



Número: **0802486-61.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **25/01/2019**

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

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO BATIST COSTA (AUTOR)	EZANDRO GOMES DE FRANCA (ADVOGADO) THALES MARQUES DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38405 901	25/01/2019 11:30	<u>01 - Procuração</u>	Procuração
38405 920	25/01/2019 11:30	<u>02 - Documentos pessoais</u>	Documento de Identificação
38405 955	25/01/2019 11:30	<u>03 - Comprovante de residência</u>	Documento de Comprovação
38406 030	25/01/2019 11:30	<u>04 - Declaração de residência</u>	Documento de Comprovação
38406 075	25/01/2019 11:30	<u>05 - Documentos DPVAT</u>	Documento de Comprovação
38406 203	25/01/2019 11:30	<u>06 - Documentação médica</u>	Documento de Comprovação
38406 241	25/01/2019 11:30	<u>07 - Laudo da Justiça Federal - Auxílio-doença</u>	Documento de Comprovação



EZANDRO GOMES DE FRANÇA

ADVOCACIA

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

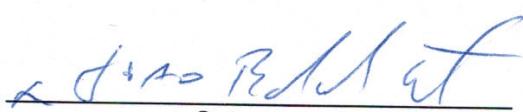
OUTORGANTE: JOÃO BATISTA COSTA , brasileiro, cortador, portador do CPF n 852.898.684-53, residente e domiciliado na Rua Nossa Senhora Aparecida, 23, Centro, São Gonçalo do Amarante/RN, CEP 59575-000.(84) 8498704 7587

OUTORGADO: EZANDRO GOMES DE FRANÇA, brasileiro, solteiro, advogado, regularmente inscrito na OAB/RN sob o nº 9.827, JOHNATHA BETEMILLER VIEIRA DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, regularmente inscrito na OAB/RN sob o nº 9.272, THALES MARQUES DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, OAB/RN 11.829, todos com escritório profissional na Avenida Lima e Silva, nº 1590, Lagoa Nova, Natal, Rio Grande do Norte, CEP 59.075-710, onde recebem intimações e notificações.

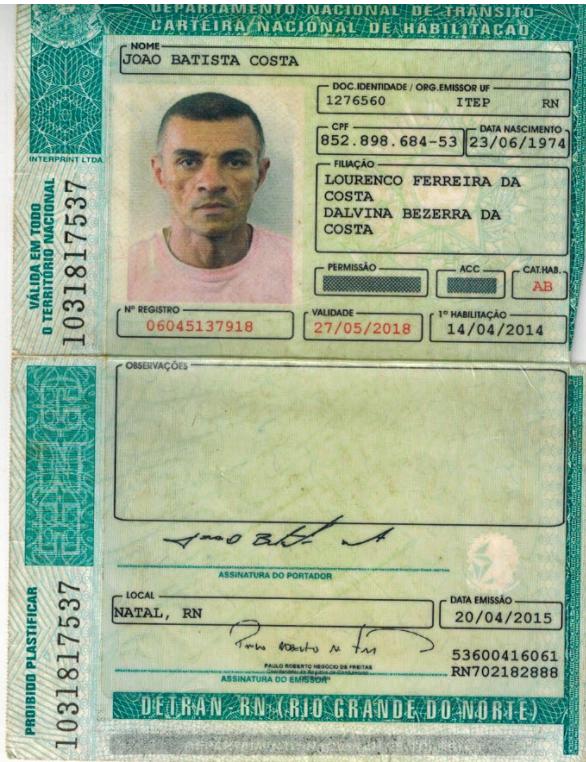
PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, e especialmente para: PROPOR AÇÃO CÍVEL perante a justiça estadual e Federal, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica. (Em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15).

Natal/RN, 22/01/2019.


