



Número: **0821121-32.2020.8.20.5106**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Mossoró**

Última distribuição : **29/12/2020**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSELIANE RAYANE PAULINO (AUTOR)	LUCAS JORDAO CANDIDO DE ARAUJO (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64863 708	29/01/2021 08:41	<a href="#"><u>2780304_CONTESTACAO_Anexo_03</u></a>	Documento de Comprovação

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3180596070  
Nome do(a) Examinado(a): Joseliane Rayane Paulino  
Endereço do(a) Examinado(a): R Pedro Reboucas, 34  
Salgadinho II Icapui CE CEP: 62810-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSPDC / CE ] 2007539679-8  
Data local do acidente: [ 27/09/2018 ]  
Data local do exame: [ 18/12/2019 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE CÚBITO ESQUERDO**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: EXAMES COMPLEMENTARES, ANALGESIA, TRATAMENTO CIRÚRGICO E REABILITAÇÃO COM FISIOTERAPIA MOTORA.**

**Complicações: PACIENTE RELATA REJEIÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE APÓS 05 MESES DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, TENHO QUE SER REALIZADO RÉTIRADA DESTE.**

Data da Alta: 29/09/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**CICATRIZ EUTRÓFICA EM REGIÃO DE COTOVELO ESQUERDO; ARCO DE MOVIMENTAÇÃO PRESERVADO; AUSÊNCIA DE CREPITAÇÃO ARTICULAR EM COTOVELO ESQUERDO; MOVIMENTO DE PRONOSUPINAÇÃO PRESERVADO.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**(X) Sim**  **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

**Sim** **(X) Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

**(X) "Sem sequela permanente"**

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. Raphael Bergson de Araujo Carneiro  
Carimbo: Sindicato dos Médicos do Ceará (Sindicômetro)  
CPF - 021.639.013-35  
CRM/CE - 17614

