



Número: **0006804-04.2019.8.17.2480**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Caruaru**

Última distribuição : **02/09/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JAQUELINE DA SILVA LOPES (AUTOR)	ROMICEDES SILVESTRE TOME (ADVOGADO(A))
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))
LUIZ ALFREDO LIMA FELIX (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10390 0327	26/04/2022 08:31	<a href="#">6804-04.2019</a>	Termo de Audiência

OK



Estado de Pernambuco

Poder Judiciário

Segunda Vara Cível da Comarca de Caruaru  
Fórum Juiz Demóstenes Batista Veras - AV JOSE  
FLORENCIO FILHO, - Mauricio de Nassau  
Caruaru/PE CEP: 55014837 Telefone: 081- 3725-  
7400

PROC. 0006804-04.2019.8.17.2480

REQUERENTE: JAQUELINE DA SILVA LOPES

ADVOGADO (A): AUSENTE

REQUERIDO: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

PREPOSTO(A): AUSENTE

ADVOGADO (A): - AUSENTE

DATA: 25/04/2022 - 09:50 horas

JUIZ DE DIREITO: DR. JOSÉ TADEU DOS PASSOS E SILVA

Aberta a audiência, proposta a conciliação, não houve acordo em virtude da ausência da  
do advogado da parte demandante e da parte demandada, Em seguida foi realizada pelo Dr.  
Luiz Alfredo, médico perito nomeado pelo Juízo da Vara, e a Dra. Andrea Rodrigues Madeira,  
portadora do CRM 19.953, assistente de perícia pela SEGURADORA LÍDER DOS  
CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, a perícia na parte autora, cujo laudo segue em  
anexo. Como nada mais foi dito determinou o MM. Juiz encerrar o presente termo, indo por  
todos assinado, e conclusão dos autos. Eu, José Guiraldo Sobral  
\_\_\_\_\_, Chefe de Secretaria, digitei e subscrevi.

Dr Luiz Alfredo Felix  
Médico  
CRM 233392

Jaqueline da Silva Lopes

Andrea R. Madeira  
CRM 19.953  
TOLEDO



**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)

**Informações da Vítima**

Nome completo: Jaqueiline da Silva Lopes  
CPF: 120.940.514-13  
Endereço completo: Rua Santa Luzia, 371. Salgado - Caruaru

**Informações do acidente**

Local: Caruaru  
Data do Acidente: 10/10/2019

**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 verificação do grau de invalidez permanente em razão do processo judicial nº 0006804-04.2019-324970, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 2ª Vara Cível ou JEC da Comarca de Caruaru.

Local, data.

- Jaqueiline da Silva Lopes  
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).

Fratura de Perna Operada

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 de Perna (Tibia e fíbula) esquerda.

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):

*ALC  
TOLEDO*



V) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a)  disfunções apenas temporárias  
 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 físico da Vítima.

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

Sim, em que prazo:

Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os 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) 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 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 acometido:

- Total  
Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

- 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 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatómico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão  10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

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

3ª Lesão  10% Residual  25% Leve  50% Média  75% Intensa

4ª Lesão  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:

Criciuma, 05/10/2022

Assinatura do médico - CRM

CRM 23392

Audrey R. Madalena  
CRM 15355  
Auel  
TOLEDO