



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
JUÍZO DE DIREITO DA COMARCA DE UPANEMA

Processo nº: 0800045-81.2020.8.20.5160.

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

(Art. 31 da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974)

Nome completo: Leonardo Matias França

CPF: 061.462.434-77

Endereço: "45" ASENTAMENTO SABIA, Upanema/RN

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: Estrada Caracéd que dá acesso ao PA Sabia-Zona rural Upanema

Data do acidente: 05/07/2019.

Concordância com a realização da perícia médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para a realização de avaliação médica para fins de conciliação em razão do processo judicial para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita neste juízo.

Upanema/RN, 02/09/2021.

Leonardo Matias de França

Assinatura da parte autora ou representante legal

AVALIAÇÃO MÉDICA

II - 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)-se acometida(s):

M.D.

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente comparativas com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Tratado com o Dr. OTTONIEVE C/ PTA
DOITE + PARALISIS

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 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.

João Batista de Souza, Atorador UNID

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 Julho de 2009, favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(els) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s) especificando, segundo o anexo constante na 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 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 ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima);

B.2 ☒ - **Parcial Incompleto** - (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa de forma global algum 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 art. 31, da lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

<u>Segmento Anatômico</u>	<u>Marque aqui o percentual</u>
1ª Lesão: <u>UNID</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% média <input type="checkbox"/> 75%
intensa	
2ª Lesão: _____	<input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% média <input type="checkbox"/> 75%
intensa	
3ª Lesão: _____	<input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% média <input type="checkbox"/> 75%
intensa	
4ª Lesão: _____	<input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% média <input type="checkbox"/> 75%
intensa	

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

Upanema/RN, 02 de setembro de 2021.

Dr. Manoel Fernandes da Silveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MÉDICO DO TRABALHO
CRM RN 2999
Manoel Fernandes da Silveira - CRM 2999

Dr. João Batista de Souza
Assinatura do Assistente Técnico/médico e CRM
CRM RN 2195
CPF: 369.964.404-91