Outorgante

Av. Lima e Silva, 1590 - Lagoa Nova, Natal/RN
Tel.: 84 9 9449-2219 | 9 8828-6601 - e-mail: ezandrofranca@egfadvocacia.adv.br





Termo Social de Energia Elétrica Criado pela Lei 10.408, de 26/06/2002
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Marmos, 170, Ribeiro, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Inscri. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA DAS CHAGAS COSTA

CPF: 852 896 804-97 NIS: 16190942394

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EDERAÇÃO
010557705	UNICA	04/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO SUPPLY	ESPAÇO LIBERADO
08/08/2018	3000688304	1390760

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV NOSSA SENHORA APARECIDA QUINTA
23

AMARANTE/ÁREA URBANA
SÃO GONÇALO DO AMARANTE, RN
59290-000

CONTROLE CONTRATO	MÊS ANO
0375601010	08/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
15/08/2018	08/09/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	65,6

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR
30.0000000	0,21807280	
70.0000000	0,37041070	
17.0000000	0,55561605	

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contribuição Iluminação Pública
ICMS-Parcela Subvençionada

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRAÇÃO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	COM
2150075194	CAT	08/07/2018	4.874,00	4.997,00	33	1,00000		

Brasileiro

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, JOÃO BATISTA COSTA, portador do CPF nº 852.898.684-53, declaro para os devidos fins que sou residente e domiciliado Rua Nossa Senhora Aparecida, 23, São Gonçalo do Amarante/RN, CEP 59.575-000.

Declaro ainda que não posso comprovar de residência em meu nome, razão pela qual junto aos autos comprovante de residência em nome de terceiros.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para efeitos legais.

Natal/RN, 05 de Setembro de 2018.



ATTESTADO O PRAZO DE 10 (dez) DIAS, A PARTIR DA DATA DA ASSINATURA DA PRESENTE DECLARAÇÃO, PARA QUE O PORTADOR POSSA SE DIRIGIR À SEDURB, NO ENDERECO: AVENIDA DIOGO DE OLIVEIRA, 1000 - CENTRO, NÚMERO 100, SALA 100, NO MUNICÍPIO DE SERRA, PARA APROVAR A RESIDÊNCIA.

ATTESTADO O PRAZO DE 10 (dez) DIAS, A PARTIR DA DATA DA ASSINATURA DA PRESENTE DECLARAÇÃO, PARA QUE O PORTADOR POSSA SE DIRIGIR À SEDURB, NO ENDERECO: AVENIDA DIOGO DE OLIVEIRA, 1000 - CENTRO, NÚMERO 100, SALA 100, NO MUNICÍPIO DE SERRA, PARA APROVAR A RESIDÊNCIA.

ATTESTADO O PRAZO DE 10 (dez) DIAS, A PARTIR DA DATA DA ASSINATURA DA PRESENTE DECLARAÇÃO, PARA QUE O PORTADOR POSSA SE DIRIGIR À SEDURB, NO ENDERECO: AVENIDA DIOGO DE OLIVEIRA, 1000 - CENTRO, NÚMERO 100, SALA 100, NO MUNICÍPIO DE SERRA, PARA APROVAR A RESIDÊNCIA.

PODITASOVPA SORIAQONH DE OTATINOS



Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2018

Carta nº: 13454338

A/C: JOAO BATISTA COSTA

Nº Sinistro: 3180439154
Vitima: JOAO BATISTA COSTA
Data do Acidente: 09/06/2018
Cobertura: DAMS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOAO BATISTA COSTA

Valor: R\$ 100,00

Banco: 237

Agência: 000003224-7

Conta: 0000057988-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO BATISTA COSTA

Nº Sinistro: 3180439154
Vitima: JOAO BATISTA COSTA
Data do Acidente: 09/06/2018
Cobertura: DAMS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180439154**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso é de até **30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13419326

Pag. 01393/01394 - carta_01 - DAMS





Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Segurança Pública e da Defesa Social
Polícia Civil
Delegacia Eletrônica



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: Complexo da Delegacias Especializadas, Av. Ayrton Senna, 3134, NEÓPOLIS, NATAL, FONE/FAX: 32321565

