



Número: **0800936-60.2019.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **28/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ELIONALDO TEIXEIRA NOBREGA (AUTOR)</b>	<b>ARTHUR ALVES DE MEDEIROS (ADVOGADO)</b> <b>ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
26988 911	11/12/2019 20:10	<a href="#">perícia dpvat 0800936 60 2019 8 15 0251</a>

0800 936-60 2019

3

## AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIACÃO

[Art. 31º da Lei 11.945 de 4/8/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

## **Informações da Vítima**

Nome completo: Eliona Polo Ferreira Nobreza  
CPF: 059.013.774-58  
Endereço completo: Rua SEVERINO FRANCIS N° 23 Bairro: Morro Freixo  
(03-99645456)

## **Informações do acidente**

Local: Patos  
Data do Acidente: 10/07/17

## **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 nº \_\_\_\_\_, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na \_\_\_\_\_ Vara Cível ou JEC da Comarca de \_\_\_\_\_ - (\_\_\_\_\_), estando ciente que a referida prova médica-legal será anexada aos autos, para fins de prova documental, nos termos do artigos 397 e 427 do CPC.

09/12/19

Chandak O. M. Choueiri  
Assinatura da última

#### Assinatura da vítima

#### **Avallacão 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);

## Punko Esquerdo

terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

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.

*Seu mero com função residual das pernas e de perda de mobilidade residual e descreve atrofia muscular*

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 da 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 suscetível(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 integra 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 8.194/74 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 *Pernas*

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:

*09/11/19*

Assinatura do médico

CRM-RJ 50507 EOT 6511

*Dr. Helder Romano L. Nobrega*

Ortopedia/Traumatologia

CRM-RJ 50507 EOT 6511

Helder Romano L. Nobrega

Ortopedia/Traumatologia

CRM-RJ 50507 EOT 6511