



Número: **0801002-79.2019.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **05/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.015,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|--|
| FRANCISCO GEOVANIO ALVES ROSENDO (AUTOR) | RAIMUNDO ANTUNES BATISTA (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) |
| ROSIMARY ALVES RODRIGUES (REPRESENTANTE) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|--|-------------------|
| 40592 317 | 13/03/2021 18:37 | <u>LAUDO PERICIAL - PROCESSO 0801002-79.2019</u> | Outros Documentos |

AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE
(Art. 31º da Lei 11.945 de 04/06/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974)

INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

| | |
|-------------------|--|
| NOME COMPLETO: | FRANCISCO GEOVANIO ALVES ROSENDO |
| CPF: | 708.490.854-46 |
| ENDEREÇO COMPLETO | Rua Francisco Gonçalves, s/n, Escadinha, Bom Sucesso-PB |

INFORMAÇÕES DO ACIDENTE

| | |
|------------------|--|
| LOCAL | Sítio Olho D'aguinha, Brejo dos Santos-PB |
| DATA DO ACIDENTE | 06/08/2017 |

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 conciliação em razão do processo judicial nº **0801002-79.2019.8.15.0141**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor(a) e que referida prova médico-legal será anexada aos autos, para fins de prova documental, nos termos dos Artigos 397 e 427 do CPC.

Catolé do Rocha-PB, 06 de março de 2021

X Francisco Geovanio Alves Rosendo
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

Informações adicionais:

(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): **Resposta:**

Cronio facial + estrutura aborbuluel.

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. **Resposta:**

*Traumatismo craniocervical ole TCE
Lepars tomue explerodone (explenectomie)
Drenagen toracice*

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): **Resposta:**

Y X



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. Resposta:

Tontura c/ cefaleia e alterações da memória
Cicatriz abdominal consequente ao esplenectomia

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

Sim, em que prazo? Resposta:

Não.

Em caso de enquadramento na opção 'a' do item IV ou da resposta afirmativa ao 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 susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) 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, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) Total (Dano anatômico 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 da incapacidade definitiva da Vítima, segundo previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 16.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

| Segmento Anatômico | Marque aqui o percentual | | | |
|------------------------------|--|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1ª Lesão: Crânio Facial | <input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 2ª Lesão: Estômago abdominal | <input checked="" type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 3ª Lesão: Nasal | <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 mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados: Resposta:

Catolé do Rocha-PB, 06 de março de 2021

Dr. Heuder Romero L. Nobrega
Médico Ortopedista
CRM: 5050

