



Número: **0800239-59.2020.8.20.5135**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **19/03/2020**

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

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VICENTE ENEAS BEZERRA (AUTOR)	MAX REZZIERY FERNANDES SARAIVA (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75098 478	28/10/2021 10:16	<u>Laudo de Pericia Vicente Eneas</u>	Laudo Pericial

Informações da Vítima

Nome completo:

VICENTE GOMES 3620704

CPF:

046.800.184-02

Endereço completo:

RUA 10 DE DEZEMBRO, 240, CENTRO
LUZEROSA/PI

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do acidente

Local: ALMINO AZONSO/PI

Data do Acidente: 04/10/2019

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

anorexia

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.

anorexia

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):

anorexia

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/definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

anorexia

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 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(es) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo conitante 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 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 e 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 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido:

**Segmento
Anatômico**

Marque aqui o percentual.

1º Lesão

MSD

<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve
<input checked="" 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 mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

27/10/2021

Data da realização do exame médico legal:

DR. EDUARDO GOMES
CIRURGIA DO ADULTO
CRM-PB 5428 - RQE 2147

Rua do Parque, 300, Salas 7 e 8

CEP 58400-516 - CAMPINA GRANDE - PB
Fone: (83) 3077-8223 - 98132-2300

Informações Complementares

