



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
103900327	26/04/2022 08:31	6804-04.2019	Termo de Audiência

OK



Estado de Pernambuco

Poder Judiciário

Segunda Vara Cível da Comarca de Caruaru
Forum 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 Guiraildo Sobral _____, Chefe de Secretaria, digitei e subscrevi.

Jaqueline da Silva Lopes

Dr. Luiz Alfredo Felix
Médico
CRM 25332

Andrea R. Madeira
CRM 19.953
TOLETO



**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 Jaqueline 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 / 03 / 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 0006804-04.2019.8.18.2478 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.

- Jaqueline 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 Boneco Esquerdo

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.

Fratura de Boneco (Fíbula e tíbia) 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):

440
TOLEDO



V) 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 e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

V) 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 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(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(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:

- a) ☐ Total (Dano anatômico 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 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 Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

Pericardio de Pericardio

☐ 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:

Curitiba 05/04/2022

Assinatura do médico – CRM

[Assinatura]
Médico
CRM 23392

Alexia R. Madureira
M. 19955
TOLEDO

