



Número: **0802094-18.2019.8.20.5100**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **04/07/2019**

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 |
|---|---|
| JOAO BATISTA MIRANDA SILVA (AUTOR) | KELLY MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO (ADVOGADO) |
| Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU) | LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO) |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|---|--------------------------|
| 69764 759 | 11/06/2021 12:15 | <u>AVALIAÇÃO MÉDICA - SEGURO DPVAT - JOÃO BATISTA MIRANDA SILVA</u> | Documento de Comprovação |

Eduardo Chagas Carvalho
Médico CRMPB 5638/CRMNR 6860

PROCESSO N°: 0802094-18.2019.8.20.5100

**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: João Batista Miranda Silva

CPF: 111.427.564-67

Endereço completo: Rua Professor Luiz Soares, nº 816, Centro, Assú-RN.

Informações do acidente

Local: Assú-RN.

Data do Acidente: 16/09/2018

Descrição do Acidente: Periciado era condutor em um carro que perdeu o controle ao colidir com outro 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(qualis) região(regiões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Fratura do cotovelo direito + Fratura proximal da tibia direita com lesão ligamentar
+ Fratura do 4º e 5º dedos da mão direita.

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 Superior Direito (flexão, extensão e diminuição de força). Apresenta limitação de movimentos do Membro Inferior Direito (flexão, extensão e diminuição de força). Apresenta limitação de movimentos dos Dedos da mão direita (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 susceptíveis 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 ()25% Leve (X)50% Média ()75% Intensa

Membro Superior Direito

2º Lesão ()10% Residual ()25% Leve (X)50% Média()75% Intensa

Membro Inferior Direito

3º Lesão (X)10% Residual () 25% Leve ()50% Média ()75% Intensa

Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão.

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 invalidez permanente?

Sim. Sim.

2) Em caso de invalidez 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 invalidez permanente, esta caracteriza-se como TOTAL OU PARCIAL?

Parcial.

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

Lesão parcial incompleta média do Membro Superior Direito. Lesão parcial incompleta média do Membro Inferior Direito. Lesão parcial incompleta residual dos Dedos da mão direita.

Eduardo Chagas
DR. EDUARDO CHAGAS CARVALHO
MÉDICO DO TRABALHO
CRM-PB 5638 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.

