



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
38405901	25/01/2019 11:30	01 - Procuração	Procuração
38405920	25/01/2019 11:30	02 - Documentos pessoais	Documento de Identificação
38405955	25/01/2019 11:30	03 - Comprovante de residência	Documento de Comprovação
38406030	25/01/2019 11:30	04 - Declaração de residência	Documento de Comprovação
38406075	25/01/2019 11:30	05 - Documentos DPVAT	Documento de Comprovação
38406203	25/01/2019 11:30	06 - Documentação médica	Documento de Comprovação
38406241	25/01/2019 11:30	07 - Laudo da Justiça Federal - Auxílio-doença	Documento de Comprovação



EZANDRO GOMES DE FRANÇA

ADVOCACIA

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOÃO BATISTA COSTA, brasileiro, cortador, portador do CPF nº 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 9949-2219 | 9 8828-6601 - e-mail: ezandrofranca@egfadvocacia.adv.br

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1031817537

NOME
JOAO BATISTA COSTA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
1276560 ITEP RN

CPF
852.898.684-53

DATA NASCIMENTO
23/06/1974

FILIAÇÃO
LOURENCO FERREIRA DA COSTA
DALVINA BEZERRA DA COSTA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06045137918

VALIDADE
27/05/2018

1ª HABILITAÇÃO
14/04/2014

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
NATAL, RN

DATA EMISSÃO
20/04/2015

ASSINATURA DO EMPREENHADOR

53600416061
RN702182888

DETRAN - RN (RIO GRANDE DO NORTE)

PROIBIDO PLASTIFICAR

1031817537



Tarifa Social de Energia Elétrica - Criada pela Lei 10.438, de 26/04/2002
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Mermoz, 150 - Bairro Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 23055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCA DAS CHAGAS COSTA

CPF 852 898 804-97 NIS 16190942394

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORATV NOSSA SENHORA APARECIDA QUINT
23AMARANTE/AREA URBANA
SAO GONCALO DO AMARANTE RN
59290-000**CLASSIFICAÇÃO**B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico**CONTA CONTRATO****MÊS/ANO**

0375601010

08/2018

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PRÓXIMA LET

15/08/2018

08/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

65,6

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
010557705	UNICA	04/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO SUPLENTE	DATA DE EMISSÃO
08/08/2018	3000686304	13/07/2018

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR
Consumo Ativo até 30 kWh	30.0000000	0.21807290	
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70.0000000	0.37041070	
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	17.0000000	0.55581805	
Acréscimo Bandeira VERMELHA			
Contribuição Iluminação Pública			
ICMS-Parcela Subvencionada			

TOTAL DA FATURA**DEMONSTRAÇÃO DO CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Função	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CON
2156075104	CAT	08/07/2018	4.874,00	08/08/2018	4.991,00	30	1.0000		

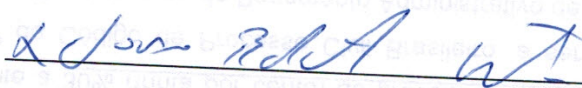
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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 possuo comprovante 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.



CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

Pag. 01681/01682 - carta_12 - DAMS



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

Pag. 01393/01394 - carta_01 - DAMS



00020697

Carta nº 13419326



Govorno 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 de 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

2.7 Logradouro: AVENIDA INDUSTRIAL JOÃO FRANCISCO DA MOTA

2.8 Número: SN

2.9 CEP:

2.10 Complemento:

2.11 Ponto de Referência: PRÓXIMO A DROGARIA PAIVA

2.12 Bairro: NORDESTE

2.13 Cidade: NATAL

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JOAO BATISTA COSTA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: LOURENCO FERREIRA DA COSTA

3.5 Etnia: Parda

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 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: HERIO GOMES IRINEU

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: O CONDUTOR É A PRÓPRIA VÍTIMA

7.1.18 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 URGÊNCIA ORTOPÉDICA Nº 63, RECEBEU OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS; QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO EVADIU-SE DO LOCAL DO ACIDENTE. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

9.3 Outras Providências

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

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO 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

Policial
Luiz Antonio Pereira dos Santos
Agente de 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 - Cdigo de autenticao: a473665ad125ed45b7dbcde9230afcb

Página 12

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Henio Gomes Inimem

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 São Gonçalo do A., no Estado de RN, com

residência na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Nossa Senhora Aparecida, Trav. Edwingen 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 KS

Placa: MZI9344

Chassi: 9C2JC4110AR650910

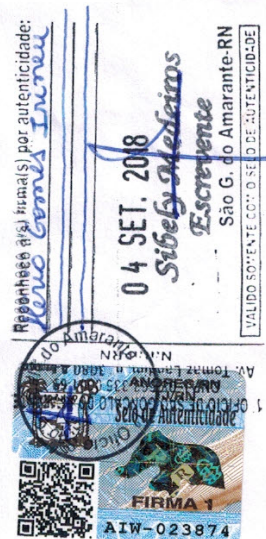
Data do Acidente: 09/06/2018

Local e Data: Bairro Nordeste
NATAL 04/9/18

Henio Gomes Inimem

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>708 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>852 898 684-50</i>	Telefone(s) <i>98704 7527</i>	
Responsável		Tel. <i>338 55 9503</i>	
Endereço <i>Rua: X da Paz 114</i>			
Bairro <i>Pim Pastor</i>	Município <i>Natal</i>	UF <i>RN</i>	

LAUDO TÉCNICA E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>queda do Mto, apresentando luxação crônica clavicula a D grau V</i>		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Idiomatico do Cunejo</i>		
RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS <i>Rx. Hx grau V</i>		
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Luxação crônica clavicula</i>	CID PRINCIPAL <i>S93.1</i>	CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO <i>Tratamento cirurgico de Hx</i>	CÓD <i>040801018-5</i>
CLÍNICA/LEITO <i>Ortopedia</i>	CARÁTER DA INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ELETIVO <input type="checkbox"/> URGÊNCIA
MÉDICO SOLICITANTE <i>Newton Azevedo</i>	CRM <i>6892</i>
ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO <i>Dr. Judson V. Azevedo</i> Ortopedia e Traumatologia	DATA <i>09/06/18</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSA DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> ACID. TRABALHO	<input type="checkbox"/> VIOLÊNCIA	<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

Al. João Batista Costa
Atento que o paciente
tem importante deformidade
ortocubos na região de
por regular de luxação
cervico-clavicular de V
grau por compressão.
Por esta razão esta
condição surge de
fracturas e melhora
distólicas do arca para
o membro.
CID 543.1

Múcio Aurélio N. Luzia
Ortopedista e Traumatologia
CRM/RN 3281

27.8.18

84 3214.2114 | 98621-9056
Av. Benedito Santana, 10 | Conjunto Amarante
55º Cangaço do Amarante/RN



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL – 7ª 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)?

() Sim (**X**) Não

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

Idade: **44 anos** Grau de instrução: **7ª 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 biscates 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 SEQUÊLAS.

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 (osteíte deformante), síndrome da deficiência imunológica adquirida (AIDS) e/ou contaminação por radiação?

Resposta: (X) 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;

(X) 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;

(X) 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:

(X) 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;

☒ 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;

☒ 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;

☒ 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