



Número: **0800248-45.2019.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **10/01/2019**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ELIZARIO DA COSTA FARIAS (AUTOR)</b>	<b>LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA DPVAT (RÉU)</b>	<b>ODETE CLARA COSTA PIMENTA NETA (ADVOGADO)</b> <b>LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
54455 455	19/03/2020 13:52	<a href="#"><u>OFÍCIO - 0800248-45.2019 - PERITO</u></a>	Ofício

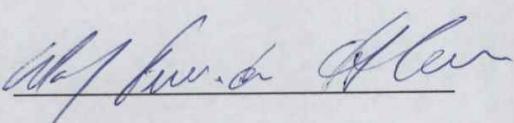
EXCELENTÍSSIMO DOUTOR JUÍZ DE DIREITO DA SECRETARIA  
UNIFICADA CÍVEL DA COMARCA DE MOSSORÓ/RN

Processo nº 0800248-45.2019.8.20.5106  
Requerente: Eliziario da Costa Farias.  
Requerido: Seguradora DPVAT

Ozelita Emilia de Sousa Moraes  
Mat.: F.201.848-9  
Fórum Dr. Silveira Martins  
13/03/2020

Em resposta ao mandado de intimação referente ao processo supramencionado; venho informar A vossa Excelência juntar esclarecimentos a cerca do laudo complementar. Documentos em anexo.

Mossoró/RN 05 de março de 2020.



DR. Manoel Fernandes da Silveira  
Médico, CRM 2999



## **Laudo Complementar de Perícia Médica**

Processo nº: 0800248-45.2019.8.20.5106

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

Nome completo: ELIZIÁRIO D COSTA FARIAS  
CPF: 035.542.784-24

Endereço Completo: RUA VICENTE F DUARTE,280. MOSSORÓ-RN

### **INFORMAÇÕES DO ACIDENTE**

Local: MOSSORÓ-RN

Data do acidente : 22/06/2018

### **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 nº 0804600-80.2018.8.20.5106 para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na [Vara do Processo] da Comarca de Mossoró/RN.

Mossoró/RN, 13/02/2020

---

### **Parte Autora**

### **Avaliação Médica**

**II - Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?**

[ x ] Sim    [ ] Não    [ ] Prejudicado

**II - Descrever o quadro clínico atual informado:**

### **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

**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.**

**TRAUMA COM FRATURA EXPOSTA DO TRONOXELO DIREITO, COM PERDA ÓSSEA.  
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA – DOR E EDEM E LIMITE DA FUNÇÃO DO MID .**

**III - 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):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

- A) [ ] Disfunções apenas temporárias;  
B) [ X ] 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

**DOR E EDEMA E ATROFIA DO MID. DEFORMIDADE EM TORNOZELO – 1/3 DISTAL DA Perna Direita**

[Endereço Completo da Vara do Processo]

Dr. Manoel Fernandes da Silveira  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
MÉDICO DO TRABALHO  
CRM-RN 2999



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

- [ ] Sim. Em que prazo: \_\_\_\_\_  
[X] 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)** [ X ] **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** [ X ] – **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:** MID | [ ] 10% residual | [ ] 25% leve | [ X ] 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, 13 de fevereiro de 2020.

Dr. Manoel Fernandes da Silveira  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
MÉDICO DO TRABALHO  
CRM-RN 2909

Assinatura do médico e CRM

[Endereço Completo da Vara do Processo]

