



Número: **0835367-33.2015.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GEORGE FELIX DE LIMA (AUTOR)		GUSTAVO RODRIGO MACIEL CONCEICAO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40060528	11/03/2019 11:54	GEORGE FELIX DE LIMA	Laudo Pericial

PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

PROCESSO: 0835367-33.2015.8.20.5001

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA:

NOME: GEORGE FELIX DE LIMA

CPF:061.980.424-64

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE:

LOCAL: ESPIRITO SANTO

DATA DO ACIDENTE: 08/12/2014

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicados, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de verificação do grau de invalidez permanente em razão do processo judicial, acima descrito, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na Vara Cível ou JEC da comarca de

Natal, 27 de fevereiro de 2019.

Assinatura da vítima

AVALIAÇÃO MÉDICA

- Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?
☒ (X) Sim ☐ () Não ☐ () Prejudicado
Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.
- Descrever o quadro clínico atual informando:
 - Qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?
CLAVICULA DIREITA.
 - 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.
REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO TIPO 8.
- Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?
☐ () Sim ☒ (X) Não

Se sim, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s)

- Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- ☐ disfunções apenas temporárias
- ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)
Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informara as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

APRESENTA LEVE CREPITAÇÃO EM OMBRO DIREITO.

- Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

☐ Sim, em que prazo:

☒ Não.

- 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) corpora(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

- ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).
- ☒ 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 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, sem cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico	Marque aqui o percentual
1ª. Lesão	
OMBRO DIR.	<input type="checkbox"/> 10% Residual <input checked="" 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:

Natal, 27 de fevereiro de 2019.



Assinatura do médico assistente - CRM
CRM 4316

Dr. Eucimar P. Guimarães -