

**AVALIAÇÃO MÉDICA**  
**PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE**

[Art. 31º da Lei 11.945 de 04/05/2009 que altera a lei 6.194 de 14/12/1974]

---

**AVALIAÇÃO MÉDICA**  
**PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE**

[Art. 31º da Lei 11.945 de 04/05/2009 que altera a lei 6.194 de 14/12/1974]

---

**Informações da Vitima**

**Nome completo:** Jose Arimatea Dos Santos

**CPF:** 226.426.843-34

**Endereço completo:** Quadra 21, Casa 24, Setor C, Conjunto Mocambinho, Cidade: Teresina-PI, CEP 64000-000.

**Informações do Acidente**

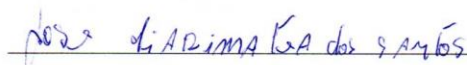
**Local:** Rua Ceará com Rua Anísio de Abreu.

**Data do Acidente:** 24/04/2015

**Concordância com a realização da avaliação médica**

Declaro que as informações da vitima 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 0808473-05.2018.8.18.0140. Para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 09ª Vara Cível ou JEC da comarca de:

Teresina – PI, 23 de Agosto de 2019.



Assinatura da Vitima

### Informações da Vítima

**Nome completo:** Jose Arimatea Dos Santos

**CPF:** 226.426.843-34

**Endereço completo:** Quadra 21, Casa 24, Setor C, Conjunto Mocambinho, Cidade: Teresina-PI, CEP 64000-000.

### Informações do Acidente

**Local:** Rua Ceará com Rua Anísio de Abreu.

**Data do Acidente:** 24/04/2015

### 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 informado:

a) Qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

Membro superior esquerdo, a altura do punho.

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.

Sim.

**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 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 quantidade da(s) Lesão(ões) permanente(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 à Lei 11.945, 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) ( 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) 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: Membro Superior Esquerdo	( ) 10% Residual	( x ) 25% Leve	( ) 50% Média	( ) 75% Intensa
2ª Lesão:	( ) 10% Residual	( ) 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 apresentados.*

Teresina – PI, 26 de agosto de 2019.



**RAIMUNDO NONATO LEAL MARTINS - CRM 606 PI**

**Perito Judicial Trabalhista**

**Especialista em Medicina Legal e Perícias Médicas - ABMLPM /AMB RQE 3465 PI**

**Médico do Trabalho com Título de Especialista pela ANAMT/AMB RQE 1067 PI**

**86 99981-9144 / 99482-5844 / 3232-3870**

**Email: [rmartinsleal@yahoo.com.br](mailto:rmartinsleal@yahoo.com.br)**