

**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**Nome completo: MATHEUS DUARTE BRITOCPF: 038.450.992-40Endereço completo: Rua S. 28, nº 307. Senador Helio  
Campos - Boa Vista - RR**Informações do Acidente**Local: Rua Estrela D'Alva - Jardim Tropical - Boa Vista - RR  
Data do Acidente: 14/04/2019 (conforme relatado no B.O)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 avaliação médica para fins de conciliação em razão de processo judicial nº 0824649-86.2019.8.23.0010, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e tramita na 4ª Vara Cível ou JEC da Comarca de Boa Vista - (RR)

Boa Vista, RR- 28/11/2019 Matheus Duarte Brito  
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 Informado:

a) Qual(quais) região(ões) corporal(is) encontra(m) acometida(s);

Traumas abrirmos de lesão no Braço.

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 as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma;

Cirúrgico 1L.E.

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);

Fernando B. de Oliveira  
Flávio  
Medicina Legal e Perícia Médica  
CRM-RR 1107 | RQE 668

20

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:

*(Perda parciais de Boca / Tratamento cirúrgico).*

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou 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.

IV) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de Junho de 2009, favor promover a quantificação da(s) lesão(es) 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 sua graduação:

Seguimento corporal acometido:

- a)  Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra 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. 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 de 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

*Baço → 100%.*

1ª Lesão

10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

2ª Lesão

10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

3ª Lesão

10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

4ª Lesão

10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

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

*0829649-86.2019.8.23.0010*

Processo Judicial nº.

Local e data da realização do exame médico:

*Baço, 28/11/19*

*Fernando B. de Oliveira*  
 Assinatura do médico - CRM: *Perito*  
*Medicina Legal e Perícia Médica*  
*CRM RR 1107 | RQE 668*

Fernando Bernardo de Oliveira, CRM RR 1107

2