

Jurei
11.10.19
M

**AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**
(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/8/2009)

Processo: 0815307-61.2019.8.23.0010

Requerente: - Sebastiana Pereira de Sousa

Informações do acidente

Local: - Estrada do TAIANO / Alto Alegre

Data do acidente: 20 / 10 / 2017

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 em epígrafe, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 1ª VC Cível de Competência Residual da Comarca de BOA VISTA - RR

BOA VISTA-RR 09 / 10 / 19

Sebastiana Pereira de Sousa

Assinatura da vítima

Avaliação Médica

1) 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);

TRAUMA de MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO (PUNHO 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 da fase aguda do trauma.

fratura de Rádio esquerdo TARGO LÍSE.
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):

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.

Queda de 10 metros, tempo quando malta esforço físico. Foi facilitado para a flutuante da mão esquerda, sob a pressão da mão e.

V) Em virtude de evolução de 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 qualificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano anômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmentos(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total (Dano anômico 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).

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 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 Anômico

1ª Lesão

Membro superior Esquerdo (Antebraço)

Marque aqui o percentual

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 realização do exame médico:

BOA Vista 09/10/19

Assinatura do Médico - CRM

Dr. Arnaldo J. R. R.
CRM 15541/RG 173
Cirurgia Geral

1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA

RELAÇÃO DE PERÍCIAS- DPVAT				
PERITO(A) DESIGNADO(A): ARNALDO JAVIER HERNANDEZ PEREZ				
DATA DA PERÍCIA: 09/10/19 às 14:00				
Seq	AUTOS	NOME DA PARTE/CPF	COMPARECIMENTO	
1	0815307-51.2019.8.23.0010	SEBASTIANA PEREIRA DE SOUZA CPF: 287.413.742-15	(X) SIM	() NÃO
2	0817648-50.2019.8.23.0010	RILLARY TOMAZ SILVA, represenatdo (a) por: HERLENES TOMAZ DOS SANTOS CPF: 663.563.502-53	(X) SIM	() NÃO
3	0807368-20.2019.8.23.0010	FELIPE PIRES DA SILVA CPF: 869.179.512-34	(X) SIM	() NÃO
4	0815831-48.2019.8.23.0010	ERIVAN SOUZA DE LIMA CPF: 797.890.052-53	(X) SIM	() NÃO

BOA VISTA, 02 DE OUTUBRO DE 2019

Dr. Arnaldo J. H. Pérez
CRM/1554/RR / RQE: 176
Cirurgia Geral



ARNALDO JAVIER HERNANDEZ PEREZ
PERITO

Obs: Este comprovante deve ser devolvido à Secretaria da 1ª Vara Cível estando devidamente preenchido e assinado.

Recebemos
1ª Vara Cível
11-10-19
às
11:10 h

