



Número: **0000106-27.2019.8.17.2950**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Mirandiba**

Última distribuição : **04/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA APARECIDA DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO) RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71731 620	27/11/2020 16:20	Termo de Audiência referente ao processo nº 0000106-27.2019.8.17.2950	TERMO DE AUDIÊNCIA



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Vara Única da Comarca de Mirandiba
FORUM ALCINDO TORRES DE CARVALHO LOPES - R JOSEFA MAGALHÃES, S/N -
CENTRO - MIRANDIBA/PE
Mirandiba/PE CEP: 56980000 Telefone: (087)3885.1090 - Email:

TERMO DE AUDIÊNCIA

AÇÃO: Ação de Cobrança de Seguro DPVAT

PROCESSO: 0000106- 27.2019.8.17.2950

Autora: MARIA APARECIDA DA SILVA

Requerida: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA

Aos 17 (dezesete) dias de novembro de 2020, às 15:50, nesta cidade e Comarca de Mirandiba, Estado de Pernambuco, realizada nas dependências do Fórum da Comarca de Mirandiba, feito o pregão, como de estilo, presente a parte autora, ausente o representante legal da parte autora, presente a parte requerida representada neste ato pela, Exmo Sra. Dra. Iamma Karoline de Carvalho Martins, OAB PE 38105 requer juntada de substabelecimento e carta de preposição.

Abertos os trabalhos: Não se logrou êxito na realização da conciliação, a parte autora foi encaminhada para realização de perícia, conforme despacho de fl. .

Paulo Ney Bezerra
CONCILIADOR AD HOC

Requerente: 

Advogado:

Requerido:

Advogada: *Iamma Karoline C. Martins*

Preposta: *Márcia Solange Carvalho Leucas Martins*





AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

[Art. 31º da Lei 11.945 de 04/06/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo: MANA APARECELA DA SILVA

CPF:

Endereço completo:

Rua. JARDIM / SEM TACUARA - PE

Informações do Acidente

Local: SENA TACUARA - PE

Data do acidente: 18/11/2020

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicados, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação prévia em razão do processo judicial nº _____, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na vara Cível ou JEC da Comarca de _____.

Declaro, ainda, que estou ciente de que nada pagarei para realização desta avaliação e de que, caso eu e a entidade demandada não chegemos a um acordo, o processo judicial que propus para recebimento da indenização DPVAT prosseguirá normalmente.

MANA - PE 18/11/2020
local e data



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(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s): PEUO ①

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. DOU RESÍDUO E CICATRIZ HIPER-TRÓFICA, EM PEUO ①, SEQUELA DE FERIMENTO CORTO-CORTADO

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): SEM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO

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. DESTA ARTICULAÇÃO SEM DEFORMIDADES A ARTICULAÇÃO

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessária exame complementar?

() Sim, em que prazo:

SaúdeSEG Sistemas de Saúde Ltda



(☒) Não

Em caso de enquadramento na opção 'a' do item IV ou da 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(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(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 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 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

pele no D

(☒) 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa

2ª Lesão

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

3ª Lesão

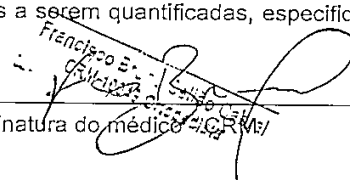
() 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa

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:

Assinatura do médico: 

ps: paciente relata ter sofrido ferimentos escoriações
em seios, cursando com dan residual cuíca nestes
órgãos. de acordo com a tabela para Paciente de
pele de II grau, lesões cutâneas em seios, não
são contempladas.