



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
JUÍZO DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE GOIANA

AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE

TERMO DE COMPARECIMENTO

NÚMERO DO PROCESSO: 0000115-17.2020.8.17.2218

A parte compareceu ao ato?

☒ SIM

Declaro que parte **GENTIL BERNARDO DA SILVA** compareceu ao Fórum Cível de Goiana – PE, no dia 07/10/2020, conforme intimação nos autos do processo acima especificado, que tramita na 1ª Vara Cível de Goiana, para realização da avaliação médica com fins de verificação do grau de invalidez permanente visando o pagamento de indenização DPVAT, do qual figura como autor e que concorda com a realização da perícia por livre e espontânea vontade.

Assinatura da parte: _____

Assinatura do Médico Perito: Gentil Bernardo da Silva

☐ NÃO

Declaro que parte **GENTIL BERNARDO DA SILVA**, NÃO compareceu ao Fórum Cível de Goiana – PE, no dia 07/10/2020, apesar de devidamente intimado para tal, nos autos do processo acima especificado, que tramita na 1ª Vara Cível de Goiana, para realização da avaliação médica com fins de verificação do grau de invalidez permanente visando o pagamento de indenização DPVAT.

Assinatura do Médico Perito: _____

Goiana, 07 de outubro de 2020.



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

[Art. 31º da Lei 11.945 de 04/06/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo: Geantil Bernardino da Silva
CPF: 432.774.054-34
Endereço completo: Engenheiro Hesterson Silva, 100, Coarana - PE

Informações do Acidente

Local: Coarana - PE
Data do acidente: 16/03/2019

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

Coarana - PE ; 07/10/2020
local e data

+ Gen. T. Bernardino da Silva
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):

Punho Direito

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.

com cirurgia

Fratura em punho tratado

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.

Redução da amplitude de movimento em punho + redução da força em punho direito + dor

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

() 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 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.

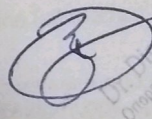
Segmento Anatômico	Marque aqui o percentual
1ª Lesão	() 10% Residual () 25% Leve () 50% Média (☒) 75% Intensa
2ª Lesão	() 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa
3ª Lesão	() 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa
4ª Lesão	() 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa

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

Local e data da realização do exame médico:

Coarima - PE
07/10/2020
Assinatura do médico assistente - CRM

Assinatura do médico perito - CRM


Dr. [illegible] Caldeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 20.862

