

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

[Art. 31º da Lei 11.345 de 04/06/2000 que altera a Lei 8.194 de 14/12/1974]

**Informações da Vítima**

Nome completo:

CPF:

Endereço completo:

*Anderson Silva dos Anjos*  
*018.101.454-81*  
*R. 07 de setembro, 47 - B. dos Novais*

**Informações do Acidente**

Local:

Data do acidente:

*R. Adolfo Marre - Oitjeiro*  
*13/01/17*

**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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
local e data

**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):

*perna direita*  
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.

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 anômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

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

☐ Sim, em que prazo:

☒ Não

Saúde/SEC - Sistema de Saúde Ltda

Em caso de enquadramento na opção 'a' do item IV ou da resposta afirmativa no 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 ilatamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatómico(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 anatómico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

b) ☒ Parcial (Dano anatómico 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:

em efeito → b.1) ☒ Parcial Completo (Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

→ b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um ou mais de um segmento corporal da Vítima)

Dr. Gustavo F. Mendonça  
Ortopedia / Cir. Quadril  
CRM-PB 6785 / 1507 \*\*\*\*\*  
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 Anatómico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

membr. Inferior ( ) 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 ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico:

Assinatura do médico perito - CRM

Assinatura do médico assistente - CRM

Dr. Gustavo F. Mendonça  
Ortopedia / Cir. Quadril  
CRM-PB 6785 / 1507 \*\*\*\*\*