

**AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**

[Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

CNIS

Informações da Vítima

Nome completo: Francisco de Assis da Silva
CPF: 321 016 355 - 34
Endereço completo: Arade Novo, Município de Local de Telha

Informações do acidente

Local: Próximo ao Supermercado Carrefour em São José dos Campos, São Paulo
Data do Acidente: 1 / 1 2002

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 conciliação 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 _____ - (____).

Capitão de Campos-PI; 11 - 07 - 2018

Francisco de Assis 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);

Tórax 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.

Distúrbio Memória.

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):

Dr. Miguel Angelo Reis Filho
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PI 1369 DEOT 14377

CNIS

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

ନିମ୍ନୋକ୍ତ ଅନୁଷ୍ଠାନ -

USPACT.

 Não

Assinatura do médico - CRM
Dr. Miguel Angelo Reis Filho
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PI 4269-TEOT 14377

Scanned by CamScanner

**PARECER MÉDICO
DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA**

CNIS

7

Informações da Vítima

Nome completo: Francisco de Assis da Silva

CPF: 321.016.800-34

Endereço completo: _____

Informações do acidente

Local: _____

Data do Acidente: 19/12/2009

Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim ☐ Não ☐ Prejudicado

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

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

Traumatismo craniano (Sistema Nervoso Central)

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.

Traumatismo craniano. Tratamento conservador.

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) e, se for o caso, se as mesmas já estavam prescritas no momento da avaliação administrativa:

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.

Deficiência física. Dificuldade em responder as perguntas feitas pelo médico.

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 de 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 e, se for o caso, a partir do pagamento administrativo indicar: agravamento, melhora e/ou nova lesão:

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 6.184/74 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	<u>Sistema Nervoso Central</u>	☐ 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:

JUSTIFICATIVA DE CONCORDÂNCIA COM A PERÍCIA JUDICIAL:

Em laudo administrativo
concordo com a pericia judicial, conforme
minha pericia presencial.

JUSTIFICATIVA DE DIVERGÊNCIA DA PERÍCIA JUDICIAL:

Local e data da realização do exame médico:

Capitão de Campos, 11/07/18

Assinatura do Assistente Técnico – CRM

Dra. Doris M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional