

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: JULIO CESAR ALVES DA SILVA
 CPF: 021.280.133-30
 Endereço completo: RUA 16, 303, QUADRA 7 BLOCO 5 AP. 303, CIDADE JARDIM 2, FORTALEZA - CE

Informações do Acidente

Local: FORTALEZA/CE
 Data do acidente: 05/08/2019

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 0267972-60.2020.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 30 VC da Comarca de FORTALEZA-CE.

FORTALEZA, 27 de outubro de 2021

Local e Data



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):

4º E 5º PODODÁCTILOS 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.

FRATURA DO 4º E 5º METATARSOS E FRATURA EXPOSTA DO 5º PODODÁCTILO DIREITO. TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSINTESE. EVOLUI COM LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO 4º E 5º PODODÁCTILOS DIREITO

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. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

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.

LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO 4º E 5º PODODÁCTILOS DIREITO

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 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:

a) () Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra 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.

Região Corporal (Sequela):

Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé - Lado Direito

% do dano:

() 10% residual () 25% leve () 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé - Lado Direito

% do dano:

() 10% residual () 25% leve () 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Local e data da realização do exame médico:
FORTALEZA, 27 de outubro de 2021

Assinatura do Médico Assistente - CRM



ANDRE DE JESUS ROLDAN VIANA
CPF - 243.576.693-91
CRM - 5990 - Ceará

Assinatura do Médico Perito - CRM



RENATA AMARAL DE MORAES
CPF - 776.838.893-34
CRM - 8314 - Ceará