

**PARECER MÉDICO
DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA**

- MAPFRE
- Sem preliminares
Pg Adm: 05/05/2017
1350,00

Informações da Vítima

Nome completo: Francisco do Silveira Manoel

CPF: 176.605.994-53

Endereço completo: R. Luiz Joaquim de Araújo, 216 - Mon-
gasibor - São Paulo - SP

Informações do acidente

Local: Bairro dos Bancários - São Paulo - SP

Data do Acidente: 24/03/2016

Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim ☐ Não ☐ Prejudicado

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);

Cabeça e face

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.

fractura de múltiplos ossos da face com fratura comunitária

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) e, se for o caso, se as mesmas já estavam prescritas no momento da avaliação administrativa:

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.

Refere-se a limitação de cabeça + dor na face, dor de cabeça, limitação de visão

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 permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945, corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação partir do pagamento administrativo indicar: agravamento, melhora e/ou nova lesão.

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

Cranio-facial

☐ 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:

DE DIVERGÊNCIA DA PERÍCIA JUDICIAL:

Local e data da realização do exame médico:

Assinatura do Assistente Técnico – CRM

for Besson 30/09/20

for Bartolomeu B. Rabelo

m.3
medicina de seguros

Dr. João Bartolomeu P. Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4513-PB

Avaliação Médica

**AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE**

[Art. 31º da Lei 11.345 de 04/06/2009 que altera a Lei 8.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo: Francisco de Silva Moraes
CPF: 176.605.994-53
Endereço completo: R. Rui Joaquim de Araújo, 216
Mayabele

Informações do Acidente

Local: Bairro das Bananeiras - João Pessoa / PB
Data do acidente: 24/03/2016

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicados, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de verificação do grau de invalidez permanente 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 _____

local e data

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):

Crânio - facial

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 ossos da face, 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 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.

cegueira e insônia

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 da 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

crânio - facial

☐ 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 da realização do exame médico:

Assinatura do médico perito - CRM

Assinatura do médico assistente - CRM

João Bartolomeu P. Rabelo

Dr. João Bartolomeu P. Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4513-PB

Dr. Gustavo F. Mendonça
Ortopedia e Cir. Quadril
CRM-PB 786 / LEOT 13740