

a) ☐ disfunções apenas temporárias

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

no patrimônio físico da vítima. LIMITAÇÃO FUNCIONAL INTENSA TÓRTOLO
ESQUENO COM DEFICIT ARTICULAR DE EXTENSÃO E FLEXÃO +
EDEMA RESIDUAL INTENSO

☐ Sim, em que prazo:☒ Não

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 susceptíveis a tratamento como sendo gerador(es) 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, afirmar a sua graduação:

a) Total

b) ☒ Parcial

b) ☒ Parcial
(Dano anômico 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 anômico 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 de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com relação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatómico

Marque aqui o percentual

1º Lesão TONOTÉRIO E.C.G. ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☒ 75% Intensa

2º Lesão  ☒ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

3º Lesão ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

4º Lesão

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

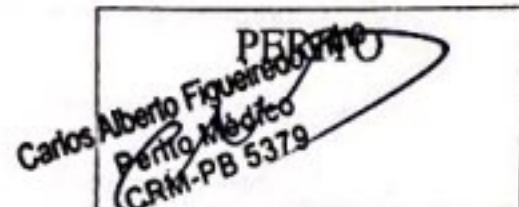
Local e data da realização do exame médico:

Local e data da realização do exame: ESPERANÇA, 17.05.2002

Carlos Alberto Figueiredo Filho
Perito Médico
CRM-PB 5379

Dr. Carlos Alberto Figueiredo Filho
Perito Medico – CRM: 5379

LAUDO MÉDICO PERICIAL- DPVAT



Nome completo da vítima: João Batista Trajano

CPF: 095 661 444-23

Endereço completo:

Informações do acidente

Local: ENTRE ESPERANÇA, PB E ANÁPOLIS - PB

Data do Acidente: 31/05/2020

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

ESPERANÇA 11, 05, 2020

João Batista

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(regiões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)? # TORNO ZERO 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 DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA
 TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PROTESE E FIXADOR EXTERNO.
 NA PRESENTE DATA: TORNO ZERO EVOLUI COM SURTI E DEMA NEGATIVA + IMITABILIDADE E UNIDADES ARTICULARES INTENSAS

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):