

CHECK LIST - MOTIVOS DE CONCILIAÇÃO - DPVAT			
ESCRITÓRIO RESPONSÁVEL: JBAA		AUDIÊNCIA:	
ÚNICA () VC () JEC () TJ		COMARCA: CAPITÃO DE CAMPOS	
		UF: PI	
DADOS DO PROCESSO			
AUTOR	NOME: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA		
	() VITIMA () BENEFICIÁRIO () REP. LEGAL	DATA DO AJUIZAMENTO:	
Nº PROCESSO (CNU)	000047-82 2007 3 18 0088		DATA DA CITAÇÃO:
VITIMA	NOME:		
	CPF: 321.016.355-34	() INCAPAZ	() MENOR
EX ADVERSO	NOME: FRANCISCO ABIEZEL RABELO DANTAS		OAB/UF: 3.618 - OAB/PI
PROGNÓSTICO	() PROVÁVEL () POSSÍVEL () REMOTO		
OBJETO	() INVALIDEZ INTEGRAL () INVALIDEZ DIFERENÇA () OUTROS		
DADOS DO VEÍCULO ENVOLVIDO	PLACA:	CATEGORIA:	() 00 () 01 () 02 () 03 () 04 () 08 () 09 () 10 () 99
INVALIDEZ PERMANENTE			
LAUDO NOS AUTOS?	() NÃO () IML () JUDICIAL () PARTICULAR () MUTIRÃO ANTERIOR () OUTROS:		
LESÃO APURADA	() 10% () 25% () 50% () 75% () 100%		
AVALIAÇÃO MÉDICA NO MUTIRÃO:	1. <u>SIST. MEMÓRIA CENTRAL</u> () 10% () 25% () 50% () 75% () 100% 2. _____ () 10% () 25% () 50% () 75% () 100% 3. _____ () 10% () 25% () 50% () 75% () 100% 4. _____ () 10% () 25% () 50% () 75% () 100%		
EMPRESA MÉDICA	NOME: <u>C.P.S.</u>		
PERITO JUDICIAL	NOME: <u>MIGUEL ANGELO</u>		
ASSISTENTE TÉCNICO	NOME: <u>DOUGLAS MENDES</u>		
MORTE			
DATA DO ÓBITO:	CERTIDÃO DE ÓBITO	BENEFICIÁRIOS:	QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS:
____/____/____	() SIM () NÃO	() CÔNJUGE () FILHOS () OUTROS:	
VERIFICAÇÃO MEGADATA			
PAGAMENTO ADMINISTRATIVO	() SIM (X) NÃO		Obs:
NATUREZA DO SINISTRO:	() 1 - MORTE (X) 2 - INVALIDEZ () 3 - DAMS		RUBRICA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA CONSULTA: <u>LESÃO SIST. MEMÓRIA CENTRAL 25%</u> <u>R\$ 3.375,00</u>
VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:	R\$: NÃO		
Nº SINISTRO ADM:	DATA DO PAGAMENTO: ____/____/____		
NATUREZA DO SINISTRO:	() 1 - MORTE () 2 - INVALIDEZ () 3 - DAMS		
VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:	R\$:		
Nº SINISTRO ADM:	DATA DO PAGAMENTO: ____/____/____		
PAGAMENTO JUDICIAL	() SIM () NÃO		
NATUREZA DO SINISTRO:	() 1 - MORTE () 2 - INVALIDEZ () 3 - DAMS		
VALOR DO PAGAMENTO JUDICIAL:	R\$:		
Nº SINISTRO JUD:	DATA DO PAGAMENTO: ____/____/____		
ACORDO	() SIM () NÃO		
	MOTIVOS PARA NÃO REALIZAÇÃO DO ACORDO		
() SIM	() AUTOR NÃO COMPARECEU	() B.O. SUPERIOR A 30 DIAS	() PROCESSO EM FASE DE EXECUÇÃO
Principal:	() NÃO ACEITOU PROPOSTA	() COISA JULGADA	() PROCESSO EXTINTO SEM RESOLUÇÃO DE MÉRITO
R\$: _____	() AUDIÊNCIA CANCELADA/RETIRADA DE PAUTA	() ILEGITIMIDADE ATIVA/PASSIVA	() PROCESSO SEM CITAÇÃO
Correção + Juros: () 75% () 50% () 25%	() AUSÊNCIA DE COBERTURA	() INDÍCIOS DE IRREGULARIDADE	() PROGNÓSTICO POSSÍVEL/REMOTO
R\$: _____	() AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS	() JÁ EXISTE ACORDO NOS AUTOS	() REGULAÇÃO 4 (PENDENTE PAGAMENTO ADMINISTRATIVO)
Honorários (limitados a 10%):	() AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE	() JÁ EXISTE PAGAMENTO JUDICIAL NOS AUTOS	() REGULAÇÃO 2/3 () _____
R\$: _____	() AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL	() LITISPENDÊNCIA	() REGULAÇÃO 8 (INDÍCIOS DE IRREGULARIDADE)
Total do acordo:	() AUSÊNCIA DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO	() PEDIDO JULGADO IMPROCEDENTE	() SINISTRO ADIMPLIDO NA VIA ADMINISTRATIVA
R\$: _____	() AUTOR DESASSISTIDO	() PRESCRIÇÃO	() VITIMA ANUA EM TRATAMENTO
() NÃO	() AUTOR FALECEU	() PROCESSO COM TRAMITAÇÃO INFERIOR A 12 MESES	() RENÚNCIA (MARCAR TAMBÉM O MOTIVO NAS OPÇÕES ANTERIORES)

**AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**

[Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

CNIS

Informações da Vítima

Nome completo: Francisco de Assis da Silva
CPF: 321 016 355 - 34
Endereço completo: Arade Novo, Município de Local de Telha

Informações do acidente

Local: Próximo ao Supermercado Carrefour em São José dos Campos, São Paulo
Data do Acidente: 1 / 1 2002

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação em razão do processo judicial nº _____, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na _____ Vara Cível ou JEC da Comarca de _____ - ().

Capitão de Campos-PI; 11 - 07 - 2018

Francisco de Assis da Silva
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(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);

Tórax 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.

DISTÚRBIO MEMÓRIA.

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. Miguel Angelo Reis Filho
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PI 1369 DEOT 14377

CNIS

- Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

ДҶОА, ҶАМЪ ТҶРО -

USPACT.

 Não

Assinatura do médico - CRM
Dr. Miguel Angelo Reis Filho
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PI 4269 TEOT 14377

Scanned by CamScanner

**PARECER MÉDICO
DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA**

CNIS

7

Informações da Vítima

Nome completo: Francisco de Assis da Silva

CPF: 321.016.800-34

Endereço completo: _____

Informações do acidente

Local: _____

Data do Acidente: 19/12/2009

Avaliação Médica

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Prejudicado

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

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

Traumatismo craniano (Sistema Nervoso Central)

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.

Traumatismo craniano. Tratamento conservador.

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) e, se for o caso, se as mesmas já estavam prescritas no momento da avaliação administrativa:

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.

Deficiência física. Dificuldade em responder as perguntas feitas pelo médico.

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de 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 ao 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 susceptível(is) a tratamento 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) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação e, se for o caso, a partir do pagamento administrativo indicar: agravamento, melhora e/ou nova lesão:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total

(Dano anatômico 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 da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.184/74 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

1ª Lesão

Sistema Nervoso Central

☐

10% Residual

☒

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

2ª Lesão

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

3ª Lesão

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

4ª Lesão

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

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

JUSTIFICATIVA DE CONCORDÂNCIA COM A PERÍCIA JUDICIAL:

Em laudo administrativo
concordo com a pericia judicial, conforme
minha pericia presencial.

JUSTIFICATIVA DE DIVERGÊNCIA DA PERÍCIA JUDICIAL:

Local e data da realização do exame médico:

Capitão de Campos, 11/02/18

Assinatura do Assistente Técnico – CRM

Dra. Doris M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
JUÍZO DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE CAPITÃO DE CAMPOS-PI

CERTIDÃO

Certifico, a pedido dos advogados Herison Helder Portela Pinto OAB-PI N° 5367, Wando Santos da Silva OAB-PI N° 13.286 e Laércio Aragão da Silva OAB-PI N° 13.043, que não fora possível a realização de audiência nos processos n°s 0000454-49.2011.8.18.0088, 0000237-93.2017.8.18.0088, 0000276-61.2015.8.18.0088, 0000016-52.2013.8.18.0088, 0000047-82.2007.8.18.0088, 0000551-15.2012.8.18.0088 e 0000349-38.2012.8.18.0088 (os quais foram realizadas perícias nesta data), para fins de manifestação sobre o conteúdo do laudo pericial juntado aos autos e produção de debates finais pelas partes, haja vista a ausência do patrono da parte autora. É o que importa certificar. O referido é verdade e dou fê.//

Capitão de Campos-PI, 11 de Julho de 2018.

EMANUEL SOARES CARVALHO
ASSESSOR DO MAGISTRADO – MATRÍCULA 27945