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018031000382 1.2 Data de Expedição: 05/09/2018 11.02.32
1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 09/06/2018 18:00.00 2.2 Autoria: Desconhecida
2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo
2.6 Tipo do local: Urbano
2.8 Número: SN
2.10 Complemento:
2.12 Bairro: NORDESTE
2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
2.15 Logradouro: AVENIDA INDUSTRIAL JOÃO FRANCISCO DA MOTA
2.9 CEP:
2.11 Ponto de Referência: PRÓXIMO A DROGARIA PAIVA
2.13 Cidade: NATAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOAO BATISTA COSTA 3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social:
3.5 Etnia: Parda 3.4 Pai: LOURENCO FERREIRA DA COSTA
3.6 Mãe: DALVINA BEZERRA DA COSTA
3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual: Heterossexual
3.9 CPF: 85289868453 3.10 Identidade de Gênero: Intersexo
3.11 Nacionalidade:
3.12 Data de Nascimento: 23/06/1974
3.13 Profissão: MODELISTA 3.14 RG: 1276560 - ITEP/RN
3.15 Telefone(s): 84 987047587 3.16 Passaporte:
3.17 Número: 23 3.18 Naturalidade: NATAL - RN
3.19 Bairro: QUINTAS 3.20 E-Mail:
3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: TRAVESSA NOSSA SENHORA APARECIDA
3.23 Cidade: NATAL 3.24 CEP: 59290000

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Chassi: *****50910 7.1.4 Renavam: 00214563316
7.1.5 Placa: MZI9344 7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
7.1.7 Marca: HONDA 7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS
7.1.9 Ano do Modelo: 2010 7.1.10 Ano de Fabricação: 2010
7.1.11 Cor do veículo: PRETA 7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA
7.1.13 Nota Fiscal:
7.1.14 Nome do proprietário: HERIO GOMES IRINEU 7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do condutor: O CONDUTOR É A PRÓPRIA VÍTIMA 7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:
7.1.17 Observações: CNH DO CONDUTOR: 06045137918 - CATEGORIA AB/RN

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE/VÍTIMA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA ESPECIALIZADA PARA RELATAR; QUE NO LOCAL, DATA, E HORA SUPRA MENCIONADAS; QUE TINHA ACABADO DE SAIR DA CASA DE SEU EX-SOGRO, E CONDUZIA A MOTOCICLETA COM DESTINO PARA A ZONA NORTE; QUE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO SEGUIA NO MESMO SENTIDO, E DE FORMA IMPRUDENTE, DEU-LHE UMA TRANCADA, OCASIÃO EM QUE PARA NÃO COLIDIR COM AQUELE VEÍCULO, CHOCOU-SE COM UMA MURETA, TENDO SE DESEQUILIBRADO, E CAÍDO AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO POR SEU EX-SOGRO EM UM VEÍCULO PARTICULAR, PARA O HOSPITAL DE NATAL, CONFORME BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGENCIA ORTOPÉDICA Nº 63, RECEBEU OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS; QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO EVADIU-SE DO LACAL DO ACIDENTE. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

REGISTRO DE BOLETIM PARA FINOS DE PLEITO DE SEGURO DPVAT
AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO DE RESPONSABILIDADE DO COMUNICANTE/VÍTIMA

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NO FOI COMPLEMENTADO)

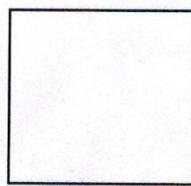
11. DECLARAÇÃO

O(s) declarante(s), sob as penas da Lei, confirmam que as informações aqui registradas são verdadeiras.

Data 05/09/2018 11.02.32

Policia
LUIZ ANTONIO PEREIRA DOS SANTOS
Agente da Polícia Civil
Matrícula nº 75.428-5

Interessado



Polegar direito

Atendimento: 754285 - LUIZ ANTONIO PEREIRA DOS SANTOS
Impresso por: 754285 - LUIZ ANTONIO PEREIRA DOS SANTOS em 05/09/2018 11:02:36

Protocolo: J2018031000382 - Código de autenticação: a473665ad125ed45b7dbcdce9230afcb

