



Número: **0801542-86.2019.8.15.0381**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Itabaiana**

Última distribuição : **15/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALAIRTON GOMES FRANCISCO (AUTOR)	JOSE EWERTON SALVIANO PEREIRA E NASCIMENTO (ADVOGADO) Viviane Maria Silva de Oliveira (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
26962 153	11/12/2019 10:13	1542

Dra. Rosana Bezerra Duarte de Paiva
Perita Médica - Médica do Trabalho

Exm^a. Magistrada

1 ª Vara Mista– Comarca de Itabaiana - PB

Ao apresentar nossos cumprimentos, sirvo-me deste para encaminhar laudos médicos referentes as perícias médicas realizadas no dia 09/12/2019 nos processos DPVAT e solicitar deste r. Juízo a autorização para o pagamento dos honorários periciais desta períta, conforme Convênio firmado entre a Seguradora Líder e o TJPB ,seja realizado por transferência bancária, através dos dados bancários especificados:

Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CPF 587.738-514-34

Banco do Brasil

Aq. 1344-7

Conta Corrente 5.846-7

Antecipo os agradecimentos pela confiança dispensada e coloco-me à disposição de Vossa Excelência para colaborar com as necessidades deste Juízo, na área médico pericial.

Atenciosamente,

Itabaiana, 09/12/2019


Dr. Rosane B. Duarte de Paiva
Perita Médica
CRM - PB 4183 / CREMPE 19414
CPF: 587.738.514-34

Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM 4183 - PR

RECEIVED 1985

第2章 第1回 亂世の始まり

Page 87 of 1219

1953-1 Pencil

083 8765-6296
083 9122-3359

dr.rosangaduarte@iq.com.br



**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: **ALAIRTON GOMES FRANCISCO**

CPF: 119.469.054-86

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 verificação do grau de invalidez permanente em razão do processo judicial nº **0801542-86.2019.8.15.0381**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 1ª Vara Cível ou JEC da Comarca de Itabaiana-PB.

Itabaiana/PB, 09 de Dezembro de 2019.

Alairton Gomes Francisco
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(s) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Membros Inferior Esquerdo.

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 de diáfise do fêmur
esquerdo. Tratamento cirúrgico
osteossíntese com placa metálica
e parafusos. Realizou fisioterapia

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):

Dr.ª Rosana B. Duarte de Paiva
Médico - 2011/12/09/2019/09/14
Cpf.: 587.738.514-34



PROCESSO N° 0801542-86.2019.8.15.0381

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.

*Marcha discutivelmente claudicante
à esquerda. Desconforto à descarga
cós prolongada. Dor cônica*

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

- Sim, em que prazo: *na membro inferior
esquerdo.*
 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 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, 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 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 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 *membro INFERIOR ESQUERDO* 10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa

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 apresentado:

Local e data da realização do exame médico:

Itabaiana /PB, 09 de Dezembro de 2019

Assinatura do Médico - CRM

Dr. Rosana Bezerra Duarte de Paiva CRM-PB 4183

