



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	
MARIA MENINA DIAS DA SILVA (AUTOR)		RÔMULO BEZERRA DE QUEIROZ (ADVOGADO) RITA DE CÁSSIA SILVA DE ARROXELAS MACÊDO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
26960376	11/12/2019 09:40	1721	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

Nesta data, recebi estes autos

Assinado em 09/12/19

Assinado em 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(regiões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

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
(Bimaléolar). 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.ª Rosana B. Duarte de Paiva
Médica - CRM 1183-PB/CREMEPE 19414
CPF: 087.738.514-34



PROCESSO Nº 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 articular 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

1ª Lesão	<u>TORNOZELO DIREITO</u>	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input checked="" type="checkbox"/> 75% Intensa
2ª Lesão	_____	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input 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:

Itabaiana /PB, 09 de Dezembro de 2019

Assinatura do Médico – CRM

Rosana B. Duarte de Paiva CRM-PB 4183

CPF: 587.741.14-34

