



Número: **0807010-50.2021.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **04/03/2021**

Valor da causa: **R\$ 14.707,97**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
AFONSO MICHEL DINIZ DE TOLEDO (AUTOR)	FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO) ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
52554 621	12/12/2021 07:01	<u>Afonso Michel Diniz de Toledo</u>	Documento de Comprovação

PROCESSO N° 0807010-50.2021.8.15.2001

**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)

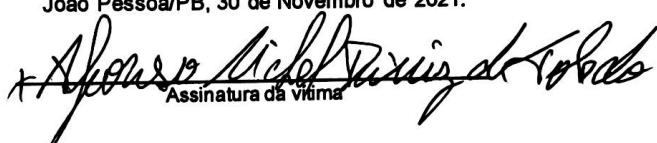
Nome completo: AFONSO MICHEL DINIZ DE TOLEDO

CPF: 070.180.984-16

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 **0807010-50.2021.8.15.2001**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual fui autor e que tramita na 14ª Vara Cível ou JEC da Comarca da Capital.

João Pessoa/PB, 30 de Novembro de 2021.


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 prosseguirem caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Punho Esquerdo

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 do rádio distal esquerdo, realizado tratamento cirúrgico (redução e fixação percutânea).
Não realizou sessões de fisioterapia.

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):

Cirurgia

Dr. Rosana Bezerra Duarte de Paiva
Médica - CRM-PB 19414
CPF: 587.738.514-34

Digitalizada com CamScanner



PROCESSO N° 0807010-50.2021.8.15.2001

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 restrição de mobilidade do punho esquerdo. Dor articular.
Ausência de atrofia muscular no
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 integra 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 PUNHO ESQUERDO 10% Residual 25% Leve 50% Média 75%

Intensa

2º Lesão 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:

Negó trânsito prévio em
punho esquerdo!

Local e data da realização do exame médico:

João Pessoa/PB, 30 de Novembro de 2021

Assinatura da médica - CRM

Rosana Bezerra Duarte de Paiva CRM-PB 4183

Rosana B. Duarte de Paiva
CRM-PB 4183
Médica
CRM-PB 4183
CPI 31.11.14

Digitalizada com CamScanner

