



Número: **0836587-95.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                       |                    | Procurador/Terceiro vinculado                 |                |
|--|--------------------|---|----------------|
| MAURICIO VIEIRA DA SILVA (AUTOR)             |                    | ITAMAR OLIMPIO DE VASCONCELOS MAIA (ADVOGADO) |                |
| PORTO SEGURO S/A (RÉU)                       |                    | ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)    |                |
| GIOVANNA DANTAS FULCO (TERCEIRO INTERESSADO) |                    |   |                |
| Documentos                                   |                    |   |                |
| Id.  | Data da Assinatura | Documento                                     | Tipo           |
| 44296305                                     | 11/06/2019 16:52   | <a href="#">Laudo Pericial</a>                | Laudo Pericial |
| 44296321                                     | 11/06/2019 16:52   | <a href="#">Mauricio Vieira da Silva</a>      | Laudo Pericial |

## Laudo Pericial

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**

[Ari. 3º §1º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

**Informações da Vítima**

Nome completo: Maurício Vieira da Silva

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço completo: \_\_\_\_\_

**Informações do acidente**

Local: Monte Alegre

Data do Acidente: 14/11/16

**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 0836587-95.2014 que tramita na 24ª Vara Cível da Comarca de Natal/RN, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor.

Maurício Vieira da Silva

Assinatura da vítima

**Avaliação Médica**

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

☒ Sim ( ) Não ( ) Prejudicado

***Só prosseguirem caso de resposta afirmativa.***

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

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

Fratura de pulso direito, com diminuição da força da mão direita.

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.

Feito tratamento clínico conservador, com colo gesso e limitação dos movimentos do pulso direito

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.

Diminuição dos movimentos do punho direito, com dor e presença de calo ósseo

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 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(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(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 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 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

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

Punho direito ) 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

3ª 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:

Diminuição dos movimentos do punho direito, com dor e presença de calo ósseo

Local e data da realização do exame médico:

Natal, 11/06/19

Giovanna D. Fulco  
Assinatura do médico perito – CRM  
CRM-RN 330.851-5

\_\_\_\_\_  
médico / assistente / autor

\_\_\_\_\_  
médico / assistente / réu