



Número: **0803756-45.2015.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **04/12/2015**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALDICELIA CORDEIRO DA SILVA (AUTOR)		MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45748 920	14/07/2021 15:14	<a href="#">0803756-45.2015</a>	Documento de Comprovação

0803756-45-2015

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**  
[Art. 31º da Lei 11.945 de 4/8/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

**Informações da Vítima**

Nome completo: Valdício Corokino da Silva  
CPF: 759.907.334-53  
Endereço completo: Rua Pd Roma - 421-A - Tibiri  
Santa Rita

**Informações do acidente**

Local: Tibiri - Santa Rita  
Data do Acidente: 08/04/2014 - 28/04/2014

**Concordância com a realização da avaliação médica**

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, 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 \_\_\_\_\_ para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na \_\_\_\_\_ Vara Cível ou JEC da Comarca de \_\_\_\_\_, estando ciente que a referida prova médico-legal será anexada aos autos, para fins de prova documental, nos termos do artigos 397 e 427 do CPC.

Valdício Corokino 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):

punho esquerdo + Pe direito

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporariamente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Tratamento cirúrgico de fratura do rádio  
distal direito + pe direito (metacarpo)

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):



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 (sequeias)

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

Sequeia ca. funcional da mobilidade do  
punho E e pe D e deformidade e déficit motor

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

☐ Sim, em que prazo:

☒ 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 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 Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

Punho E

☐ 10% Residual

☐ 25% Leve

☒ 50% Média

☐ 75% Intensa

2ª Lesão

Pe D

☐ 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 sequeias permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico:

JP 12/07/2021

Assinatura do médico - CRM

Dr. Heuder Romero L. Nobrega  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PB 5050-TEOT 6511