



Número: **0802131-45.2019.8.20.5100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Assu**

Última distribuição : **05/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 998,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ALISSON SOUZA AMORIM (AUTOR)</b>	<b>KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO)</b>
<b>Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)</b>	<b>LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69758 354	11/06/2021 10:40	<a href="#"><b>AVALIAÇÃO MÉDICA - SEGURO DPVAT - ALISSON SOUZA AMORIM</b></a>	Documento de Comprovação

Eduardo Chagas Carvalho  
Médico CRMPB 5638/CRMNR 6860

PROCESSO N°: 0802131-45.2019.8.20.5100

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE BENEFÍCIO DO  
SEGURO DPVAT**

(Art. 31º da Lei 11.945 de 04/06/2009 que  
altera a Lei 6.194 de 14/12/1994)

Nome completo: Alisson Souza Amorim

CPF: 106.671.534-38

Endereço completo: Sítio Paulista, Palheiros 5, Zona Rural,, Assú-RN.

**Informações do acidente**

Local: Assú-RN.

Data do Acidente: 16/01/2019

Descrição do Acidente: Periciado era condutor em uma moto que perdeu o controle ao ser atingida por um carro na via.

Concordância com a realização da avaliação médica.

**Avaliação Médica**

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

(X) Sim      ( ) Não      ( ) Prejudicado  
Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual(quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?  
Fratura do Tomozelo direito.

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.

Sim as lesões são compatíveis temporalmente e com o mecanismo de trauma relatado.

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

( ) Sim      (X) 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:



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

*Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivos presentes patrimônio físico da vítima*

**Apresenta limitação de movimentos do Membro Inferior Direito (flexão, extensão e diminuição de força).**

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

- ( ) Sim, em que prazo:
- (X) 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 o previsto na Lei 11.945 de 04 de junho de 2009, favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetíveis a tratamento como sendo gerador (es) 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, afirma a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- ( ) Total

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

- ( ) 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 seguimento corporal da vítima).

b.2 (X) Parcial Incompleto.

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) seguimento corporal da vítima).

b.2.1( ) Informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, § do art.3º da Lei 6194/74 com relação 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  
1º Lesão ( )10% Residual (X)25% Leve ( )50% Média( )75% Intensa  
**Membro Inferior Direito**  
\_\_\_\_\_  
2º Lesão ( )10% Residual( ) 25% Leve ( )50% Média( )75% Intensa  
\_\_\_\_\_  
3º Lesão ( )10% Residual( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( )75% Intensa  
\_\_\_\_\_  
4º Lesão ( )10% Residual( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( )75% Intensa  
\_\_\_\_\_

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

**VII Quesitos das Partes**

**Quesitos do DPVAT**

1) A vítima já foi submetida aos tratamentos médicos capazes de minimizar o dano? É acometida de invalidade permanente?

**Sim. Sim.**

2) Em caso de invalidade permanente, esta é decorrente do acidente narrado pela parte Autora na petição inicial ou oriunda de circunstância anterior?

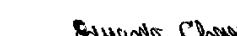
**Sim, decorre do acidente narrado.**

3) Restando constatada a invalidade permanente, esta caracteriza-se como TOTAL OU PARCIAL?

**Parcial.**

4) Em sendo comprovada a invalidade permanente PARCIAL, é completa ou incompleta? Qual o grau apresentado?

**Lesão parcial incompleta leve do Membro Inferior Direito.**

  
DR. EDUARDO CHAGAS CARVALHO  
MÉDICO DO TRABALHO  
CRM-PB 5838 CREMERN 6860

Local e data da realização do exame médico: Assinatura do médico perito-CRM  
Assú, 31 de maio de 2021

Requer a expedição de alvará para levantamento dos honorários periciais.

