



Número: **0835193-70.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/07/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FABIO PEDRO DA SILVA (AUTOR)	FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO) ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63519 029	14/09/2022 20:26	<u>Documento de Comprovação</u>	Documento de Comprovação

**AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE**

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

Nome completo: **FABIO PEDRO DA SILVA**

CPF: 098.143.214-06 Telefone: (83) 9964 1120

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações relatadas neste ato pericial 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 **0835193-70.2017.8.15.2001**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual fui autor e que tramita na 14ª Vara Cível ou JEC da Comarca da Capital.

João Pessoa/PB, 30 de Agosto de 2022.

Fábio Pedro da Silva

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 prosseguirem caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região (regiões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Ombro 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.

Fratura do clavículo

direita, realizado tratamento conservador (Imobilizações).
Não realizou sessões de fisioterapia.

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

Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

*Dra. Rosana B. Duarte de Paiva
Pleita Médica
CRMEPE 19414
084183
53.738.514-34*

Scanned with CamScanner



PROCESSO N° 0835193-70.2017.8.15.2001

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

- a) disfunções apenas temporárias **CAUSÉNCIA DE SEQUELAS DEFINITIVAS**
b) dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas) **VAS EM OMBRO DIREITO / Membro Superior DIREITO,**
Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima. **MOVIMENTOS LIVRES**

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou 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 do 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 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, afirmar a 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 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 de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74 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	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input checked="" type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75%	
2º Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75%	
3º Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input checked="" type="checkbox"/> 75%	
4º Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75%	
Intensa					

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

Novo trauma prévio em ombro direito!

Local e data da realização do exame médico:

João Pessoa /PB, 30 de Agosto de 2022

Assinatura do médico: CRM-14
Rosana Bezerra Duarte de Paiva CRM-PB 4183
CRM - PB 4183 /CREMEPE 14-34
CPF: 661.235.614-34

Scanned with CamScanner

