

Laudo 43
fronte

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

(Art. 31 da Lei 11.945, de 04/08/2009)

Processo nº: 0834459-85.2019.8.23.0010

Requerente: Elineuma Santana Cavalcante

Informações do acidente

Local: Rua Carmelo, Bairro Lândia, Boa Vista - RR

Data do acidente 21/03/2016

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 em epígrafe, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 2º Vara Cível de Competência Residual da Comarca de Boa Vista-RR.

Boa Vista-RR, 14/02/2020

Elineuma S. Cavalcante

Assinatura de 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)

Vítima de acidente de trânsito com parceria de
toracogelo direito hemiplejia.

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.

Edema em toracogelo, limitação de cough e
instabilidade.

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)

Documento Digitalizado
04/03/2020
DPO

Laudo 13

Verso

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.

Instabilidade, dor ao exercer carga.

V) Em virtude da evolução de 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 04 de julho de 2009, favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptíveis(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) segmentos 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 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 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

Tornozelo de reto.

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 qualificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico:

Boa Vista-RR, 14/fevereiro/2020

Assinatura do médico - CRM

Vitor Paracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610