

gº 202587000855

**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: José Tonny Roman Souza
CPF: 049.333.455-62
Endereço completo: Mor 1º de maio, 160, Centro
Itumbiara - GO

Informações do acidente

Local: Itumbiara - GO
Data do Acidente: 12/05/2019

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 _____, 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, data. 10/04/2023

José Tonny Roman Souza
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

Acidente moto x carro

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

CCDS72/582

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);

Fratura do fêmur direito e joelho 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 do fêmur D e fibula proximal esquerda

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);

Operado d metatarso para aq

