

**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 Vítima**

**Nome completo:** EUSSO FERREIRA SAMPAIO

**CPF:** 462.780.443-15

**Endereço completo:** Rua Corbelia, nº 6160, Bairro Parque Poty, Teresina/PI.

**Informações do Acidente**

**Local:** Avenida Mirtes Melão, Bairro Gurupi. Teresina – PI.

**Data do Acidente:** 17/02/2018

**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 0800248-59.2019.8.18.0140. 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, 06 de dezembro de 2019.

Eusso Ferreira Sampaio  
Assinatura da Vítima

## 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 informado:**

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

R – Punho esquerdo. Com fratura distal do rádio.

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 – Sim. Tratado cirurgicamente no Hospital de Urgência de Teresina HUT.

**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(s) indicada(s):*

---

---

**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 da vítima.*

R – Sim. Limitações dos movimentos de flexão e extensão do punho e redução da força do braço esquerdo.

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

( ) Sim, em que prazo: \_\_\_\_\_

(X) Não

*Em caso de enquadramento na opção (a) do item IV ou da resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos 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 integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) (X) 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			
<b>1ª Lesão: Braço esquerdo.</b>	( ) 10% Residual	( ) 25% Leve	(X) 50% Média	( ) 75% Intensa
<b>2ª Lesão:</b>	( ) 10% Residual	( ) 25% Leve	( ) 50% Média	( ) 75% Intensa
<b>3ª Lesão:</b>	( ) 10% Residual	( ) 25% Leve	( ) 50% Média	( ) 75% Intensa
<b>4ª Lesão:</b>	( ) 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, 11 de Dezembro 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

Visite nosso site: <https://www.raimundoleal.com.br/>