

**AValiação Médica PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**  
(Art. 31 da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 8.194 de 14/12/1974)

Nº DO PROCESSO: 0804082-28.2018.8.15.2003

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: COSMO SILVA DOS SANTOS

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

ALEXANDRA CESAR DUARTE CPF: 046.502.754-74, COSMO SILVA DOS SANTOS CPF: 533.634.263-72,

JOSE EDUARDO DA SILVA CPF: 455.536.024-91

Nome: COSMO SILVA DOS SANTOS

Endereço: Rua Luciano Leal Wanderlei, 182, Catá, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58000-000

**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(s) corpórea(s) acometida(s) e/ou lesão(s)?

Punho Esquerdo.

b) lesões alterações (distúrbios) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporariamente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas fornecidas na fase aguda do trauma.

Exatidão da radiografia distal esquerda.

Tratamento (redução cirúrgica e

fixação com fios metálicos). Nega fisioterapia

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 cunha com:

a) ☐ distúrbios apenas temporários

b) ☒ dano anômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as lesões físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Perda definitiva do arco de movimento  
do pulso esquerdo. ausência de atrofia  
muscular em membros superiores.

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 do 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) permanente(s) que não seja(m) mais susceptíveis a tratamento como sendo parciais de dano(s) anômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corpóreo(s)

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

Segmento corpóreo acometido:

a) ☐ Total

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

b) ☒ Parcial

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

b.2 ☐ Parcial Incompleto (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa parcialmente algum segmento corpóreo da vítima).

**Dt. Tiago Silveira Oliveira**  
MÉDICO  
CRM-PB 12295  
SAÚDE/UEG

**Dt. Renato B. Araújo da Silva**  
Médico Legista  
CRM-PB 12295  
SAÚDE/UEG

b.1 ☐ Parcial Completo (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 ☒ Parcial Incompleto (Dano anômico 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 redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2008, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

| Segmento anômico                  | Marque aqui o percentual              |                                              |                                               |                                      |
|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1ª Lesão<br><u>PUNHO ESQUERDO</u> | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input checked="" type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média            | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 2ª Lesão<br>_____                 | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve            | <input checked="" type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 3ª Lesão<br>_____                 | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve            | <input type="checkbox"/> 50% Média            | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 4ª Lesão<br>_____                 | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve            | <input type="checkbox"/> 50% Média            | <input type="checkbox"/> 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 14, 08, 2019

Assinatura do médico

Rosana B. Duarte de Paula  
Médica - CRM 118-961-2009-10014  
CPF: 587.738.514-34

Dr. Tiago Silveira C  
MÉDICO  
CRM-PB 122  
3006562