



Número: **0000429-26.2019.8.17.2370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca do Cabo de Santo Agostinho**

Última distribuição : **01/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 20.792,98**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GEORGE GONCALVES DE LIMA (AUTOR)		ANDERSON JOSE DAS NEVES SILVA (ADVOGADO)	
JOSEFA TEIXEIRA DA SILVA LIMA (AUTOR)		ANDERSON JOSE DAS NEVES SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSÓCIOS DE SEGURO DPVAT (RÉU)		JOAO ALVES BARBOSA FILHO (ADVOGADO)	
HERMES FISCHER DE LYRA (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45679383	24/05/2019 16:13	429-26.2019 - GEORGE	Laudo Pericial

1

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE

(Art. 31º da Lei 11.945 de 04/06/2009 que altera a lei 6.194 de 14/12/1974)

Informações da Vítima
Nome completo: GEORGE GONÇALVES DE LIMA
CPF: 091.142.624-87
Endereço completo: RUA JOÃO MARINHO ESPINDOLA N° 6B COMARCA DO CABO DE SÃO AGOSTINHO 54520-150
Local: BR 101 - ALAGOAS
Data do acidente: 25/06/18

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicados, 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 0000429-26-2019-8-17.2370 para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 5ª Vara cível ou JEC da Comarca do Cabo de Santo Agostinho - PE.

Cabo de São Agostinho 01/05/19
Local e data

George Gonçalves de Lima
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
Se prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informado:

a) Qual (quais) região (ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

OMBRO (E) / PUNHO (E) / MEMBRO SUPERIOR (E) (MSE)

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 RADIO DISTAL E FECHADA
DEFICIT DE MOVIMENTAÇÃO DO MSE, HEMATOMA
IMPORTANTE EM OMBRO (E)

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):

IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) () disfunções apenas temporárias

b) ☒ dano anômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

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

DEBILIDADE TOTAL DO OMBRO (E), PUNHO (E)
MÃO (E)



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

() Sim, em que prazo :

(X) Não

Em caso de enquadramento na opção 'a' do item IV ou da 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:

Segmento corporal acometido: MSE (MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO)

a) (X) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que compromete 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 6.194/74 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

1ª lesão

() 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:

Local e data da realização do exame médico :

Cabo de Santo Agostinho-PE, 07/05/19

Assinatura do médico assistente – CRM

Assinatura do médico perito- CRM

Dr. Hermes Fischer
Médico
CRM 12216

