

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

(Art. 31 da Lei 11.945, de 04/08/2009)

Processo nº. 0800547-63.2020.8.23.0010

Requerente: Antonio Souza de Brito

Informações do acidente

Local: BR-174 - Nova Pádua - Boa Vista - RR

Data do acidente 30/12/2018

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 Vara Cível de Competência Residual da Comarca de Boa Vista-RR.

Boa Vista-RR, 02/03/2020

X Antonio Souza de Brito

Assinatura de 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)

Braco (C)

Documento Digitalizado
04/02/2020

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 contusa q/ fractura gav mui regiao imuno (O) dento, detanto muias

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)

*Cirúrgico q/ control das dores
& limpeza cirúrgica +
Enteros.*

*↓ facili com "Tubocagão tratamento Cirúrgico
& com T.F.D. m/ mias"*

** T.F.D: Tratamento fora de domicílio*

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.

V) Em virtude da 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 04 de julho de 2009, favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptíveis(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) segmentos 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 integra 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

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 qualificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

O.R.S.: na presente data não houve causa dolorosa para a sequela oggi visto a possibilidade de protocolo. *G.F.A. Cerejugo*
Local e data da realização do exame médico:

Bea Vista-RR, 02/03/20

Assinatura do médico - CRM

L.P. Dias

Ortopedista Traumatologista

CRM/RR

02/03/2020

Ortopedista Traumatologista

CRM/RR

Clínica São Roque