



Número: 0809695-64.2020.8.15.2001

## Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: 2ª Vara Cível da Capital

Última distribuição : 13/02/2020

Valor da causa: R\$ 7.087,50

## Assuntos: Acidente de Trânsito

## Segredo de justica? NÃO

Justica gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDINALDO SOARES DA FONSECA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

PROCESSO N° 0809695-64.2020.8.15.2001

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE**

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

Nome completo: EDINALDO SOARES DA FONSECA

CPF: 242.812.868-56

**Concordância com a realização da avaliação médica**

Declaro que as informações relatadas neste ato pericial 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 0809695-64.2020.8.15.2001, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual fui autor e que tramita na 2ª Vara Cível ou JEC da Comarca da Capital.

João Pessoa/PB, 17 de Dezembro de 2020.

*Edinaldo Soares da Fonseca*

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(es) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

*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.

*Fratura do 1º metacôndilo da mão direita. Realizado tratamento*

*cirúrgico (fixação com fios metálicos). Nega fisioterapia.*

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):

*Tratamento cirúrgico da fratura*

*Dr. Rosang B. Daide de Britto  
12/03/2021*

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: INALDO JOSE PAIVA NETO - 04/01/2021 11:32:25

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010411322521800000036412732>

Número do documento: 21010411322521800000036412732

Num. 38177356 - Pág. 1

