

Dr. Fernando

## AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

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

### Informações da Vítima

PROCESSO: 50.131-76

Nome completo: Francisco Daniel Moreira de Souza

CPF: 066.416.733-94

Endereço completo: \_\_\_\_\_

### Informações do acidente

Local: Sítio São Joaquim

Data do Acidente: 24.07.2019

Pagamento Administrativo: R\$ 4.725,00

### 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 nº \_\_\_\_\_, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita no \_\_\_\_\_ da Comarca de \_\_\_\_\_.

Crateús - Ce, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Francisco Daniel Moreira de Souza

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):

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.

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)

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 da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- ☐ Sim, em que prazo:
- ☒ Não

VI) 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
- b) ☒ Parcial
- b.1 ☐ Parcial Completo
- b.2 ☒ Parcial Incompleto

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 | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input checked="" type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 2ª Lesão | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input checked="" type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 3ª Lesão | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média            | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 4ª 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 quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico:

Senador Pompeu/CE

03/12/21

Assinatura do médico – CRM

Jr. Fernando Higor F. F. Vieira  
Médico  
CRM-CE 12721

Miguel Franco Fernandes Vieira  
Médico CREMEC 2012