



Número: **0800145-82.2018.8.20.5135**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Almino Afonso**

Última distribuição : **30/10/2018**

Assuntos: **Seguro, DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LINO MAIA (AUTOR)	PEDRO EMANOEL DOMINGOS LEITE (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75060 903	27/10/2021 14:02	<u>Laudo Pericia Lino Maia</u>	Laudo Pericial

Informações da Vítima

Nome completo:

LINDO MAIA

CPF:

050154274-44

Endereço completo:

51410-0000, ZONA 2004
LUCMÓCIA/ES

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do acidente

Local: LINCOSITIN

Data do Acidente: 27/06/2016

Avaliação do Médico Perito Legista

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

a) Sim

b) Não

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(s) corporal(is) encontra(m) se acometida(s):

Crânio / face

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio fílico 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.

face

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

a) Sim

b) 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 irreversíveis e definitivas presentes no patrimônio fílico da Vítima:

face / crânio / face
face / crânio / face

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

a) Sim, em que prazo:

b) 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(es) 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 íntegra do patrimônio fílico e/ou mental da Vítima).

b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio fílico 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

1ª Lesão

Marque aqui o percentual:

Ganho

<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:

Data da realização do exame médico legal:

27/10/2021
Especo para assinatura do(a) perito(a) ou testemunha
Dr. ADILIO JORGE DA SILVA
CIRURGIA DO JOELHO
CRM-PB 5429 - RQE 2147
rua NILÓ Peçanha, 59 - Salas 7 e 2
(PRATA)
52400-815 CAMPINA GRANDE-PB 98132-230
(ONE) (83) 3077-8223

