

21. 725,00

01

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: 0803526-89.2019.8.15.2003
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
AUTOR: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A
ALEXANDRA CESAR DUARTE CPF: 046.502.754-74, JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO CPF:
042.414.474-30, JOSE EDUARDO DA SILVA CPF: 455.536.024-91
Nome: JOSE BATISTA DOS SANTOS FILHO
Endereço: rua Desembargador Hilton Souto Maior, SEM N., JOSE AMERICO, JOÃO PESSOA - PB - CEP:
58000-000

Aviação 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)?

Membro Superior 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.

fratura de osso do antebraço
requerendo tratamento cirúrgico
osteossíntese com placas e parafusos.

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 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.

Redução da força motora do
membro superior esquerdo. Dor articular
e limitação funcional em punho esquerdo.

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) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is)

Dr. Rosanna B. Duarte de Paula
Médica - CRM 1153-2/PB - CREMEPE 19414
CPF: 587.738.514-34

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).
- 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			
1ª Lesão MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	☐ 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 acordo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentado:

NEGA TRAUMA PRÉVIO NO MEMBRO
SUPERIOR ESQUERDO

Local e data da realização do exame médico:

J. Pessoa, 08, 08 2013

Assinatura do médico

Dr. Rosana B. Duarte
Médica - CRM 1183-PR/CEPE-PR CRM
CPF: 587.738.514-3