Página 1 2

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Henrique Gomes Inácio,
RG nº 001.299.122, data de expedição 14/09/17,
Órgão SSP-RN, portador do CPF nº 877.753.604-53, com
domicílio na cidade de Soló Gonçalo do A., no Estado de RN, com
residência na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Monsenhor Ararecida, trav. Edwingens nº 23
complemento _____ declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
João Batista Costa cujo o condutor
era João Batista Costa
Veículo: Moto
Ano: 2010
Modelo: Honda/CG 125 Fan RS
Placa: MZI 9344
Chassi: 9C2JC4110AR650910
Data do Acidente: 09/06/2018
Local e Data: Bairro Nordeste
NATB 09/19/18

Henrique Gomes Inácio
Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro, que não seja a vítima do acidente)





Hospital Municipal de Natal

Dr. Newton Azevedo

LAUDO MÉDICO PARA INTERNAÇÃO CIRÚRGICA

Estabelecimento Solicitante	CNES
Estabelecimento Executante	CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE <i>João Batista Costa</i>			
Cartão SUS <i>703 5023 3355 1430</i>	Data de Nascimento <i>23/10/1974</i>	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Idade: <i>43</i>
RG <i>1376960</i>	CPF <i>862 878 684-50</i>	Telefone(s) <i>93704 7527</i>	Tel. <i>23355 9503</i>
Responsável			
Endereço <i>Rua: Ribeirão 102 114</i>	Município <i>Porto</i>	UF <i>PE</i>	
Bairro <i>Fazenda Paster</i>			

LAUDO TÉCNICA E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>dor de Mts, ameaçando luxação crônico clássica a D que V</i>		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de Cirurgia</i>		
RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS <i>Rx - RGA em V</i>		
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Luxação Anomala clássica</i>	CID PRINCIPAL <i>543.1</i>	CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
DESCRÍÇÃO <i>Fracionamento cirúrgico de luxo</i>	CÓD <i>040801018-5</i>	
CLÍNICA/LEITO	CARÁTER DA INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ELETIVO <input type="checkbox"/> URGÊNCIA	
MÉDICO SOLICITANTE <i>Judson Azevedo</i>	CRM <i>6892</i>	DATA <i>09/06/18</i>
ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO <i>Dr Judson V. Azevedo Ortopedia e Traumatologia</i>	PREENCHER SE CASO DE CAUSA DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)	

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> ACID. TRABALHO	<input type="checkbox"/> VIOLENCIA _____	<input type="checkbox"/> OUTROS
---	---	--	---------------------------------

ESPECIFICAR:

SOLICITAÇÃO DE OPME- Órteses, Próteses e Materiais Especiais.

SOLICITAÇÃO

JUSTIFICATIVA

AUTORIZAÇÃO

AIH Nº _____

NOME DO AUDITOR RESPONSÁVEL	CNS/CRM
ASSINATURA E CARIMBO	DATA

CEAMI

CENTRO DE ATENDIMENTO
MÉDICO INTEGRADO

M. Jair Botelho, Pente
Acho que o paciente
faz importante deformidade
ortocervical com clivagem
por nódulos de luxação
cervicocervicais de V
grau pior clivagem.
Por isto sugiro este seu
andamento para os
fisioterapeutas e massagistas
dando-lhes o arco para
o número:
C1254381

Márcio Aurelio N. Luzia
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RN 3281

27-8-18

84 3214.2114 | 98621-9056
Av. Benedito Santana, 10 | Conjunto Amarante
São Gonçalo do Amarante/RN



*PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – 7^a VARA
FÓRUM MINISTRO JOSÉ DELGADO*

JUIZADO ESPECIAL FEDERAL CÍVEL DO RIO GRANDE DO NORTE

PROCESSO: 0518229-62.2018.4.05.8400T

NOME: JOÃO BATISTA COSTA

RESIDENCIA: Natal (Zona Urbana) - RN

DATA DA REALIZAÇÃO DA PERÍCIA: 30/11/2018

AUXÍLIO-DOENÇA E APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

1 - HISTÓRICO E EXAME CLÍNICO

Paciente relata que sofreu acidente de moto em 09/06/18, onde houve luxação acrômio-clavicular grau V., desde então está esperando a cirurgia. Atualmente não está fazendo uso de medicação, está aguardando a cirurgia pelo SUS. Reside com irmã e cunhado.

