



Número: **0819482-08.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.162,50**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JEDSON MARIANO DA COSTA (AUTOR)	FABIO MACHADO DA SILVA (ADVOGADO)
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (RÉU)	ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47430908	26/07/2019 11:48	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório
47430967	26/07/2019 11:48	0819482-08.2017 JEDSON MARIANO-m1	Laudo Pericial



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

0819482-08.2017.8.20.5001

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;

RENOVO a INTIMAÇÃO DA PARTE REQUERIDA para comprovar pagamento de honorários periciais, caso ainda não o tenha feito, no valor de R\$ 200,00 (Duzentos reais);

INTIMO A PARTE AUTORA para apresentar RÉPLICA À CONTESTAÇÃO no prazo de 15 dias.

Natal/RN, 26 de julho de 2019

SUZANNE FREITAS DE MOURA FIGUEIRA

Auxiliar Técnico

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: Medson Mariano Costa
CPF: 029.260.134.42
Endereço completo: _____
TEL. 99431-4038

Informações do acidente

Local: CEMÁ MIRIM
Data do Acidente: 28/10/2012

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 08.19482-09.2012 para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor.

Medson M. Costa
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) corpóral(is) encontra(m)-se acometida(s):

TOALX E MÃO DIREITA

b) as alterações (distúrbios) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporariamente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

nenhuma alteração costais e lesão ligam-
mentar em MÃO DIREITA

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 anatómico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatómico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

DOR RESIDUAL em Arco Costal
E NAS DIRETE CI diminuição movimento

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar? no ps por leve.

- 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) anatómico(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 anatómico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
- b) Parcial
(Dano anatómico 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 anatómico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 Parcial Incompleto (Dano anatómico 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 Anatómico	Marque aqui o percentual
1ª Lesão <u>TORAX</u>	<input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 75% Intensa
2ª Lesão <u>NAS DIRETE</u>	<input type="checkbox"/> 10% Residual <input checked="" 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:

DATA (11 / 06 / 19

Assinatura do médico - CRM

Dr. Antônio Augusto S. Sobrinho
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 3443