

**AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**

(Art. 31ª da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974)

Informações da Vítima:

Nome completo: **MARIA JOSÉLIA BRAZ**

CPF: 146.374.134-00

Endereço: R. Vila Nova da Rainha, 504 -Centro -CG/PB

Informações do Acidente:

Local: Campina Grande

Data do Acidente: 07/12/2016

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima do acidente, acima indicadas, são verdadeiras a que compareci, por livre e espontânea vontade, para a realização da avaliação médica para fins de conciliação em razão do processo judicial nº 0805408-78.2019.8.15.0001 para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 7ª Vara cível ou JEC da Comarca de Campina Grande (Paraíba), estando ciente que a referida prova médico-legal será anexada aos autos, para fins de prova documental, nos termos do artigo 397 e 427 do CPC.

Campina Grande, 05 de maio de 2022.

Local e data

Assinatura da 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):

CRÂNIO FACIAL; MEMBRO INFERIOR ESQ, COTOVELO ESQ

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 as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

SIM, FRATURA TÍBIA ESQ e COTOVELO ESQ c/ OSTEOSSÍNTESE + OSTEOSSÍNTESE FACE

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:

☐ Disfunção apenas temporárias

☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações irreparável e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

LIMITAÇÃO DE APM DO COTOVELO ESQ e MEMBRO INF ESQ,
LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL + ABUNDAMENTO ZIGOMÁTICO.

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, fez-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 a quantificação da (s) lesão (ões) permanentes (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 informa 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 11.945/2008, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.


Segmento Anatômico

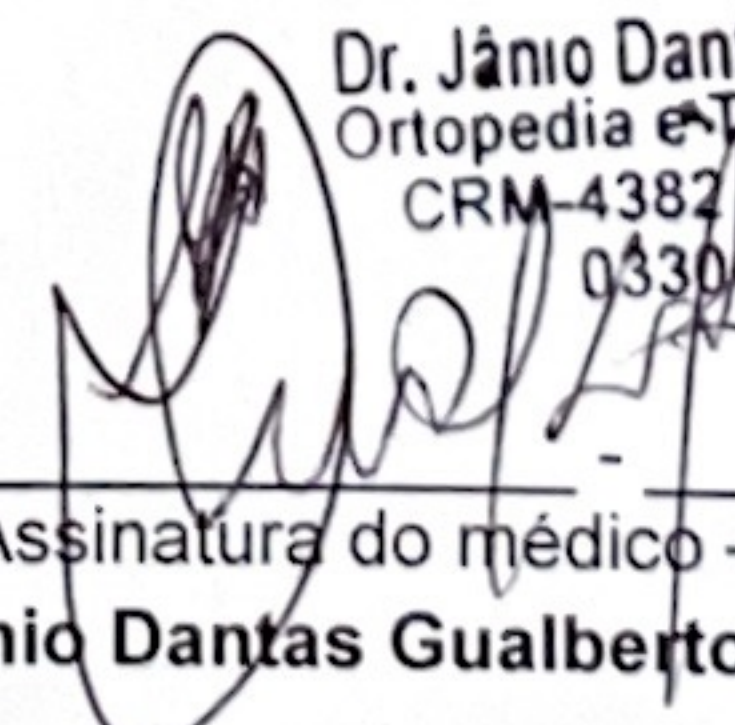
Marque aqui o percentual

1ª lesão	CRÂNIO FACIAL	<input checked="" type="checkbox"/> 10%Residual	<input type="checkbox"/> 25%Leve	<input type="checkbox"/> 50%Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
1ª lesão	MEMBRO INF. ESQ.	<input type="checkbox"/> 10%Residual	<input checked="" type="checkbox"/> 25%Leve	<input type="checkbox"/> 50%Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
1ª lesão	COLOUERO ESQ.	<input type="checkbox"/> 10%Residual	<input checked="" type="checkbox"/> 25%Leve	<input type="checkbox"/> 50%Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
1ª lesão	-----	<input type="checkbox"/> 10%Residual	<input type="checkbox"/> 25%Leve	<input type="checkbox"/> 50%Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa

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

Campina Grande - 05 de maio de 2022
Local e data da realização do exame médico


Dr. José Renna Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9121 / CRM-PE 21437
TEOT 15262


Dr. Jânio Dantas Gualberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4382 / TEOT 6514
033004382
Assinatura do médico - CRM
Dr. Jânio Dantas Gualberto CRM-PB 4382