



Número: **0030013-81.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|--|---|
| ERICLES NERI ALBUQUERQUE (AUTOR) | ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) CARLA ROCHA LEMOS (ADVOGADO) |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU) | RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO) |
| HENRIQUE AUGUSTO LEITE MARQUES (PERITO) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|-------------------------------|--------------------|
| 48914 512 | 07/08/2019 13:54 | Perícia DPVAT | Outros (Documento) |

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE

[Art. 31º da Lei 11.945 de 04/06/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

0030033-81. 2019.8.17.2001.

Informações da Vítima

Nome completo: Ericles Noni Albuquerque
CPF: 155.927.644-49.

Endereço completo:

Informações do Acidente

Local: Balsa de Guabara - RJ
Data do acidente: 35/09/2018.

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicados, 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 _____, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na Vara Cível ou JEC da Comarca de _____.

Recepção, 06/08/2019

local e data

Ericles Noni Albuquerque

Avaliação Médica

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

Sim Não Prejudicado

Se 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): Ombro Esquerdo

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: TRAUMATO CIRURGIA FRACTURA

Chavões Gengivas

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: Perda de mobilidade + limitações óbvias

60º Grau

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

Sim, em que prazo:

Não

SaudeSEG Sistemas de Saúde Ltda

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: JULIANE ROCHA DE SIQUEIRA - 07/08/2019 13:54:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080713542816000000048160888>
Número do documento: 19080713542816000000048160888

Num. 48914512 - Pág. 1

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(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 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 <i>Danilo Genuino</i> | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input checked="" 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:

Local e data da realização do exame médico:

Assinatura do médico perito - CRM

Assinatura do médico assistente - CRM
Reife, 06/08/2019.

*Dr. Henrique Marques
CRM-PB 16.696 - TCR 13.253
Medicina Esportiva
Ortopedista Cirurgia da Juventude*

SaudeSEG - Sistemas de Saúde Unif.

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: JULIANE ROCHA DE SIQUEIRA - 07/08/2019 13:54:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19080713542816000000048160888>
Número do documento: 19080713542816000000048160888

Num. 48914512 - Pág. 2