



24/09/2020

Número: 0000013-86.2019.8.17.2490

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL

Órgão julgador: Vara Única da Comarca de Catende

Última distribuição : 17/01/2019

Valor da causa: R\$ 10.293,75

Assuntos: Seguro

Segredo de justiça? NÃO

Justiça gratuita? SIM

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? NÃO

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? NAO			
Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILDEONE JOSE DA SILVA (AUTOR)		JOSE RINALDO FERNANDES DE BARROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65137 909	23/07/2020 10:59	ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA - QUESTOS AUTORAIS	Documento de Comprovação

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

(Art. 31 da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974)

NOME COMPLETO:

GILBERTO JOSÉ DA SILVA

CPF:

ENDEREÇO

(135.797.314-40)

COMPLETO:

LOCAL:

CATENDÉ-PE

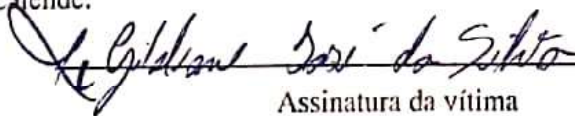
DATA

CATENDÉ-PE DO (6/10/2017)

ACIDENTE:

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 verificação do grau de invalidez permanente em razão do processo judicial nº _____, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na Vara única da comarca de Catende.



Assinatura da vítima

AVALIAÇÃO MÉDICA

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal seja exclusivamente decorrente do acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a. ☒ Sim
b. ☐ Não
c. ☐ Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever quadro clínico informando:

- a) Qual(uais) região (ões) corporal(ais) 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 próprio atendimento médico hospitalar considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo as medidas de reabilitação?

- a. ☐ Sim
b. ☒ Não

Se ☒ sim, descreva as medidas terapêuticas indicadas:

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

- a. ☐ Disfunção apenas temporária.
b. ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas);

Em caso de Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas), informar as limitações físicas irreparáveis definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Morteles Chumbos com Deficit Força
Sensibilidade

V) EM virtude da lesão e/ou tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a. ☐ Sim, que prazo:

AVALIACÃO MÉDICA

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal seja exclusivamente decorrente do acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a. ☒ Sim
b. ☐ Não
c. ☐ Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever quadro clínico informando:

- a) Qual(uais) região (ões) corporal(ais) encontra(m)-se acometida(s).
b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmentecompatíveis com o quadro documentadono próprio atendimento médico hospitalar considerando-se as medidas terapêuticas tomadas tomadas na fase aguda do trauma.

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo as medidas de reabilitação?

- a. ☐ Sim
b. ☒ Não

Se ☒ sim, descreva as medidas terapêuticas indicadas:

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

- a. ☐ Disfunção apenas temporária.
b. ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas);

Em caso de Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas), informar as limitações físicas irreparáveis definitivas presentes no patrimônio físico da vítima

V) EM virtude da lesão e/ou tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a. ☐ Sim, que prazo:

b. ☐ Não.

Em caso de enquadramento na opção "a" do item "IV" ou de resposta afirmativa do item "V", favor **NÃO** preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI) Segundo previsto na lei 11.945 de 04 de julho de 2009 favor promover a qualificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(eis) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante na lei 11.945/09, o(a) seguimento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo previsto no instrumento no instrumento legal, firmara sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a. ☐ Total (Dano anatômico e/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 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 art. 31 da lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada seguimento corporal acometido.

Seguimento anatômico:

1ª Lesão

Membros

☐ 10% residual ☒ 25% residual ☐ 50% média ☐ 75% intensa

2ª Lesão

Membros

☐ 10% residual ☐ 25% residual ☐ 50% média ☐ 75% intensa

3ª Lesão

Membros

☐ 10% residual ☐ 25% residual ☐ 50% média ☐ 75% intensa

4ª Lesão

_____ () 10% residual () 25% residual () 50% média () 75% intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem qualificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data de realização do exame médico:

_____, ____/____/____ 24/04/22

Assinatura do Médico

Dr. Gustavo L. M. Silva
CIRURGIÃO DO T. ORTÓDONTICO

CRM/PE: 15532

CRM/PE: 15532
[Est. (SES 319.366-7)]