



Número: **0801770-62.2018.8.20.5100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Assu**

Última distribuição : **22/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  |                    | Procurador/Terceiro vinculado                       |                          |
|---|--------------------|---|--------------------------|
| ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA (AUTOR)                       |                    | CAIO CESAR ALBUQUERQUE DE PAIVA (ADVOGADO)          |                          |
| Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU) |                    | LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)            |                          |
| Documentos  |                    |   |                          |
| Id.   | Data da Assinatura | Documento   | Tipo                     |
| 69705<br>279  | 10/06/2021 08:46   | <a href="#">DPVAT - ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA</a> | Documento de Comprovação |

Eduardo Chagas Carvalho  
Médico CRMPB 5638/CRM RN 6860

PROCESSO Nº: 0801770-62.2018.8.20.5100

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE BENEFÍCIO DO  
SEGURO DPVAT**

(Art. 31º da Lei 11.945 de 04/06/2009  
que altera a Lei 6.194 de 14/12/1994)

Nome completo: Rosivaldo Severino da Costa

CPF: 705.180.884-21

Endereço completo: Avenida Prefeito Walter de Sá Leitão, 531, Novo Horizonte, Assú-RN.

**Informações do acidente**

Local: Assú-RN.

Data do Acidente: 03/09/2016

Descrição do Acidente: Periciado era condutor em uma moto que perdeu o controle ao colidir com um animal na via.

Concordância com a realização da avaliação médica.

**Avaliação Médica**

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

(X) 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)?  
TCE.

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.

Sim as lesões são compatíveis temporalmente e com o mecanismo de trauma relatado.

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

( ) Sim (X) 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:



- ( ) disfunções apenas temporárias

- (X) dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivos presentes patrimônio físico da vítima.

O autor refere cefaleia, tontura e esquecimento.

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

( ) Sim, em que prazo:

(X) 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 04 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, afirma a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- ( ) Total

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

- ( ) 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 seguimento corporal da vítima).

b.2 (X) Parcial Incompleto.

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) seguimento corporal da vítima).

b.2.1( ) Informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, § do art.3º da Lei 6194/74 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 |
|---|--------------------------|
| 1° Lesão ( )10% Residual ( )25% Leve (X)50% Média ( )75% Intensa  |                          |
| <b>Lesões neurológicas</b>  |                          |
| -----   |                          |
| 2° Lesão ( )10% Residual ( )25% Leve ( )50% Média( )75% Intensa   |                          |
| -----   |                          |
| 3° Lesão ( )10% Residual ( ) 25% Leve ( )50% Média ( )75% Intensa |                          |
| -----   |                          |
| 4° 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 apresentados:

VII Quesitos das Partes

Quesitos do DPVAT

1) A vítima já foi submetida aos tratamentos médicos capazes de minimizar o dano? É acometida de invalidez permanente?

**Sim. Sim.**

2) Em caso de invalidez permanente, esta é decorrente do acidente narrado pela parte Autora na petição inicial ou oriunda de circunstância anterior?

**Sim, decorre do acidente narrado.**

3) Restando constatada a invalidez permanente, esta caracteriza-se como TOTAL OU PARCIAL?

**Parcial.**

4) Em sendo comprovada a invalidez permanente PARCIAL, é completa ou incompleta? Qual o grau apresentado?

**Lesão parcial incompleta média de Lesões neurológicas.**

*Eduardo Chagas*  
**DR. EDUARDO CHAGAS CARVALHO**  
**MÉDICO DO TRABALHO**  
**CRM-PB 5638 CREMERN 6860**

Local e data da realização do exame médico: Assinatura do médico perito-CRM  
 Assú, 31 de maio de 2021

Requer a expedição de alvará para levantamento dos honorários periciais.

