

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**

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

Informações da Vítima:

Nome completo: **DAVID FRANCISCO DE LIMA SILVA**

CPF: 015.976.564-10

Endereço: R. Projetada, 195-A, Novo Horizonte (CG/PB)

Informações do Acidente:

Local: PERTO AMIGÃO S. GRANDE

Data do Acidente: 16 / 05 / 2019

**Concordância com a realização da avaliação médica**

Declaro que as informações da vítima do acidente, acima indicadas, são verdadeiras a que compareci, por livre e espontânea vontade, para a realização da avaliação médica para fins de conciliação em razão do processo judicial nº **0830834-24.2021.8.15.0001** para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 7ª Vara cível ou JEC da Comarca de Campina Grande (Paraíba), estando ciente que a referida prova médico-legal será anexada aos autos, para fins de prova documental, nos termos do artigo 397 e 427 do CPC.

Campina Grande, 05 de maio de 2022.

Local e data

David Francisco de Lima Silva

Assinatura da 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):

PUNHO ESQUERDO

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 as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

SIM, FRATURA PUNHO ESQ COM OSTEOSSINTESIS

**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:**

Disfunção apenas temporárias

Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações irreparável e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

LIMITAÇÃO DE ADM DO PUNHO ESQ + DIMINUIÇÃO DA FORÇA + ENCURTAMENTO APARENTE DO RÁDIO COM IMPACTO

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, fez-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) permanentes (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 informa 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 11.945/2008, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª lesão PUNHO C/A  10%Residual  25%Leve  50%Média  75% Intensa

1ª lesão \_\_\_\_\_  10%Residual  25%Leve  50%Média  75% Intensa


1ª lesão \_\_\_\_\_  10%Residual  25%Leve  50%Média  75% Intensa

1ª lesão \_\_\_\_\_  10%Residual  25%Leve  50%Média  75% Intensa

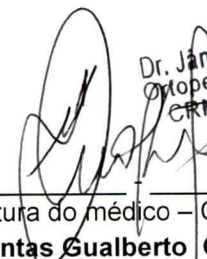
Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem qualificados, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

LIMITAÇÃO COM IMPACTO ULNAR & ENCURTAMENTO APARENTE RADIAL

Campina Grande - 05 de maio de 2022  
Local e data da realização do exame médico

  
Dr. José Renna Gomes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9121 / CRM-PE 21437  
TEOT 15262

7

  
Dr. Jânio Dantas Gualberto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 4382 TEOT 6514  
033004382

Assinatura do médico - CRM  
Dr. Jânio Dantas Gualberto CRM-PB 4382

