



Número: **0802796-67.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|--|
| JOSE DE ANCHIETA OTAVIANO VIEIRA (AUTOR) | KENNEDY LAFAIETE FERNANDES DIOGENES (ADVOGADO) EMANUELL CAVALCANTI DO NASCIMENTO BARBOSA (ADVOGADO) |
| PORTE SEGURU VIDA E PREVIDENCIA S/A (RÉU) | ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO) |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|---|-----------------|
| 47444 694 | 26/07/2019 16:56 | Ato Ordinatório | Ato Ordinatório |
| 47444 728 | 26/07/2019 16:56 | 0802796-67.2019.jose de anchie-m1 | Laudo Pericial |



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

0802796-67.2019.8.20.5001

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;

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 Judiciário



Assinado eletronicamente por: SUZANNE FREITAS DE MOURA FIGUEIRA - 26/07/2019 16:56:19
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19072616561889900000045898956>
Número do documento: 19072616561889900000045898956

Num. 47444694 - Pág. 1

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: JOSE DE MARCHIA OTAVIO VIEIRAS

CPF: 87685476449

Endereço completo: _____
TEL 99498-6198

Informações do acidente

Local: Moas Company

Data do Acidente: 07/02/2017

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 000039667-2019 para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor.

~~foi de quem fui o seu vizinho~~
Assinatura da vítima

Assinatura da vítima

Avaliação Médica

II) 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.

10) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);

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.

MATERIALS AND METHODS

3. Qual é o nome(s) da(s) termoéduca(s) indicada(s):



IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) disfunções apenas temporárias
- b) dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

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

~~Síndrome de artrose residual com infecção e rigidez articular grave~~

~~Em virtude da evolução da lesão, e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?~~

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(es) 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 o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra 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 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 Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa

2ª Lesão

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa

3ª Lesão

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa

4ª Lesão

10% Residual 25% Leve 50% Média 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:

Florianópolis 11/06/2019

Assinatura do médico - CRM

Dr. Antônio Augusto S. Godinho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SC 343