

AVALIAÇÃO MÉDICA

[Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo: Adrielle Nascimento Silva

CPF: 050.408.493-90

Endereço completo: Rua João Paulo, 69, Galdinal

Informações do acidente

Local: Rua do Bairro Galdinal Data

do Acidente: 06 / 05 / 2019

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 N.º 0800012-85.2020, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita em Barras- Pi.

Barras - PI; 05/10/2020

Adrielle Nascimento Silva

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);

Fratura distal do Rádio Esquerdo.

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.

Tratamento cirúrgico osteossíntese do punho com uso de placa e parafuso metálico, evoluindo com dor em punho aos movimentos, com redução na amplitude dos movimentos do punho.

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)

so de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas antes no patrimônio físico da Vítima.

Limitação funcional do punho esquerdo.

I) 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.

II) 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 Punho Esquerdo ☐ 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/ CRM

Barras - PI, 05/10/2020

Dr. Victor Emmanuel de Sousa Pereira
Clínico Geral
CRM-PI 4660

PARECER MÉDICO
DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA

Informações da Vítima

Nome completo: Adrielle Nascimento Silva
CPF: 080408493-80
Endereço completo: _____

Informações do acidente

Local: _____
Data do Acidente: ____/____/____

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);

fratura distal rádio e
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.

ostioseíte an. do rádio
e movimento normal 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) 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.

limitação funcional punho E

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.

motor, sensibilidade. Anti-
tudo o movimento com re-
ção mínima. Insatisfação
aprox 25%

Local e data da realização do exame médico:

Assinatura do Assistente Técnico – CRM

Barras, 25.8.20


Dr. Max Jhonata
Médico
CRM - PI - 6538
