

PROCESSO N°. 47775-31.2017.8.06.0112

PROMOVENTE: *ABDIAS CARLOS VIEIRA*

**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

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nome completo: *ABDIAS CARLOS VIEIRA*

CPF: 368.553.082-87

Endereço completo: *LOTEAMENTO ENCOSTA DO VALE, VILA LOBO, CRATO/CE*

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE – B.O. F. 13

Local: *RUA BEATA MARIA DE ARAUJO*

Data do Acidente: *12/05/2016*

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 N°. 47775-31.2017.8.06.0112, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 2ª Vara Cível da Comarca de Juazeiro do Norte – CE.

Juazeiro do Norte/CE, 31/10/2019

Abdias Carlos Vieira

Assinatura da Vítima

ANEXO II

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);

Lombas & costas
Ombro & braço

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.

Grau de dor em ombro & região lombar
dor nas costas com fraco conforto

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) 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.

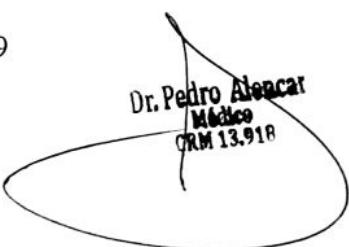
Segmento Anatômico	Marque aqui o percentual							
1ª Lesão	<input type="checkbox"/>	10% Residual	<input type="checkbox"/>	25% Leve	<input type="checkbox"/>	50% Média	<input type="checkbox"/>	75%
Intensa								
2ª Lesão	<input type="checkbox"/>	10% Residual	<input type="checkbox"/>	25% Leve	<input type="checkbox"/>	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:

Juazeiro do Norte/CE, 31/10/2019

Eugenio L. Xayr

Dr. Eugenio Sá Xenofonte
MÉDICO
CREMEC 5690



ACE GCTAD DE
SAÚDE