

# 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]

## Informações da Vítima

Nome completo: FERNANDO GOMES DA SILVA

CPF: 019.779.743-17

Endereço completo: RUA DA CHSF, nº 8128, BAIRRO TODOS OS SANTOS,  
TERESINA - PI

## Informações do acidente

Local: RUA PAISANDU, CENTRO, TERESINA, PI

Data do Acidente: 21/12/2017 às 21:30h

## 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 n.º \_\_\_\_\_, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 6.<sup>a</sup> Vara Cível da Comarca de Teresina/PI.

Teresina - PI 06/31/2020

Fernando Gomes 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):

Omíblio 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.

PSC da foice dianteira direita, luxação do joelho, luxação do cotovelo.

Busto: curvatura PI descoligação muscular.

- 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 e Traumatologia  
CRM-PI: 470 TEOT: 14377

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.

LUMITASO Funeraria MS 05

I) 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.

II) 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:

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 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico	Marque aqui o percentual				
1ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	25% <input type="checkbox"/> Leve	50% <input checked="" type="checkbox"/> Média	75% <input type="checkbox"/> Intensa	<i>MS 6</i>
2ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	25% <input type="checkbox"/> Leve	50% <input type="checkbox"/> Média	75% <input type="checkbox"/> Intensa	
3ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	25% <input type="checkbox"/> Leve	50% <input type="checkbox"/> Média	75% <input type="checkbox"/> Intensa	
4ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	25% <input type="checkbox"/> Leve	50% <input type="checkbox"/> Média	75% <input type="checkbox"/> 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:

Teresina - PI, 06/3 / 2020

Assinatura do médico/ CRM  
*Dr. Miguel Angelo Reis Filho*  
CRM-PB 4569 TEOT: 14377