



Número: **0806187-93.2018.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **07/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ADELUAN DYEGO FARIAS DE SOUSA (AUTOR)	GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI (ADVOGADO) BRUNO VIEIRA FERNANDES PINHEIRO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
24549 680	18/09/2019 17:37	<u>Petição</u>	Petição
24549 688	18/09/2019 17:37	<u>2577591_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_J UR_01</u>	Outros Documentos
24549 689	18/09/2019 17:37	<u>2577591_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_J UR_Anexo_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2019 17:37:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091817371205200000023765865>
Número do documento: 19091817371205200000023765865

Num. 24549680 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE PATOS/PB

Processo: 08061879320188150251

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ADELUAN DYEGO FARIAS DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2019 17:37:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091817371535700000023765873>
Número do documento: 19091817371535700000023765873

Num. 24549688 - Pág. 1

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

CASO NÃO SEJA ESSE O ENTENDIMENTO DE VOSSA EXCELÊNCIA, REQUER A PRODUÇÃO DE NOVA PROVA PERICIAL, NOS TERMOS DOS ART. 480 DO CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PATOS, 17 de setembro de 2019.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2019 17:37:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091817371535700000023765873>
Número do documento: 19091817371535700000023765873

Num. 24549688 - Pág. 2



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2017

Carta nº: 11628435

A/C: ADELUAN DYEGO FARIAS DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170483100 ASL-0339407/17

Vitima: ADELUAN DYEGO FARIAS DE SOUSA

Data Acidente: 11/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170483100 Cidade: Patos Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ADELUAN DYEGO FARIAS DE SOUSA Data do acidente: 11/02/2017 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ASSOALHO DA ÓRBITA E DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE COM ASSIMETRIA FACIAL, RESTRIÇÃO DA ABERTURA BUCAL
médico pericial: COM LIMITAÇÃO MASTIGATÓRIA.CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA EM HEMIFACE DIREITA E REGIÃO PALPEBRAL INFERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO. RELATA USO CONTÍNUO DE ANALGÉSICOS E TER REALIZADO SESSÕES DE FISIOTERAPIA E ENCONTRAR-SE DE ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Dano crânio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170483100 Cidade: Patos Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ADELUAN DYEGO FARIAS DE SOUSA Data do acidente: 11/02/2017 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170483100 Cidade: Patos Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ADELUAN DYEGO FARIAS DE SOUSA Data do acidente: 11/02/2017 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170483100 Cidade: Patos Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ADELUAN DYEGO FARIAS DE SOUSA Data do acidente: 11/02/2017 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ASSOALHO DA ÓRBITA E DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE COM ASSIMETRIA FACIAL, RESTRIÇÃO DA ABERTURA BUCAL
médico pericial: COM LIMITAÇÃO MASTIGATÓRIA.CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA EM HEMIFACE DIREITA E REGIÃO PALPEBRAL INFERIOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO. RELATA USO CONTÍNUO DE ANALGÉSICOS E TER REALIZADO SESSÕES DE FISIOTERAPIA E ENCONTRAR-SE DE ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Dano crânio facial

Sequelas: Com sequelas

Data da perícia: 16/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ADELUAN DYEGO FARIAS DE SOUSA** Sinistro: **3170483100** Data: **11/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua pedro celestino, 16, casa - Noe trajano - Patos - PB - CEP 58704-460**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /DF**] **2451903**

Data local do exame: [**16/09/2017**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO ASSOALHO DA ÓRBITA E DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE COM ASSIMETRIA FACIAL, RESTRIÇÃO DA ABERTURA BUCAL COM LIMITAÇÃO MASTIGATÓRIA.CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA EM HEMIFACE DIREITA E REGIÃO PALPEBRAL INFERIOR.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO. RELATA USO CONTÍNUO DE ANALGÉSICOS E TER REALIZADO SESSÕES DE FISIOTERAPIA E ENCONTRAR-SE DE ALTA DEFINITIVA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Dano cráneo facial

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Estruturas crâneo faciais

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Rosana Bezerra Duarte de Paiva - CRM: 4183 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2019 17:37:20
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091817371822500000023765874
Número do documento: 19091817371822500000023765874

Num. 24549689 - Pág. 6

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ADELUAN DYEGO FARIAS DE SOUSA** Sinistro: **3170483100** Data: **11/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua pedro celestino, 16, casa - Noe trajano - Patos - PB - CEP 58704-460**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /DF**] **2451903**

Data local do exame: [**16/09/2017**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DO ASSOALHO DA ÓRBITA E DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE COM ASSIMETRIA FACIAL, RESTRIÇÃO DA ABERTURA BUCAL COM LIMITAÇÃO MASTIGATÓRIA.CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA EM HEMIFACE DIREITA E REGIÃO PALPEBRAL INFERIOR.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO. RELATA USO CONTÍNUO DE ANALGÉSICOS E TER REALIZADO SESSÕES DE FISIOTERAPIA E ENCONTRAR-SE DE ALTA DEFINITIVA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Dano cráneo facial

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Estruturas crâneo faciais

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Rosana Bezerra Duarte de Paiva - CRM: 4183 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2019 17:37:20
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091817371822500000023765874
Número do documento: 19091817371822500000023765874

Num. 24549689 - Pág. 7