

## 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: Maria Vitoria da Silva Santos (mãe amor de idade)

CPF: 163.735.814-89

Endereço completo: Mãe com a avó materna - Rua Maria Couto, 445 - Centro - Capelinho

### Informações do acidente

Local: Zona Rural do Município de Capelinho

Data do Acidente: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 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 Capelinho - ( AL ).

Local, data.

Maria Aparecida da Silva (Avó materna da vítima)  
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);

MEMBRO INTERIOR 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.

SIM

**III)** Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

\_\_\_\_ Sim ☒ Não

Se sim, descreva a(s) medidas 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 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

direta sobre a mobilidade em membros inferiores  
há perda de mobilidade e funcionalidade em membros superiores

**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:

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

MEMBRO INFERIOR DIREITO ( ☒ ) 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.

\_\_\_\_\_

Local e data de realização do exame médico:

Cajazeiro, 12/08/19

Assinatura do médico – CRM

Hugo Cabral Junior  
 CRM AL- 5348

## CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo, constante da relação nº 0180/2019, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 15/08/2019. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 19/08/2019, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Advogado	Prazo em dias	Término do prazo
Arthur Sérgio Brandão de Souza Aguiar (OAB 12932/AL)	15	06/09/2019
Nadja Alves Wanderley de Melo (OAB 5624/AL)	15	06/09/2019

Teor do ato: "Ficam as partes intimadas, por seus respectivos advogados, para se manifestarem sobre laudo pericial de fls. 86/87, no prazo de 15 (quinze) dias, oportunidade em que devem assinalar sobre a possibilidade de acordo, consignando a proposta na petição."

Cajueiro, 15 de agosto de 2019.