

# 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: *GREGORY HENRIQUE DE OLIVEIRA*

CPF: *029.792.903-86*

Endereço completo: *Paulo Nunes da Silva Caucaia Ceará*

### Informações do acidente

Local: *CAUCAIA - CE*

Data: *07 / 02 / 2018*

### 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 nº *02134274020208060001*, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na *713 Vara Cível ou JEC da Comarca de FORTALEZA - ( CE )*.

Local, *CAUCAIA - CE* , Data *06 / 10 / 2020*

*X Gregory Henrique de Oliveira*

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);

*OMBRO ESQUERDO*

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 DE CLAVICULA ESQUERDA. TRATAMENTO CONSERVADOR. EVOLUI SEM SEQUELAS.*

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?

[  ] Não [  ] Sim, em que prazo:

**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 [  ] 10% residual [  ] 25% leve [  ] 50% médio [  ] 75% intensa [  ] 100% completo

2ª Lesão [  ] 10% residual [  ] 25% leve [  ] 50% médio [  ] 75% intensa [  ] 100% completo

3ª Lesão [  ] 10% residual [  ] 25% leve [  ] 50% médio [  ] 75% intensa [  ] 100% completo

4ª Lesão [  ] 10% residual [  ] 25% leve [  ] 50% médio [  ] 75% intensa [  ] 100% completo

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:

713 - Fortaleza - CE, 06-10-2020

Renata Amaral de Moraes - CRM: 8314 - CE

Ace Gestão de Saúde

Martha Queiroz Monteiro Jales - CRM: 16767 - CE



