



Número: **0813683-93.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/03/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                          |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                           |                |
|---------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| JOAO BATISTA DOS SANTOS (AUTOR) |                    | ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)<br>FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO) |                |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU)      |                    |                                                                                         |                |
| Documentos                      |                    |                                                                                         |                |
| Id.                             | Data da Assinatura | Documento                                                                               | Tipo           |
| 38315836                        | 12/01/2021 10:37   | <a href="#">Joao Batista dos Santos</a>                                                 | Laudo Pericial |

PROCESSO Nº 0813683-93.2020.8.15.2001

**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)

Nome completo: **JOÃO BATISTA DOS SANTOS**

CPF: 075.478.83427

**Concordância com a realização da avaliação médica**

Declaro que as informações relatadas neste ato pericial 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 **0813683-93.2020.8.15.2001**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figuro como autor e que tramita na 6ª Vara Cível ou JEC da Comarca da Capital.

João Pessoa/PB, 11 de Dezembro de 2020.

João Batista dos Santos  
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(regiões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Ombro Esquerdo

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 da clavícula esquerda,

realizado tratamento cirúrgico.

Nega fisioterapia.

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):

Dr. Rosana B. Duarte Pinheiro  
CRM 41426-20/GOIÂNIA  
12/01/2021

Digitalizada com CamScanner



PROCESSO Nº 0813683-93.2020.8.15.2001

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

- a) ☐ disfunções apenas temporárias
- b) ☒ dano anatómico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatómico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Limite leve da amplitude dos  
movimentos do ombro esquerdo.

Dor articular. ausência de atrofia mus-

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento, faz-se necessário exame complementar?  
cular em membro superior  
esquerdo.

☐ Sim, em que prazo:

☒ Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa do 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 susceptíveis a tratamento como sendo gerador(es) de dano(s) anatómico(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, afirmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total  
(Dano anatómico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) ☒ Parcial  
(Dano anatómico 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 anatómico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 ☒ Parcial Incompleto (Dano anatómico 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 de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com relação 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<br><u>OMBO ESQUERDO</u> | <input type="checkbox"/> 10% Residual <input checked="" type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 75% |
| Intensa                          |                                                                                                                                                    |
| 2ª Lesão                         | <input type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 75%            |
| Intensa                          |                                                                                                                                                    |
| 3ª Lesão                         | <input type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 75%            |
| Intensa                          |                                                                                                                                                    |
| 4ª Lesão                         | <input type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 75%            |
| Intensa                          |                                                                                                                                                    |

Observação: Havendo acordo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentado:

Nega trauma prévio no membro  
superior esquerdo!

Local e data da realização do exame médico:

Assinatura do médico - CRM

João Pessoa /PB, 11 de Dezembro de 2020

Rosana Bezerra Duarte de Paiva CRM-PB 4183

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: IZAURA GONCALVES DE LIRA - 12/01/2021 10:37:01

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011210370103000000036542264

Número do documento: 21011210370103000000036542264