

AValiação Médica
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

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

Processo nº 0815298-55.2020.8.23.0010.

Requerente: Telma Ana Jorge da Silva.

Informações do acidente

Local: _____

Data 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 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 2ª Vara Cível de Competência Residual da Comarca de Boa Vista-RR.

Boa Vista-RR, 03 / 08 / 2020.

Telma Ana Jorge da Silva
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)

Perna ①

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.

Trauma de fratura no fêmur ①
Aguardando tratamento e alta

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)

Paciente em tratamento e aguardando
alta para tratamento ortopedico

Laudo 01
verso

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(s) permanente(s) que não seja(m) mais susceptíveis(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmentos corporais 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). Informar 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) 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 6.194/70, 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

2ª Lesão

3ª Lesão

4ª Lesão

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

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

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

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

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

sem tratamento ortopedico

Local e data da realização do exame médico:

Assa Vista-RR 02/08/20

Assinatura do médico

Dr. Rogério L. P. Dias
Ortopedista/Traumatologista
CRM 1205-RR / CFE-144