



Número: **0803892-20.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCISCO LUCIANO GOMES DO NASCIMENTO (AUTOR)		ERIC TORQUATO NOGUEIRA (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47429390	26/07/2019 11:25	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório
47429441	26/07/2019 11:25	0803892-20.2019 FRANCISCO LUCI-m1	Laudo Pericial



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
JUÍZO DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

0803892-20.2019.8.20.5001

ATO ORDINATÓRIO

Com permissão do artigo 203, § 4º do CPC c/c o artigo 4º, incisos V e XXXI do Provimento 10, de 06.07.2005 da Corregedoria de Justiça, procedo com a juntada do laudo pericial concernente ao presente processo, no mesmo ato INTIMO as partes para se pronunciarem sobre o referido laudo, no prazo comum de 15 (quinze) dias, sob pena de preclusão, bem ainda, para, querendo, apresentarem acordo a ser homologado por este Juízo ou manifestarem, expressamente, desinteresse na conciliação.

Natal/RN, 26 de julho de 2019

SUZANNE FREITAS DE MOURA FIGUEIRA

Auxiliar Técnico Judiciário



AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

[Art. 3º §1º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo: FRANCISCO LUCIANO GOMES DO NASCIMENTO
 CPF: 05757496444
 Endereço completo: _____

Informações do acidente

Local: EXTREMOZ
 Data do Acidente: 25/03/2018

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação em razão do processo judicial nº _____ para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor.

FRANCISCO LUCIANO GOMES DO NASCIMENTO
 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 afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corpórea(is) encontra(m)-se acometida(s):

MEMBRAS DIREITAS

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.

SEQUELA LATERAL DOS MEMBRAS DIREITOS

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.

Perda da Integridade - Perda Suplnaena
em membro superior direito

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de 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 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) anômico(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:

- a) ☐ Total
(Dano anômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)
- b) ☒ Parcial
(Dano anômico 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 anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).
- b.2 ☒ Parcial Incompleto (Dano anômico 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 Anômico	Marque aqui o percentual			
1ª Lesão <u>Membro Superior</u> <u>direito</u>	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input checked="" type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
2ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
3ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
4ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 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:

Natal 11/06/15

Assinatura do médico - CRM

Dr. Antônio Augusto S. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 3443