

PROCESSO N°: 0809692-68 2020

**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)

**PARTE AUTORA:** Eliabe Gomes da Silva  
**TELEFONE(S):** 84 996385407  
**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES DO ACIDENTE**

**DATA DO ACIDENTE:** 07/01/2020

**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 na Comarca de Mossoró/RN.

Mossoró/RN, 03/08/2022

x Eliabe Gomes da Silva

**ASSINATURA DA PARTE AUTORA POR EXTERNO**

**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):

S: DEDO DA MÃO ESQUERDA.

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.

Contorcionas com deformidade residual em faixa media. Punga

normal

**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.

VII PLS PRAZO DO II A.

**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(eis) 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.**

**Segmento Anatômico**

**Marque aqui o percentual**

**1ª Lesão: 5: DEDO M/S (sequela)  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:

Mossoró/RN, 03/08/2022

**ASSINATURA E CARIMBO:**

**Dr. Allan Assunção**  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho/Artroscopia  
CRM-RN 5494 TEOT 8900 ZOE 2314

**MÉDICO PERITO – CRM**

**Paulo Amorim**  
CRM 52.86271.1  
AUDITORIA MÉDICA  
AMORIM & MATTOZ

**ASSISTENTE TÉCNICO SEGURADORA LIDER - CRM**