



Número: **0839991-06.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---|--------------------|---|----------------|
| LIVIA POLIANA DA SILVA (AUTOR) | | ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 43289 392 | 18/05/2021 16:30 | LIVIA POLIANA DA SILVA 0839991-06.2019.8.15.2001 | Laudo Pericial |

— 08.39991.06.2019.8.15.2001.

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

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

Informações da Vítima

Nome completo: LIVIA BOCIANA DA SILVA

CPF: 016.196.924-06

Endereço completo: _____

Informações do acidente

Local: 5070 BRESSOL

Data do Acidente: 2019

Pagamento Administrativo: R\$ _____

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 no _____ da Comarca de _____.

Local, data.

(VÍTIMA PRECISA ASSINAR PARA TER VALIDADE FRENTE AO ACORDO JUDICIAL)

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

(CASO HAJA UMA SITUAÇÃO EM QUE FOI ASSINALADO NÃO OU PREJUDICADO, DEVE SER ESCRITA JUSTIFICATIVA NO ESPAÇO DE OBSERVAÇÃO NO LOCAL RESPECTIVO OU AO FINAL DO LAUDO)

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); (ESCREVER A REGIÃO CONFORME A DISPOSIÇÃO DOS ÍTENS CONTIDOS NA TABELA DPVAT, UTILIZAR OS TERMOS LÁ EXISTENTES)

MEMBRO SUPERIOR DIREITO, ANTE
BRAÇO 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. (DESCREVER AS DISFUNÇÕES PRESENTES AO EXAME, POR FAVOR NÃO CONFUNDA DISFUNÇÃO COM EXAME FÍSICO OU TRATAMENTO REALIZADO.)

DISFUNÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR
DIREITO COM DOM AO MOVIMENTO ANTERIO

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): (LEMBRE-SE QUE QUANDO VOCÊ INDICA ALGUM TRATAMENTO NÃO HÁ UM DANO FUNCIONAL DEFINITIVO E NÃO É POSSÍVEL LIQUIDAR A VALORAÇÃO)

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. (ESCREVER TODAS AS SEQUELAS EXISTENTES, TODAS AS LIMITAÇÕES FÍSICAS)

DIMINUIÇÃO DE ADM EM COTO VERO
DIREITO E DEFICIT DE FORÇA.

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). QUANDO SE ASSINALA PARCIAL COMPLETO SIGNIFICA QUE 100% DO SEGMENTO - MÃO, MEMBRO, PÉ - ESTÁ COMPROMETIDO, LOGO ASSINALE NO CAMPO DEVIDO E/OU DE OBSERVAÇÃO QUAL É ESSE SEGMENTO QUE APRESENTA PERDA COMPLETA DE FUNÇÃO)

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). QUANDO A LESÃO É MENOR QUE 100% E PRECISA SER PREENCHIDA NOS CAMPOS ABAIXO B.2.1

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.

(DESCREVER SEGMENTO ANATÔMICO CONFORME CONSTA NA TABELA DPVAT, VISTO QUE ESSE LAUDO É DIRECIONADO PARA PROFISSIONAL NÃO MÉDICO QUE CONSULTA A TABELA, PORTANTO, IREMOS DISPONIBILIZAR NO SISTEMA AS REGIÕES QUE DEVERÃO SER INCLuíDAS)

Segmento Anatômico

1ª Lesão

Marque aqui o percentual

FRATURA RÁPIDA

☐ 10% Residual

☐ 25% Leve

☒ 50% Média

☐ 75% Intensa

E ULNA DIREITO



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:

11.05.21

Assinatura do médico - CRM

Dr. Thales S. Mata
Ortopedia - Cirurgia de
Ombro e Cotovelo
CRM-PB 6590/FEOT 10843

