



Número: **0842538-82.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/08/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes   |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                          |
|--|--------------------|--|--------------------------|
| JOSE ELIAS PEIXOTO RODRIGUES (AUTOR)                       |                    | WELLINGTON NÓBREGA VILAR (ADVOGADO)          |                          |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)             |                          |
| ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)      |                    |  |                          |
| Documentos   |                    |  |                          |
| Id.  | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo                     |
| 52554618   | 12/12/2021 06:59   | <a href="#">Jose Elias Peixoto Rodrigues</a> | Documento de Comprovação |

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE**

(Art. 31º da Lei 11.345 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974)

Nome completo: **JOSE ELIAS PEIXOTO RODRIGUES**

CPF: 020.524.174-35

**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 **0842538-82.2020.8.15.2001**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figuro como autor e que tramita na 14ª Vara Cível ou JEC da Comarca da Capital.

João Pessoa/PB, 30 de Novembro de 2021.

Jose Elias Peixoto Rodrigues  
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 Inferior 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 subtrocanterica do  
fêmur direito realizado trata-  
tamento cirúrgico (fixação com pla-  
ca e parafusos) e sessões de fisiotera-  
pia.

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 de Paiva  
Médica CRM 140940/CEP 19414  
CPF: 55.738.514-34



**PROCESSO Nº 0842538-82.2020.8.15.2001**

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.

Dor crônica no membro inferior  
direito. Déficit de força motora  
Restrição ao agachamento.

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou 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 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

|                        |                                       |  |                                    |                              |  |
|------------------------|---------------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------|--|
| 1ª Lesão               |                                       |  |                                    |                              |  |
| <u>MEMBRO INFERIOR</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% |  |
| <u>DIREITO</u>         |                                       |  |                                    |                              |  |
| 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 mem-  
bro inferior direito!

Local e data da realização do exame médico:

João Pessoa/PB, 30 de Novembro de 2021

Assinatura do médico – CRM

Rosana Bezerra Duarte de Paiva CRM-PB 4183

Dr. Rosana B. Duarte de Paiva  
Médica - CRM - 4183  
CPR - 591.111.111

Digitalizada com CamScanner