

**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: **WISLLAN VINICIUS VIEIRA BARBOSA**

CPF: 093.342.484-16

Endereço: R. Frei Alberto, 404 – Alagoa Grande (CG/PB)

Informações do Acidente:

Local: ALAGOA GRANDE - PB

Data do Acidente: 20 / 07 / 2019

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 0809357-42.2021.8.15.0001 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

Wislân Vinicius Vieira Barbosa

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):

OMBRO ESQUERDO

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

SIM, FRATURA ÚMERO PROXIMAL COM OSTEOSSINTESE

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.

HIPOKRAFIA DO DELTOIDE, GRANDE LIMITAÇÃO DE ADM + SINAIS DE HIBOSESTESIA

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	<u>OMBRO ESQ</u>	<input type="checkbox"/> 10%Residual	<input type="checkbox"/> 25%Leve	<input type="checkbox"/> 50%Média	<input checked="" 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
1ª lesão	-----	<input type="checkbox"/> 10%Residual	<input 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:

APRESENTA SINAIS DE LESÃO DO NERVO AXILAR, LIMITAÇÃO DE ABDUÇÃO E ROTACÃO

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


Assinatura do médico - CRM
Dr. Jânio Dantas Gualberto CRM-PB 4382

Dr. Jânio Dantas Gualberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-4382 TEOT 6514
033004382