



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	Tipo
26962153	11/12/2019 10:13	1542	Laudo Pericial

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 perita, 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

Ag. 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


Dra. Rosana B. Duarte de Paiva
Perita Médica
CRM - PB 4183 / CREMEPE 19414
CPF: 587.738.514-34

Rosana Bezerra Duarte de Paiva.

CRM 4183 - PB

RECEBIMENTO

Recebido em data, por este(a) senhor(a) _____

Assinado em 09/12/19

Assinado em _____

083 8765-6296
083 9122-3359

dr.rosanaduarte@ig.com.br



PROCESSO Nº 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 disatamente claudicante
a esquerda. Desconforto a deambular
com prolongada. Dor crônica

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

- ☐ Sim, em que prazo: no membro inferior
e 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 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 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

1ª Lesão	<u>MEMBRO INFERIOR</u>	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input checked="" type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
2ª Lesão	<u>ESQUERDO</u>	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input checked="" type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
3ª Lesão		<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
4ª 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:

Local e data da realização do exame médico:

Itaiana /PB, 09 de Dezembro de 2019

Assinatura do médico - CRM

Rosana Bezerra Duarte de Paiva CRM-PB 4183

