

Proc nº. 748.15.2019.8.06.0134

Vara :

Audiência:

Sala:

ANEXO I

AVALIAÇÃO PERICIAL

Art.31 da lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a lei 6.194 de 14/12/74

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nome completo: KLENO CARLOS DA SILVA MARTINSCPF: 609.393.923-56Endereço completo: RUA MARCELO DEODORO - 131 - NOVO ORIENTE - CE

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

Local: CENTRO - GUARANIOPOLIS - CEData do acidente: 31 / 03 / 2018

CONCORDÂNCIA COM A REALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

1. Declaro-me ciente da nomeação dos peritos judiciais, o Dr. FRANCISCO JOSÉ FROTA PRADO FILHO (CRM/CE Nº: 13246), e que me considero ciente e aceito a realização do exame por meio clínico, não havendo necessidade de profissional especializado, salvo se assim determinado pelo perito judicial.

Novo Oriente, / /

Assinatura do advogado

1. Declaro-me ciente do exposto no item 1.

2. Declaro que as informações de vítima e do acidente acima indicadas, são verdadeiras e que compareci neste ato, por livre e espontânea vontade, para realização de perícia judicial.

Novo Oriente, / /

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

Só prosseguir em caso de resposta positiva

II) Descrever o quadro clínico atual informado:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometido(s):

1 cotovelo (E)

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 as medidas terapêuticas tomadas na fase agudado trauma.

fratura cirúrgica com debridamento de
ulcera e tecido desvitalizado como cotovelo (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) Seguindo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) ☒ Disfunções apenas temporárias

b) () dano anatômico/ ou funcional definitivo (sequelas)

05/11/2019.

CHECK LIST - MUTUIROS DE CONCILIAÇÃO

AUDIÊNCIA: 05/11/2019.

UF: CE

Em caso de anatômico/ ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas no patrimônio físico da vítima

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 resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados:

VI) Segundo o previsto na lei 11.945 de 4 de julho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(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 no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) () Total (dano anatômico ou funcional permanente que comprometa 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 de 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

1º Lesão ☒ 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

Lesões apontadas pela parte, não reconhecidas por falta de comprovação de sua existência ou relação com o acidente

Falta de documentação para comprovar lesão em mão e perna

Crateús 05/11/19

Dr. Pco José Frota
Otorrinolaringologista
Cirurgião do Orelha, Nariz e Garganta
TELEFONE 15527 / CRM 13246

Assinatura do médico - CRM:

Observações: eventuais informações complementares deverão constar de folha anexa, com referência à sua existência nesta.

Anexos:

Sim

Não

Dr. Iaelvan Alves A. Junior
Médico
CRM-CE 18286

TOLEDO



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ
Comarca de Novo Oriente
Vara Única da Comarca de Novo Oriente
Av. Francisco Rufino, S/N. Centro - CEP 63740-000, Ione: (88) 3629-1246, Novo Oriente-CE - E-mail: novooriente@tjce.jus.br

TERMO DE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO

MUTIRÃO DPVAT

Processo nº: 0000748-15.2019.8.06.0134
Classe - Assunto: Procedimento Comum - Seguro
Requerente: KLENIO CARLOS DA SILVA MARTINS
Requeridos: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

Aos 5 (cinco) dias do mês de novembro do ano de 2019 (dois mil e dezenove), às 11:15 horas, nesta cidade de Novo Oriente, Estado do Ceará, na sala de audiência do **Vara Única da Comarca de Novo Oriente-CE**, onde presente se encontrava o(a) mediador/conciliador(a) **Adriano Fernandes da Cunha**, Matrícula nº 40796, regulamentado nos termos da Resolução nº 125/2010 do CNJ, abaixo-assinado, foi aberta a sessão de mediação/conciliação pré-processual, em que compareceu o(a) Autor(a) **KLÊNIO CARLOS DA SILVA MARTINS**, acompanhado(a) do(a) advogado(a), devidamente constituído(a), **Dr(a). JOSÉ AGACIR VIEIRA DE CASTRO**, inscrito(a) na OAB-CE de nº 25.774, e o(a) Requerido(a), **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, devidamente apresentado(a) pelo(a) bastante preposto(a), **SR(A). OZIEL CARNEIRO PORTELA**, inscrito(a) no CPF de nº 506.686.923-91, acompanhado dos(as) advogados(as) **Dr(a). ANDRÉA AGUIAR DA S. VIDAL**, inscrito(a) na OAB-CE de nº 37.297, **Dr(a). MARIA KÉLVIA DOS SANTOS JORGE**, inscrito(a) na OAB-CE de nº 40.393, **Dr(a). GILMARA DE ALMEIDA TAYAMA**, inscrito(a) na OAB-CE de nº 40.950, **Dr(a). JANILDO SOARES MOREIRA FERNANDES**, inscrito(a) na OAB-CE de nº 25.197, **Dr(a). BRUNA BRÍGIDA BEZERRA TORRES**, inscrito(a) na OAB-CE de nº 26.075, **Dr(a). AGAPITO DOS SANTOS SÁTIRO NETO**, inscrito(a) na OAB-CE de nº 29.579. **ABERTA A AUDIÊNCIA**, o conciliador tentou realizar a conciliação entre as partes, demonstrando-lhes as vantagens do acordo e as desvantagens do prosseguimento do processo, **NÃO** tendo as mesmas, contudo, concordado com a conciliação. **Não houve requerimentos. AO FINAL, FAÇO CONCLUSÃO DOS AUTOS AO MM. JUIZ.** Nada mais havendo, foi encerrado o presente termo, que vai assinado pelo conciliador/mediador que presidiu a presente sessão.

Conciliador/Mediador:

Autor(a): **KLÊNIO CARLOS DA SILVA MARTINS**

Advogado(a) do(a) Autor(a):

Preposto(a) do(a) Promovido(a):

Advogado(a) do(a) Promovido(a): **Gilmara de Almeida Tayama**