



Número: **0809016-64.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **11/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CARLOS ALVES CARDOSO (AUTOR)		DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
51381801	16/11/2021 20:28	0809016-64.2020	Documento de Comprovação

080 9016-64.2020

**AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**
(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/9/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974)

Informações da Vítima

Nome completo: Jose Carlos Alves Cardoso
CPF: 925.218.924-72
Endereço completo: R. Morgoude Spinelli - 253 - Tomba
JP

Informações do acidente

Local: B. Sot. José - JP
Data do Acidente: 06/10/2017

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 da indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figure como autor e que tramita na _____ Vara Cível ou JEC da Comarca de _____, estando ciente que a referida prova médico-legal será anexada aos autos, para fins de prova documental, nos termos do artigos 397 e 427 do CPC.

Jose Carlos Alves Cardoso
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);

olho direito

b) as alterações (distúrbios) 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.

Tratamento conservador de fratura do
plato tibial direito

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):



a) ☐ distúncões apenas temporárias

b) ☒ dano anômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

b) ☒ dano anômico e/ou funcional definitivo (sequeias)

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

mobiliário do filho direto

VI Em virtude da evolução da lesão e/ou do tratamento, faz-se necessário exame complementar?

☐ Sim, em que prazo:

☒ NÃO

☒ 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.

VII) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanentes(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anômico(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 aconetido:

8) ☐ Total

a) ☐ Total
(Dano anômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

b) ☒ Parcela

b) ☒ **Parcial**
(Dano anômico 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 ☐ **Pericel Completo** (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

b.2 ☒ **Parcial Incompleto** (Dano anatómico 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 8.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Sermão Anagnômico

Marque aqui o percentual

1.º Lesão

1ª Lesão hellho D ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☒ 50% Média ☐ 75% Intensa

2^o Lesão

2ª Lesão ☒ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

3^o Lendo

3º Lado ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

4th Lease

4ª Leião ☐ 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:

Assinatura do médico – CRM

Dr. Heuder Romero L. da Nóbrega
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB 5050 - TEO

Dr. Heuder Romero L. da Nóbrega
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PR 5050 - FONE 6511

