



Número: **0801721-20.2019.8.15.0381**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **05/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 30.000,00**

Assuntos: **SEGURO, INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL, INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL, SEGURO, INDENIZAÇÃO POR DANO MATERIAL, INDENIZAÇÃO POR DANO MORAL**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MARIA MENINA DIAS DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>RÔMULO BEZERRA DE QUEIROZ (ADVOGADO) RITA DE CÁSSIA SILVA DE ARROXELAS MACÉDO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
26960 376	11/12/2019 09:40	<a href="#"><u>1721</u></a>	Laudo Pericial

# Dra. Rosana Bezerra Duarte de Paiva

## Perita Médica - Médica do Trabalho

Exm<sup>a</sup>. Magistrada

1<sup>a</sup> 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

  
*Dr. 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

**R E C E B I**  
Nesta data, recebi este(s) autor(s)  
09/12/19

083 8765-6296  
083 9122-3359

dr.rosanaduarte@ig.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: **MARIA MENINA DIAS DA SILVA**

CPF: 806 - 405 . 834 - 15

**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 **0801721-20.2019.8.15.0381**, 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.

Maria Menina Dias 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 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)?

2 tornozelo 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 tornozelo direito

(Bimalateral). tratamento cirúrgico -  
e fisioterápico.

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. Rosana B. Dutra de Paiva  
CRM-PB 4103-PP/CREAEPE/19414  
CPF: 567.738.514-34



## PROCESSO N° 0801721-20.2019.8.15.0381

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.

Grave limitação da mobilidade de articulação do tornozelo direito.  
Dor e edema articular.

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 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

TORNOZELO DIREITO  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

Rosana Bezerra Duarte de Paiva CRM-PB 4183  
Médica - Clínica Rosana Bezerra Duarte de Paiva CRM-PB 4183  
CPF: 587.100-3400-34

