

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: Antonio Francisco de Souza Moraes
CPF: 011.581.673-93

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 0615675-96.2019.8.18.0140, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e quem tramita na **6ª Vara Cível ou JEC da Comarca de Teresina-Pi.**

Teresina-PI, 27 - 01- 2020

Antonio Francisco de Souza Moraes
Assinatura da vítima

Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor ou viaterrestre?

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.

LUSU LARINGO

H MUSCULOSITICO ADN SORTEO

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 Reis Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 4369 TEOT 14377



IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) disfunções apenastemporárias
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.

*Lançamento da mão,
lancamento permanente*

V) 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.

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 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 informar se o dano é:

b.1 ParcialCompleto(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa deformação global algum segmento corporal da Vítima).

b.2 ParcialIncompleto(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas 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 opercentual			
1ª Lesão	<i>M15</i>	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input checked="" type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média
2ª Lesão		<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média
3ª Lesão		<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média
4ª Lesão		<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média

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, 27 - 01- 2021

Assinatura do médico – CRM

*Dr. Miguel Arcanjo de Britto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 4369 TEOT 14377*

*Gómez
Dr. Miguel Arcanjo de Britto
Medico
CRM-PI 4369
SANTOS*