

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 CIRURGICO COM OSTEOSINTESE. 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) **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.

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 **75% intensa** 100% completo

Região Corporal (Sequela):

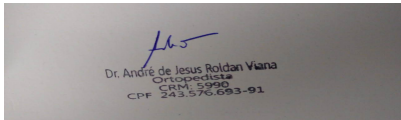
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé - Lado Direito

% do dano:

10% residual 25% leve 50% médio **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