



Número: **0831380-81.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

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

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 954,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado   |
|---|---|
| JOSENILSON ROSA FERREIRA (AUTOR)                              | PEDRO HENRIQUE DE OLIVEIRA MOURA (ADVOGADO)<br>RODRIGO MORENO DA SILVA PITANGA (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (RÉU) | ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)  |

| Documentos   |                    |   |                |
|--------------|--------------------|---|----------------|
| Id.          | Data da Assinatura | Documento   | Tipo           |
| 51222<br>892 | 26/11/2019 15:33   | <a href="#">0831380-81.2018 JOSENILSON ROS-m1</a> | Laudo Pericial |

# AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

(Art. 2º § 1º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.794 de 14/12/1974)

## Informações da Vítima

Nome completo JOSENILSON Rose Ferreira

CPF 011.931.914-40

Endereço completo: \_\_\_\_\_

## Informações do acidente

Lugar: 26 km m/1

Data do Acidente: 26/05/2017

## 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 \_\_\_\_\_ para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor.

✓ JOSENILSON Rose Ferreira.  
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(es) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

Má TSC L2

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.

CFS L12 com má de mao - folego

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, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com a(s) lesão(s) apenas temporária(s).

c.  dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequela(s))

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

Diminuição de força  
de movimento

VI) 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 das lesões permanentes que não seja(m) mais suscetível(s) a tratamento como sendo geradora(s) de dano anatômico e/ou funcional(s) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante a Lei 11.945/09, o segmento(s) correta(s) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal firmar a sua graduação

Segmento corporal acometido

a.  Total

(Dano anatômico e/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 a(s) segmento corporal da Vítima)

b. 2  Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a(s) (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)

b. 2.1. Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima segundo o previsto na alínea "a" § 1º do art. 3º da Lei 8.154/74 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           | <input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input 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, especificar a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados.

Lota e data da realização do exame médico

Notel 19.11.19

Assinatura de: Antônio Augusto S. Sodré - CRM -  
CRM-RN 3443  
Ortopedia e Traumatologia