

19/

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]

082/849 - 25.2017

Informações da Vítima

Nome completo: João de Deus Nunes da Rocha
CPF: 347.233.153-49

Endereço completo: Rue: Tomalista Júlio César M. Galvão,
5514, Vale Quem Tem, Teresina - Piauí.

Informações do acidente

Local: Estrada da Pacinba Velha
Data do Acidente: 29/06/2017

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 na 6.ª Vara Cível da Comarca de Teresina/PI.

Teresina - PI 06/3/2018

João de Deus Nunes da Rocha
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);

Perna esquerda.

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.

Limpidez funeral JO 210 + 17 POF

PSMA

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):

*Dr. Miguel Angelo Ribeiro Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 4309
IEOF*

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.

Limitações Físicas

MI E

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 suscetível(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) e/ou Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico 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 <u>M I E</u>	<input type="checkbox"/> 10% Residual	25% <input type="checkbox"/> Leve	50% <input checked="" type="checkbox"/> Média	75% <input type="checkbox"/> Intensa	<u>1</u>
2ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	25% <input type="checkbox"/> Leve	50% <input type="checkbox"/> Média	75% <input type="checkbox"/> Intensa	
3ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	25% <input type="checkbox"/> Leve	50% <input type="checkbox"/> Média	75% <input type="checkbox"/> Intensa	
4ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	25% <input type="checkbox"/> Leve	50% <input type="checkbox"/> Média	75% <input type="checkbox"/> 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:

Teresina - PI, 06/3/2020

Assinatura do médico/ CRM

Dr. Miguel Angelo Reis Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI: 14369 TEOT: 14377