



Número: **0800721-07.2020.8.20.5135**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **16/09/2020**

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
JOSE LEDIMAR DE OLIVEIRA (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
75104 556	28/10/2021 11:01	<u>Laudo Pericia Jose Ledimar</u>	Laudo Pericial

Informações da Vítima

Nome completo:

JOSÉ LUDIMAR SOUZA NOVIZA

CPF:

075050864-63

Endereço completo:

91410-0000 GRANDE, 1221, FONTE ALTA
LUCÍNIA (14) 3212-1222

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do acidente

Local: MCACIAS/PR

Data do Acidente: 29/12/2019

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);

Braco D

b) as alterações (distfunções) 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.

Fractura de membro superior

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);

Medidas terapêuticas

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

a) distfunções apenas temporárias

b) dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreversíveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Antebraço

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(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, a(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 integra 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 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.

Segmento
Anatômico

Marque aqui o percentual.

1ª Lesão

M.F.S.

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 abaixo apresentados:

Data da realização do exame médico legal:

17/10/2021
André Andrade NEGRINHO
Espaço Clínico Dr. André Negrinho
CKM-PB 5429 - Rua
Rua Nilo Peçanha, 59 - Salas 7 e 2
(PRATA)
CEP 52400-510 - CAMPINA GRANDE-PB
PHONE: (83) 3072-8223 08132-27

Informações Complementares

