



Número: **0801185-65.2019.8.20.5135**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Almino Afonso**

Última distribuição : **07/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.485,62**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
JOSE ALVES DO NASCIMENTO SEGUNDO (AUTOR)		IVANILSON CARLOS BELARMINO DE AMORIM FILHO (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
75109 409	28/10/2021 11:52	<a href="#">Laudo Pericia Jose Alves</a>
		Tipo
		Laudo Pericial

### Informações da Vítima

Nome completo:

HOSÉ ALVOS JO MASCIO NOGUEIRA SOBRINHO

CPF:

000424074-26

Endereço completo:

RUA DIP. VILA CHACOIS, 422, CENTRO,  
ALMIRIM - RIO GRANDE DO NORTE

### Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

#### Informações do acidente

Local: NATAL/RN

Data do Acidente: 21/11/2018

#### Avaliação do Médico Perito Legista

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

a)  Sim

b)  Não

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):

l mao esq c/ l edema

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio fisi-  
co da Vítima; que sejam evolutivas e temporalmente com-  
patíveis com o quadro documentado no primeiro atendi-  
mento 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?

a)  Sim

b)  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 fisi- da Vítima.

Coluna rigidificada  
pe cor 1 dan pente

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

a)  Sim, em que prazo:

b)  Não

Em caso de encadramento na opção "a" do item IV  
ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preen-  
cher 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) per-  
manente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a trata-  
mento 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) corpo-  
ral(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instru-  
mento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a)  Total (Dano anatômico e/ou funcional permanente  
que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou men-  
tal 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 11.845/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

**Segmento  
Anatômico**

Marque aqui o percentual:

1ª Lesão

*Pt esq*

<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input checked="" type="checkbox"/> 25% Leve
<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa

2ª Lesão

*M 5 G*

<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input checked="" 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 representados:

Data da realização do exame médico legal:

*27/10/2022*

*LEIA TUTELA DE PROTEÇÃO DA VITIMA*

*CHURGIA DO JOELHO*

*CABO 5429 - RQE 2147*

Espaço para assinatura do médico que realizou o perito

*Rua Nilo Peçanha, 702*

*(PRATA)*

*CEP 58400-516 - CAMPINA GRANDE-PB*

*FONE: (83) 3077-8223 98132-7310*

**Informações Complementares**