

# AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

[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: **RAIMUNDO RIBEIRO MESQUITA**

CPF: 560.340.163-04

Endereço completo: Vila Agua Doce, Patos, Sobral-CE, CEP: 62100-000

## Informações do acidente

Local: BR 222, KM 151.0-Decrescente, Irauçuba-CE

Data do Acidente: 20/02/2018

## 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 nº0052664-18.2021.8.06.0167, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na **3ª Vara Cível** da Comarca de Sobral-CE.

Sobral-CE, 20/07/2022.

Raimundo Ribeiro Mesquita  
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);

Sistema nervoso central (cabeça).

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.

Lesão de trauma crânio - encefálico. Realizar tratamento conservador. Há  
quadros demenciais para avaliação neuropsiquiátrica em ambos olhos.

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.

Lesão medular neurovascular severa à D e leve à E, conforme atestado -  
metri: (03/03/20).

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**

1ª Lesão

sistema nervoso central  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:

Local e data da realização do exame médico:

Asimol, 20/10/22

Assinatura do médico - CRM  
Dr. Clerson Almeida Sá  
Clínico Geral CRM 13937  
TOLEDO  
Dr. Pedro W. Sampaio Hardy  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC 10905 TEOT 13364