



Número: **0846247-28.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado   |
|---|---|
| LUCIANO FELIPE (AUTOR)                                | ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)<br>JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) |
| COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A. (REU)                 | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)                                      |
| ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO) |   |

| Documentos   |                    |                                |                          |
|--------------|--------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Id.          | Data da Assinatura | Documento                      | Tipo                     |
| 53498<br>508 | 23/01/2022 06:51   | <a href="#">Luciano Felipe</a> | Documento de Comprovação |

**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: **LUCIANO FELIPE**

CPF: 018.785.344-40

**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 **0846247-28.2020.8.15.2001**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figuro como autor e que tramita na 5ª Vara Cível ou JEC da Comarca da Capital.

João Pessoa/PB, 18 de Janeiro de 2022.

*Luciano Felipe*  
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)?

Membro Superior Direito.

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 / Luxação de Golezzi  
direito + Fratura do S= metacarpo,  
realizado tratamento  
cirúrgico e sessões de fisioterapia

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim ☒ Não Redução aberta e fixação  
com placa e parafusos.

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

Fixação percutânea do  
S= metacarpo.

Dr. Rosana B. Duarte de Paiva  
Médica - CRM 4154-PA/ROD-154  
CPF: 587.758.542



**PROCESSO Nº 0846247-28.2020.8.15.2001**

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

- a) ☐ disfunções apenas temporárias
- b) ☒ dano 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.

leve redução da força no  
cone do membro superior direito.  
Desconforto com sobrecargas.

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

☐ Sim, em que prazo:

☒ Não

Dor crônica no membro su-  
perior direito.

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) 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, afirmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total (Dano anatômico e/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 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 anatômico

Marque aqui o percentual

1º Lesão

MEMBRO SUPERIOR

☐ 10% Residual

☒ 25% Leve

☐ 50% Média

☐ 75%

Intensa

2º Lesão

DIREITO

☐ 10% Residual

☐ 25% Leve

☐ 50% Média

☐ 75%

Intensa

3º Lesão

☐ 10% Residual

☐ 25% Leve

☐ 50% Média

☐ 75%

Intensa

4º Lesão

☐ 10% Residual

☐ 25% Leve

☐ 50% Média

☐ 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 em membro  
superior direito!

Local e data da realização do exame médico:

João Pessoa/PB, 18 de Janeiro de 2022

Assinatura do médico - CRM

Rosana B. Bezerra de Paiva  
CPF: 734.314-34  
CRM-PB 4183