

AVALIAÇÃO MÉDICA
(art. 31 da Lei 11.945 de 04/08/2009)

Processo nº. 08050165520208230010

Requerente: RAIMUNDO COSTA LOPES.

Informações do acidente

Local: RORAINÓPOLIS -

Data do acidente 06 / 07 / 2021

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 em razão do processo judicial em epígrafe, para pagamento de indenização DPVAT, caso apurado, do qual figura como autor e que tramita na 5ª Vara Cível de Competência Residual da Comarca de Boa Vista-RR.

Boa Vista, 06 / 07 / 2021

*Raimundo Costa Lopes
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)

cabeça, ombro direito, punho esquerdo

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

não há alterações ou limitações no momento (último momento).

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim ☒ Não

Se SIM, descreva a(s) medidas 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.

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 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 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) segmentos corporal(is) acometido(s) e ainda segundo previsto no instrumento legal, firmar 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 ou funcional permanente que compromete 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 de 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

fx ombro direito (clavícula) ☒ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

2ª Lesão

cabeça (craniotomia) ☒ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

3ª Lesão

punho esquerdo ☒ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

4ª Lesão

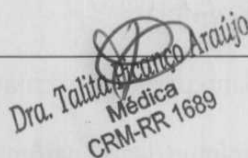
☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem qualificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico:

Assinatura do médico – CRM

Boa Vista-RR, 06 / 07 / 2021.


Dra. Talita Azeiteiro Araújo
Médica
CRM-RR 1689