Ao exame:

- **Mãos:** sem calosidades.
 - **Ombro direito:** apresenta deformidade grande de articulação acrômio-clavicular. refere dificuldade para os movimentos de elevação e rotação interna.

Exame de imagem:

- 09/06/2018 – Rx ombros: Luxação acrômio-clavicular grau V à direita.

2 - PREAMBULARES

2.1) A parte autora é ou já foi paciente do(a) ilustre perito(a)?

2.2) Qual a idade da parte autora e seu grau de instrução?

Idade: 44 anos Grau de instrução: 7^a série.

2.3) QUAL A ÚLTIMA OCUPAÇÃO informada pela parte autora?

() RURAL - Agricultura / Pecuária ou Pesca Artesanal;

URBANO – empregado, doméstico ou avulso: **Cortador de couro.**

URBANO – autônomo, com contribuição:

URBANO – autônomo, sem contribuição:

Dona de casa;

Desempregado, e o último trabalho foi:

2.4) QUAIS OUTROS TRABALHOS, atividades ou biscoates já realizados?

PREJUDICADO: Informou não ter tido outra atividade além da atual/última;

RURAL - Agricultura / Pecuária ou Pesca Artesanal:

URBANO – empregado, doméstico ou avulso: **frentista, operador de máquina,...**

URBANO – autônomo, com contribuição:

URBANO – autônomo, sem contribuição:

Dona de casa;

2.5) A parte participou de Processo de Reabilitação Profissional?

NÃO, não há informação documental ou A parte não informou;

SIM, foi reabilitado para a função ou trabalho especificado abaixo:

3 – DOENÇAS, DEFICIÊNCIAS OU SEQÜELAS.

3.1) O(a) periciando(a) é portador(a) de alguma doença, deficiência ou de alguma seqüela decorrente de acidente/doença? Desde quando? Indique o perito uma data provável.

Não é portadora de nenhuma doença ou seqüela, conforme documentos apresentados;

Não apresentou documentos que permitam (ou confirmem) o diagnóstico médico;

É portadora de doença, deficiência ou seqüela, especificada adiante

- A(s) Doença(s) ou Seqüela(s) é (são), com **CIDs: Luxação acrômio-clavicular a direita.**

Cid: S43.1

- A data de início da doença ou sequela de acidente/doença é: **2018.**

Detalhamentos (se necessário):

3.2) A doença ou seqüela é reversível, levando em conta a idade e as condições sócio-econômicas do(a) periciando(a)? Há prognóstico favorável ou pessimista?

A doença é irreversível; A doença é reversível;

A seqüela é irreversível; A seqüela é reversível;

O prognóstico é ruim; O prognóstico é bom; prognóstico intermediário;

Detalhamento (se necessário, tratamento na rede pública e supervalorização dos sintomas):

3.3) O(a) periciando(a) está acometido(a) de: tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, neoplasia maligna, cegueira, paralisia irreversível incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado de doença de Paget (osteite deformante), síndrome da deficiência imunológica adquirida (AIDS) e/ou contaminação por radiação?

Resposta: Não Sim, qual?

4 – INCAPACIDADE OU LIMITAÇÃO

DA ATUAL (OU ÚLTIMA) PROFISSÃO: **Cortador de couro.**

4.1) A(s) doença(s), deficiência(s) ou seqüela(s) ocasiona(m), quanto à atual (ou última) atividade laborativa informada:

LIMITAÇÃO, ou seja, é possível o desempenho do trabalho informado, mas reduz a plena capacidade laborativa;

INCAPACIDADE, ou seja, incapacita para o exercício da última/atual atividade laborativa informada;

NÃO HÁ LIMITAÇÃO E NEM INCAPACIDADE, ou seja, apesar de ser portador de doença/seqüela informada acima, essa não inviabiliza e nem dificulta o trabalho;

Observações (se necessárias):

4.2) Havendo INCAPACIDADE para a atividade informada (atual ou última), é temporária ou definitiva? Caso a incapacidade seja temporária, qual o prazo ideal para tratamento o qual o (a) autor(a) não poderia trabalhar na sua atividade habitual ?

prejudicado, pois foi atestado haver apenas limitação ou nenhum reflexo laborativo;

incapacidade temporária (recuperação previsível em curto/médio prazo);

incapacidade definitiva (improvável recuperação)

Observações (se necessárias – prazo de incapacidade temporária): 3 meses após realizar a cirurgia para retornar ao trabalho.

