

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINOS 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 Aparecida da Silva Santos (nove anos de idade)

CPF: 163.735.814-89

Endereço completo: Maria com a nove materna - Rua Maria Conto, 445 - Centro - Capivari

Informações do acidente

Local Zona Rural do Município de Capivari

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 Capivari - (AL).

Local, data.

Maria Aparecida da Silva (Nove 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 INFERIOR 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 restrição de mobilidade em membro inferior direito
não há perda de mobilidade e funcionalidade em membro superior

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 suscetível(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:

Laguna, 12/08/19

Assinatura do médico – CRM

Hugo Cabral Tavares

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.