



Número: **0800397-17.2020.8.20.5135**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Almino Afonso**

Última distribuição : **08/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO VITOR RODRIGUES (AUTOR)		ANTONIO MATHEUS SILVA CARLOS (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)		LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75114076	28/10/2021 12:41	<a href="#">Laudo Pericia Antonio Vitor</a>	Laudo Pericial

## Informações da Vítima

Nome completo:

ANTONIO VITOR K. DOS SANTOS

CPF:

12.947.024-30

Endereço completo:

AV. JOÃO CARLOS DE ALMEIDA, 200, JARDIM CARLOS DE ALMEIDA, 60.710-140, CRUZAS + ALMEIDA, APODISEADO

## Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

### Informações do acidente

Local: 413 AV. 1600

Data do Acidente: 01/12/2014

### Assinatura do Médico Perito Legista

II) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

a) ☒ Sim

b) ☐ Não

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

III) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s): fratura costal  
DTR

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.

Deform. extensora  
da 5ª costela

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

a) ☐ Sim

b) ☒ Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) ☐ disfunções apenas temporárias

b) ☒ dano anômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Deform. ADM  
3ª costela

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

a) ☐ Sim, em que prazo:

b) ☒ Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VII) 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) anômico(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 anômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

b) ☒ Parcial (Dano anômico 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 anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anômico 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 o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

**Segmento**

**Anômico**

1ª Lesão

Marque aqui o percentual.

M.S.D ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve  
☐ 50% Média ☒ 75% Intensa

2ª Lesão

/ ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve  
☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

3ª Lesão

/ ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve  
☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

4ª Lesão

/ ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve  
☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

**Observação:** Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios aqui apresentados:

Data da realização do exame médico legal:

27.10.2021  
GOV. DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA LEGAL  
Rua Nilo Peçanha, 59 - Centro  
(PRATA)  
55.405-115 - CAMPINA GRANDE, PB  
FONE: (83) 3077-8223 98137-111

**Informações Complementares**

Área para informações complementares com linhas horizontais para preenchimento.

