



Número: **0801296-31.2020.8.18.0039**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **31/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LARISSE LIMA SILVA (AUTOR)		JOSE FRANCISCO PROCEDOMIO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (AUTOR)		EDNAN SOARES COUTINHO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
15278667	10/03/2021 12:49	<a href="#">LARISSE LIMA SILVA</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

## AVALIAÇÃO MÉDICA

### PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE

[Art. Da lei 11.945 de 04/06/2009 que altera a lei 6.194 de 14/12/19974]

#### Informações da Vítima

Nome completo: **LARISSE LIMA SILVA**

CPF: 049.568.313-23 / RG: **3.218.707 SSP-PI**

Nome do responsável:

RG:

Endereço completo: Na localidade Moniçoba, zona rural do Município de Barras (PI).

#### Informações do Acidente

Local: Na localidade Saúva, zona rural de Barras (PI).

Data do acidente: **01/12/2019**

#### 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 **0801296-31.2020.8.18.0039**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na Vara Única ou JEC da comarca de: **Barras (PI)**.

Barras (PI), 01/03/2021.

Local e Data

*Larisse Lima Silva*

Assinatura

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável

*Larisse Lima Silva*  
D. Maria S. Ramos (Pessoa Física)  
CPF: 049.568.313-23  
RG: 3.218.707 SSP-PI



## Avaliação Médica

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

(X) 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):

R – Membro superior esquerdo (fratura da clavícula esquerda).

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.

R – Apresenta no momento no exame físico realizado, perda de força e diminuição dos movimentos articulares do ombro com o braço esquerdo, com prejuízo da extensão do membro superior esquerdo até a escápula contralateral, com prejuízo do membro superior esquerdo.

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

( ) Sim (X) Não

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

R – Resposta prejudicada.

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

a) ( ) disfunções apenas temporárias

b) (X) 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 vítima.

R - Apresenta no momento no exame físico realizado, perda de força e diminuição dos movimentos articulares do ombro com o braço esquerdo, com prejuízo da extensão do membro superior esquerdo até a escápula contralateral, com prejuízo do membro superior esquerdo.

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

( ) Sim, em que prazo:

(X) 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) permanentes(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômicos(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 anátômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima )
- b) ( X ) Parcial ( Dano anátômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas partes do patrimônio físico e/ou mental da vítima )

Em se tratando de dano parcial informa se o dono é:

- b.1) ( ) Parcial completo (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
- b.2) ( X ) 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) Informa o grau da incapacidade definitiva da Vitima, segundo o previsto na alínea II § 1º

do art. 3º da Lei 6.1954/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.<sup>4</sup>

Segmento anatômico	Marque aqui o percentual
--------------------	--------------------------

1ª Lesão: Membro superior esquerdo.

( ) 10% Residual ( ) 25 % leve (X) 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 ao lado apresentados:

R --

Local e data da realização do exame médico: 01/03/2021 - Barras (PI).

Assinatura do médico perito – CRM: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico assistente – CRM: \_\_\_\_\_

Dr. MAURICE E. RICHARDS, Editor  
Science  
CHAMBERS WALK  
INGERSIDE, ABERDEEN

