

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO PRÉVIA**

[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: RENATO SIMPLÍCIO UCHOA  
CPF: 03641609348  
Endereço Completo: RUA FRANCISCO SALES 105 JOAO XXIII FORTALEZA/CE

**Informações do acidente**

Local: CE/FORTALEZA  
Data do Acidente: 23/06/2015

**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 prévia em razão do processo judicial nº 0209316-86.2015.8.06.0001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 30 da Comarca de CE/FORTALEZA.

Declaro, ainda, que estou ciente de que nada pagarei para realização dessa avaliação e de que, caso eu e a entidade demandada não chegemos a um acordo, o processo judicial que propus para recebimento da indenização DPVAT prosseguirá normalmente.

CE/FORTALEZA, data 22/02/2019.

*RENATO SIMPLÍCIO UCHOA*

---

Assinatura da Vítima

**CNIS**

## 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);

MÃOS E MEMBROS INFERIORES.

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.

TRATAMENTO CONSERVADOR DE ESCORIAÇÕES NAS MÃOS E NOS MEMBROS INFERIORES. EVOLUIU SEM ESCORIAÇÕES. VÍTIMA NÃO APRESENTA QUEIXAS.

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.

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 **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**

1º Lesão

☐ 10% Residual    ☐ 50% Média  
☐ 25% Leve        ☐ 75% Intensa

2º Lesão

☐ 10% Residual    ☐ 50% Média  
☐ 25% Leve        ☐ 75% Intensa

3º Lesão

☐ 10% Residual    ☐ 50% Média  
☐ 25% Leve        ☐ 75% Intensa

4º Lesão

☐ 10% Residual    ☐ 50% Média  
☐ 25% Leve        ☐ 75% Intensa

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: CE/FORTALEZA, data 22/02/2019.**



Assinatura do médico perito - CRM

Assinatura do médico assistente - CRM

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Enéas".

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Dores Mendes".

---

ANTONIO ENÉAS RODRIGUES BEZERRA DE  
MENEZES  
CRM: CE/3792

---

DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES  
CRM: RJ/52.25889-0

# PARECER MÉDICO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA

## Informações da Vítima

Nome Completo: RENATO SIMPLÍCIO UCHOA  
CPF: 03641609348  
Endereço Completo: RUA FRANCISCO SALES 105 JOAO XXIII FORTALEZA/CE

## Informações do acidente

Local: CE/FORTALEZA  
Data do Acidente: 23/06/2015

## 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);  
MAOS/ MEMBROS INFERIORES

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.

ESCORIAÇÕES NAS MAOS E NOS MEMBROS INFERIORES ( COXAS ) - TRATAMENTO CONSERVADOR

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), e se for o caso, se as mesmas já estavam prescritas no momento da avaliação administrativa:

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.

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, e se for o caso, a partir do pagamento administrativo indicar: agravamento, melhora e/ou nova lesão:

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 **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**

|          |                                       |                                   |                                    |                                      |
|----------|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1º Lesão | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 2º Lesão | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 3º Lesão | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 4º 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:

Justificativa de concordância com a perícia judicial

SEM LAUDO ADMINISTRATIVO DISPONIBILIZADO  
CONCORDO CONFORME MINHA PERICIA PRESENCIAL

Justificativa de divergência da perícia judicial

**Local e data da realização do exame médico:CE/FORTALEZA, data 22/02/2019.**

Assinatura do médico assistente - CRM

*Dores Maria Bernardes Carneiro Mendes*

**CNIS**

DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO  
MENDES

CRM: RJ/52.25889-0