



Número: **0813803-93.2018.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **20/08/2018**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ERMESON JOSE DE LIMA SANTOS (AUTOR)	RAYSSA DOMINGOS BRASIL (ADVOGADO) PATRICIA ARAUJO NUNES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34661 307	23/09/2020 14:08	<a href="#"><u>2020_09_23_13_58_36</u></a>	Laudo Pericial

**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)

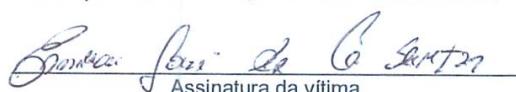
Nome completo: **ERMESON JOSE DE LIMA SANTOS**

CPF: 068.746.934-17

**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 **0813803-93.2018.8.15.0001**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figuro como autor e que tramita na 10ª Vara Cível ou JEC da Campina Grande.

Campina Grande/PB, 16 de Setembro de 2020.

  
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(regiões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Ombro Direito

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.

Luxação acromio clavicular  
direita! tratamento conservador e  
princípios, posteriormente cirurgicos.  
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):

*Dr. Rosana B. Duarte de Paiva  
Médica - CRM-PB/CRRNPE 1114  
CPF: 081.735.314-31*



**PROCESSO N° 0813803-93.2018.8.15.0001**

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.

Restrições com abduções, rotação extensão e elevações ás ombras direito. Dor articular.

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

Sim, em que prazo: Restrições com sobre cargas.

Não Ausência de dor e musculatura membros superiores.

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.

Límite importante de amplitude dos movimentos de ombro D.

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 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 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

OMBRO DIREITO

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:

NEGATRÁUMA PRÉVIO EM OMBRO  
DIREITO!

Local e data da realização do exame médico:

Campina Grande /PB, 16 de Setembro de 2020

Assinatura do médico – CRM

Rosana Bezerra Duarte de Paiva CRM-PB 4183

Dra. Rosana Bezerra Duarte de Paiva  
Médica • CRM-PB 4183  
CPF: 587.171-11