

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIAÇÃO
(Art. 31 da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974)

Nº DO PROCESSO: 0802547-30.2019.8.15.2003

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

RÉU: LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

IRINA NUNES CABRAL DE PAULO CPF: 008.672.084-81, JOELSON ARAUJO DOS SANTOS CPF: 071.340.564-30

Nome: JOELSON ARAUJO DOS SANTOS

Endereço: R JOÃO RAMALHO, 129, ROGER, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58020-200

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(s) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Estruturas crânio-faciais.

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.

Contusões frontal bilateral e TCE
(Tratamento conservador)

ferimento corte contuso em região occipital esquerda.
Realizado sutura.

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) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) ☒ disfunções apenas temporárias

b) ☐ dano anômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

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

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou 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 do 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 susceptíveis a tratamento como sendo gerador(es) de dano(s) anômico(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, afirmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total

(Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

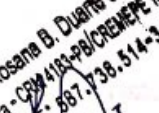
b) ☐ Parcial

(Dano anômico 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 anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).


Dr. Tiago Silveira Oliveira
MÉDICO
CRM-PB 12295
SAÚDE SE


Dr. Rosana B. Duarte da Paiva
Médica - CRM-PB 138.514-34
CRM-PB 138.514-34

Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1 ☐ Parcial Completo (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 ☐ Parcial Incompleto (Dano anômico 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 de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com relação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anômico

Marque aqui o percentual

1º Lesão

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

2º Lesão

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

3º Lesão

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

4º Lesão

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

Observação: Havendo acordo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentado:

Local e data da realização do exame médico:

J. Pessoa, 21, 05 2019.

Assinatura do médico

Dr. Rosana B. Dias
Médica - CRM 416-90/015 CRM
CPF: 581.738.514-34