



Número: **0800394-24.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional de Mangabeira**

Última distribuição: **19/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA (AUTOR)</b>	<b>RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO)</b> <b>RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)</b> <b>FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
26165 405	12/11/2019 17:27	<a href="#"><u>LAUDO 0800394-24.2019</u></a>

18

**AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**  
(Art. 31 da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974)

Nº DO PROCESSO: 0800394-24.2019.8.15.2003

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

AUTOR: SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

RUY NEVES AMARAL DA ROCHA CPF: 088.456.874-14, SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA CPF: 112.186.514-31, RENAN DE CARVALHO PAIVA CPF: 090.459.114-00, FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO CPF: 089.524.534-50

Nome: SAMUEL FELIPE SANTOS DE OLIVEIRA

Endereço: R DESEMBARGADOR JOÃO SANTA CRUZ DE OLIVEIRA, 454, FUNCIONÁRIOS II, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58078-100

**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)?

CLAVICULA DIREITA (ORO E QUERDA)  
OMOBRIO 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.

HOUVE FRATURA DA DIREITA DA CLAVICULA ESQUERDA  
TRATADA COM ORTOPEDIA.

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 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.

DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR P DA AMPLITUDE  
DO MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO

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(es) permanente(s) que não seja(m) mais suscetíveis 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 a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

05/11/2019 18:08



(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 8.194/74 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

1º Lesão

OMERO ESTUFADO

Marque aqui o percentual

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:

Local e data da realização do exame médico:

J. Pessoa - PB, 12/11/19

Assinatura do médico - CRM

*Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira*  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-5221 TEOT 7702

*Ernesto Loewenbach Neto*  
MEDICO  
CRM - PB 10.690

*P/ Acq Gestão de Saúde*

05/11/2019 18:08

