



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
64863708	29/01/2021 08:41	2780304_CONTESTACAO_Anexo_03	Documento de Comprovação

**Lauda 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 RETIRADA DESTES.
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. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (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 (*).
- | | |
|---|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>(X) "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Seqüela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):</p> <p>% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Raphael Bergson de Araujo Carneiro
SEGRE CPF - 021.639.013-35
CRM/CE - 17614

