



Número: **0801783-54.2020.8.20.5112**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara da Comarca de Apodi**

Última distribuição : **12/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>FRANCISCO EGILVAN DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>LEONARDO MIKE SILVA PEREIRA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA DPVAT (RÉU)</b>	<b>LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57024 529	24/06/2020 12:26	<a href="#"><u>2729314_CONTESTACAO_Anexo_03</u></a>	Documento de Comprovação

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190591872  
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Egilvan da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): S/ Lagoa do Clementino, 173 A  
Zona Rural Apodi RN CEP: 59700-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 1714255

Data local do acidente: [ 13/07/2019 ]

Data local do exame: [ 12/11/2019 ] Mossoró [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE FACE (ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR) E CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA.**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: FRATURA DE FACE (ÓRBITO-ZIGOMÁTICO-MAXILAR) E CONTUSÃO TEMPORAL ESQUERDA - TRATAMENTO CONSERVADOR. CONSTA EM DOCUMENTAÇÃO ANEXA ORIENTAÇÃO DE CIRURGIA APÓS ALTA, CONTUDO PERICIADO RELATA QUE NÃO REALIZOU CIRURGIA (SEGUNDO O MESMO, TEVE NOVA AVALIAÇÃO MÉDICA PÓS ALTA EM QUE FOI VERIFICADO A NÃO NECESSIDADE DE REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO).**  
Data da Alta: 21/07/2019

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**NO MOMENTO DA PERÍCIA, REFERE ESTAR FAZENDO USO DE MEDICAÇÕES, CONTUDO NÃO SABE REFERIR QUAIS SÃO E NÃO APRESENTA AS PRESCRIÇÕES DAS MESMAS. RELATA CEFALÉIA DIÁRIA, NEGA USO DE MEDICAÇÃO NAS CRISES. REFERE MELHORA DA TONTURA (APRESENTA OCASIONALMENTE). REFERE MELHORA DA IRRITAÇÃO. NEGA ACOMPANHAMENTO MÉDICO ESPECÍFICO NO MOMENTO. REFERE INCÔMODO À MASTIGAÇÃO. NEGA QUEIXAS VISÃO, OLFATO, AUDIÇÃO. SEM ALTERAÇÕES FUNCIONAIS AO EXAME FÍSICO NO MOMENTO DA PERÍCIA. NEGA TRATAMENTOS/ ACOMPANHAMENTOS MÉDICOS ESPECÍFICOS.**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim  Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)

Sim  Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”**

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

*Elizabeth F. Tonello*  
Dra. Elizabeth Fávaro Tonello  
CPF - 045.150.159-40  
CRM/RN - 9707

