

AValiação Médica para Fins de Conciliação

[Art. 3º da Lei 11.945 de 04/05/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo:

CPF:

Endereço completo:

Local:

Data do acidente:

Informações 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 espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação prevista em razão do processo judicial nº _____, para pagamento de indenização DPVAT por acidente permanente, do qual figura como auto que tramita na vara Cível do JEC da Comarca de _____.

Declaro, ainda, que estou ciente de que nada pagarei para realização desta avaliação e de que, caso eu e a entidade demandada não chegemos a um acordo, o processo judicial que propus para recebimento da indenização DPVAT prosseguirá normalmente.

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): Cabeça - facial

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporais compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma. ASSIMETRIA FACIAL E

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): de face (HO. conservadora)

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.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessária exame complementar?

() Sim, em que prazo:

(X) 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 suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anômico(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, fazer a sua graduação:

Segmento corporal afetado:

- a) () Total (Dano anômico ou funcional permanente que comprometa a integridade do patrimônio físico e/ou mental da vítima)
- b) (X) 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) (X) 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, considerando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

() 10% Residual (X) 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:

Local

Assinatura do médico - CRM

Francisco B. CRM
Elcio Cabral
Perito

20/04/2022

Dr. Joaquim Freitas Diniz
Medicina do Trabalho
CRM-CE 8183

EXPERTE
PERÍCIAS MÉDICAS