



Número: **0801002-79.2019.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **05/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.015,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO GEOVÂNIO ALVES ROSENDO (AUTOR)		RAIMUNDO ANTUNES BATISTA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSIMARY ALVES RODRIGUES (REPRESENTANTE)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
30698740	15/05/2020 11:42	Contestação	Contestação
30699150	15/05/2020 11:42	2717132_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros Documentos
30699154	15/05/2020 11:42	2717132_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
30699155	15/05/2020 11:42	2717132_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180231620**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO GEOVANO ALVES ROSENDO**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA FRANCISCO GONÇALVES DE OLIVEIRA, S/N - CENTRO - Bom Sucesso - PB - CEP 58887-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SESPDS/RN**] **003559140**

Data e local do acidente: [**06/08/2017**] **BOM SUCESSO PB**

Data e local do exame: [**08/06/2018**] **Cajazeiras** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA. TRAUMA TORÁCICO COM HEMOTÓRAX.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA COM REALIZAÇÃO DE LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA, FOI REALIZADA ESPLENECTOMIA DEVIDO A HEMORRAGIA ABDOMINAL. REALIZADO DRENAGEM TORÁCICA EM SELO D'ÁGUA POR UM PERÍODO DE 8 DIAS. PERMANECU POR UM PERÍODO TOTAL DE 10 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA RELATA CEFALÉIA CRÔNICA, ALTERAÇÕES DE MEMÓRIA E USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DA DOR. REFERE DOR TORÁCICA DURANTE O TEMPO INSPIRATÓRIO. AO EXAME, APRESENTA CICATRIZ REFERENTE A ESPLENECTOMIA.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Esplenectomia, Dano neurológico

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

Esplenectomia

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PF 24411
TEOT 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180231620 **Cidade:** Brejo dos Santos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO GEOVÂNIO ALVES ROSENDO **Data do acidente:** 06/08/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. TRAUMA ABDOMINAL COM LESÃO ESPLÊNICA. TRAUMA TORÁCICO COM HEMOTÓRAX.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA RELATA CEFALÉIA CRÔNICA, ALTERAÇÕES DE MEMÓRIA E USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DA DOR. REFERE DOR TORÁCICA DURANTE O TEMPO INSPIRATÓRIO. AO EXAME, APRESENTA CICATRIZ REFERENTE A ESPLENECTOMIA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA COM REALIZAÇÃO DE LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA, FOI REALIZADA ESPLENECTOMIA DEVIDO A HEMORRAGIA ABDOMINAL. REALIZADO DRENAGEM TORÁCICA EM SELO D? ÁGUA POR UM PERÍODO DE 8 DIAS. PERMANECU POR UM PERÍODO TOTAL DE 10 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Esplenectomia, Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau residual - 10 %	1%	R\$ 135,00
Total			11 %	R\$ 1.485,00



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/06/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.485,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO GEOVANIA ALVES ROSENDO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000011780-0

Nr. da Autenticação ADD4286BE7888758

