



Número: **0801394-42.2019.8.15.1071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Jacaraú**

Última distribuição : **30/08/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| MARILENE CAXIAS DE ARAUJO (AUTOR) | EVERALDO DA SILVA RIBEIRO (ADVOGADO) ALCIONE GAMBATI DE SOUZA (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) |
| MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA PARAÍBA - PGJ 09.284.001/0001-80 (TERCEIRO INTERESSADO) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|---|----------------|
| 51484 433 | 18/11/2021 11:56 | Laudo Proc 0800595-62.2020.815.1071 | Laudo Pericial |

PROCESSO N° 800595.62.2020-815.1071

AVALIAÇÃO MÉDICA

(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/194)

Nome completo: JOSIANO SOARES DA SILVA

CPF: 712.774.034-81.

Endereço completo: Sítio Timbú PB.

Informações do acidente

Local: JACARAÍ

Data do Acidente: 30/01/2020.

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 n.º 800595.62.2020-815.1071, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na Vara Cível ou JEC da Comarca de JACARAÍ PB.

JACARAÍ /PB, 18 de 11 de 2021.


Assinatura da vítima

Avaliação Médica

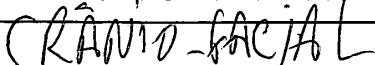
I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

Sim Não Prejudicado

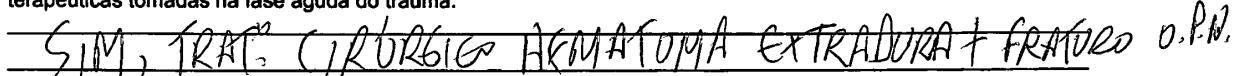
Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

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



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.



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.

A FUNDAMENTO REGIÃO OCIPITAL + EXISTE Á PALPACAO NA REGIÃO RETRO-auricular FSG

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou 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 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 susceptíveis 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>CRANIO-FACIAL</u> | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input checked="" type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 2º Lesão | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 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:

TCE c/ FRAGMENTO CIRÚRGICO
Dr. Jânio Daniels Gualberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-4882 / POT 6514
Assinatura do médico: J. Daniels
Local e data da realização do exame médico:
Joacaudu, 18/11/2021

