

PROCESSO Nº 0800860-52.2018.815.2003

Distribuído em

**AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**
(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 5.194 de 14/12/194)

Nome completo: Filipe Costa Vieira da SilvaCPF: 030.030.514-03

Endereço completo: _____

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)?

Membro Superior Direito e Membro Superior Esquerdo / Sono

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.

Fratura da diáfise do úmero esquerdo, fratura exposta do cotovelo direito(Evoluiu com osteomielite) - Tratamento cirúrgico

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?



Sim



Não

Hemotórax - Drenagem fechada.

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 temporáriasb) ☒ 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.

Restrição importante da prono-supinação do antebraço direito, limitação da extensão do cotovelo direito. Deformidade em tórso

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento, faz-se necessário exame complementar?



Sim, em que prazo:



Não

superior do membro superior esquerdo. Deficit da força motora do membro superior esquerdo.

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa do item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinados.

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 susceptíveis a tratamento como sendo gerador(es) 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)

Dr. João Bartolomeu P. Rabelo
Médico
CRM 4618-PB / 14722-PE
Emp. SAUDESEG

Dr. Rosana B. Duarte de Paiva
Médica - CRM 4183-PB/CREMEPE-19414
CPF: 587.738.514-34

acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total

(Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) ☒ Parcial

(Dano anatómico 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 anatómico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 ☒ Parcial Incompleto (Dano anatómico 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 de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 8.194/74 com relação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatómico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

MEMBRO SUPERIOR
DIREITO

☐ 10% Residual

☒ 25% Leve

☐ 50% Média

☐ 75% Intensa

2ª Lesão

MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO

☐ 10% Residual

☐ 25% Leve

☒ 50% Média

☐ 75% Intensa

3ª Lesão

TÓRAX

☒ 10% Residual

☐ 25% Leve

☐ 50% Média

☐ 75% Intensa

4ª Lesão

☐ 10% Residual

☐ 25% Leve

☐ 50% Média

☐ 75% Intensa

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

Local e data da realização do exame médico:

J. Pessoa, 23, 04, 2019

Assinatura do médico - CRM

Dr. Rosana B. Duarte de Fátima
Médica - CRM 4183-PB/CRM-PE 19411
CPF: 587.738.514-34

Dr. João Bartolomeu P. Rabelo
Médico
CRM 4518-PB/14742-PE
EMP. SAUDESEG