



Número: **0800107-65.2021.8.20.5135**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Almino Afonso**

Última distribuição : **27/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JAKSON MARIANO DA SILVA (AUTOR)	PEDRO EMANOEL DOMINGOS LEITE (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75107 265	28/10/2021 11:32	<u>Laudo Pericia Jackson</u>	Laudo Pericial

Informações da Vítima

Nome completo:

JAKSON MARIA ANDRADE

CPF:

085715634-87

Endereço completo:

54110-640 CEP 69.300-000, ZONA DA TURMA, RUA DO SOL
60759-000

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do acidente

Local: RUA DO SOL, 60759-000

Data do Acidente: 19/03/2020

Avaliação do Médico Perito Legista

II) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

a) Sim

b) Não

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

III) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(es) corporal(is) encontra(m) -se acometida(s);

P/ D/IN

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio fisi-
co da Vítima; que sejam evolutivas e temporalmente com-
patíveis com o quadro documentado no primeiro aten-
dimento médico hospitalar, considerando-se as medidas
terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Amputação 1/4

P/ D/IN

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

a) Sim

b) Não

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

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 patri-
mônio fisi- da Vítima.

1/4 da
amputação

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

a) Sim, em que prazo: _____

b) Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV
ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preen-
cher 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) per-
manente(s) que não seja(m) mais suscetível(s) a tratar-
amento como sendo geradora(s) 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) corpo-
ral(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instru-
mento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) Total (Dano anatômico ou funcional permanente
que comprometa a integra do patrimônio fisi- e/ou men-
tal da Vítima).

b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente
que comprometa apenas parte do patrimônio fisi- 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 da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação 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.

1^ª Lesão

1º DIR

<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve
<input type="checkbox"/> 50% Média	<input checked="" type="checkbox"/> 75% Intensa

2^ª Lesão

<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve
<input type="checkbox"/> 50% Média	<input checked="" type="checkbox"/> 75% Intensa

3^ª Lesão

<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve
<input type="checkbox"/> 50% Média	<input checked="" type="checkbox"/> 75% Intensa

4^ª Lesão

<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve
<input type="checkbox"/> 50% Média	<input checked="" type="checkbox"/> 75% Intensa

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

27/10/2021
Data da realização do exame médico legal.

*DR. Nilo Peçanha (JOEL P. CIRURGIA 2147
PRATO) RQE 5426*
Código para identificação do médico-legista perito
Rua Nilo Peçanha (JOEL P. CIRURGIA 2147
PRATO) RQE 5426
CAMPINA GRANDE-PB
CEP 58400-615 - (83) 3077-8223 98132-2300

Informações Complementares

