



Número: **0847156-41.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/08/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado   |
|---|---|
| JAILSON FLORENCIO DE LIMA (AUTOR)                     | FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO)<br>ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO) |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU)                            | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)  |
| ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO) |   |

**Documentos**

| Id.          | Data da Assinatura | Documento  | Tipo                     |
|--------------|--------------------|--|--------------------------|
| 38086<br>561 | 22/12/2020 11:16   | <a href="#"><u>Jailson Florencio de Lima</u></a> | Documento de Comprovação |

PROCESSO N° 0847156-41.2018.8.15.2001

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE**

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

Nome completo: JOILSON FLORÊNCIO DE LIMA

CPF: 714.400.594-46

**Concordância com a realização da avaliação médica**

Declaro que as informações relatadas neste ato pericial 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 nº 0847156-41.2018.8.15.2001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figurei como autor e que tramita na 6ª Vara Cível ou JEC da Comarca da Capital.

João Pessoa/PB, 11 de Dezembro de 2020.

*Joilson Florêncio de Lima*  
Assinatura da vítima

**Avaliação 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(es) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

*Costelas laterais + Membros Inferior Direito*

b) 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.

*Fratura das clavículas direitas e  
do fêmur direito, realizado tratamento cirúrgico. Residual para  
retirada do material de síntese dos  
osteosínteses direitos. Realizar  
fisioterapia.*

Sim  Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

*Rosana Bezerra de Paiva  
0847156-41.2018.8.15.2001  
337733.J14-34*

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA - 22/12/2020 11:16:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122211161828200000036325787>  
Número do documento: 20122211161828200000036325787

Num. 38086561 - Pág. 1

## PROCESSO N° 0847156-41.2018.8.15.2001

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.

Leve restrições da mobilidade dos  
costados direitos. Retrações cicatriciais,  
extensa cicatriz em face lateral de  
V) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento, faz-se necessário exame complementar?

Sim, em que prazo: Costas direitos com dissecção  
 Não hipotrofia muscular, marcha  
livre. Restrições a desambulações  
prolongadas e os agachamentos.

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa do 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 suscetíveis a tratamento como sendo gerador(es) 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, afirmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a)  Total  
(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra 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 de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com relação 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

|          |                         |                                       |  |                                    |                              |
|----------|-------------------------|---------------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------|
| 1º Lesão | <u>ROTOVÉRS DIREITO</u> | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input checked="" type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% |
| Intensa  |                         |                                       |  |                                    |                              |
| 2º Lesão | <u>MEMBRO INFERIOR</u>  | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input checked="" type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% |
| Intensa  | <u>DIREITO</u>          |                                       |  |                                    |                              |
| 3º Lesão |                         | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve            | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% |
| Intensa  |                         |                                       |  |                                    |                              |
| 4º Lesão |                         | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve            | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% |
| Intensa  |                         |                                       |  |                                    |                              |

Observação: Havendo acordo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentado:

Negó trauma prévio em costas -  
velos direitos e membros inferiores direitos!

Local e data da realização do exame médico:

João Pessoa /PB, 11 de Dezembro de 2020

Assinatura do Médico - CRM

Rosana Bezerra Duarte de Paiva CRM-PB 4183

*Rosana Bezerra Duarte de Paiva CRM-PB 4183*

*Dr. Rosana Bezerra Duarte de Paiva CRM-PB 4183*

*CRM-PB 4183*

<i