DA ATIVIDADE DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL

4.3) A(s) doença(s), deficiência(s) ou seqüela(s) ocasiona(m), quanto à atividade para a qual foi reabilitado o segurado:

PREJUDICADO, não há prova/informação de reabilitação profissional;

LIMITAÇÃO, ou seja, é possível o desempenho do trabalho para o qual foi reabilitado, mas reduz a plena capacidade laborativa;

INCAPACIDADE, ou seja, há incapacidade de trabalho para o qual foi reabilitado;

NÃO HÁ LIMITAÇÃO E NEM INCAPACIDADE, ou seja, apesar de ser portador de doença/seqüela informada acima, essa não inviabiliza e nem dificulta o trabalho;

Observações (se necessárias):

DAS ATIVIDADES HABITUAIS NO CONTEXTO SÓCIO-ECONÔMICO

4.4) Em vista das atividades habituais do Periciando(a)/Autor(a) e do contexto sócio-econômico, a(s) doença(s) ou seqüela(s) ocasiona(m):

() NÃO HÁ LIMITAÇÃO E NEM INCAPACIDADE, ou seja, apesar de ser portador de doença/Seqüela informada acima, essa não inviabiliza suas atividades habituais e nem de outros trabalhos;

() LIMITAÇÃO, ou seja, é possível o desempenho dos outros trabalhos, mas há redução da plena capacidade;

(X) INCAPACIDADE TOTAL, ou seja, para todo e qualquer trabalho; **temporariamente.**

() INCAPACIDADE PARCIAL, NECESSITANDO DE REABILITAÇÃO PROFISSIONAL;

() INCAPACIDADE PARCIAL, DISPENSANDO REABILITAÇÃO PROFISSIONAL, podendo o periciando(a) trabalhar em atividades disponíveis no contexto sócio-econômico, tais como:

BRAÇAL: () nenhuma, () todas () algumas

MANUAL: () nenhuma, () todas () algumas –

TÉCNICA: () nenhuma, () todas () algumas

INTELECTUAL: () nenhuma, () todas () algumas

Outros detalhamentos (se necessário, indicação de atividades para as quais seria capaz (havendo capacidade parcial); incapacidade referente a trabalhos pretéritos):

5 -INÍCIO DA INCAPACIDADE e ADICIONAL INVALIDEZ

5.1) Qual a data de início da incapacidade?

() Quesito prejudicado em caso de não constatação de incapacidade;

(X) Juntamente com a Doença / Seqüela que o acomete: **09/06/2018, data do acidente.**

() Após a doença, decorrente de agravamento, em:

() Na data da entrada do ÚLTIMO requerimento administrativo, em:

() Na data da perícia médica judicial por não ter provas para estabelecer outra data;

() Outra data:

Observações (se necessárias – se acolhida outra data; incapacidade por período determinado; requerimentos anteriores ao último; se possível, explicitar razões da DII):

5.2) O(a) periciando(a) é capaz para realizar as atividades da vida diária (banhar-se, vestir-se, comer, passear, tomar medicamentos etc.) sem a ajuda de terceiros?

() Quesitos prejudicados em caso de não constatação de incapacidade;

(X) Sim, é capaz de realizar atividades diárias sem a ajuda de terceiro;

() Não, depende de terceiros para realizar atividades diárias.

Observações:

6 – ESCLARECIMENTOS DIVERSOS

Preste o(a) Sr(a). Perito(a) os esclarecimentos adicionais que considerar necessários.

Natal, 30 de novembro de 2018.



Dr. Eucimar P. Guimarães
Ortopedista e Traumatologista CRM/RN: 4316
Título de Especialista em Ortopedia e Traumatologia: 8030
Pós-Graduação em Perícia Médica pela Universidade Gama Filho