da Vítima**

Nome completo: Natanael Pereira Barrosa

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

**Informações do acidente**

Local: \_\_\_\_\_

Data do Acidente: 17/02/2015

**Concordância com a realização da avaliação médica**

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareceu 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 15600-52.2017, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 2ª Vara da Comarca de Quixeramobim-CE.

Quixeramobim-CE, 26/10/2020.

x Natanael Pereira Barrosa

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).

Trauma cranio-ocular

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.

## Dos quais um ou mais desenvolos.

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.

---

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 de 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 danos(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante á Lei 11.945/2009, 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

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

Costura genital

2ª Lesão

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

Costura lombar

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:

Local e data da realização do exame médico:

Quixeramobim-CE, 15/10/2020

Assinatura do médico CRM  
Dr. Ronald Inácio de Oliveira CRM  
Médico  
CREMEC: 21852

Dr. José Geraldo Vale Matos  
CRM 3216  
CPF: 073.762.353-53