



Número: **0837742-87.2016.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/08/2016**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|--|
| FLAVIELITON SILVA DE LIRA (AUTOR) | ROBERTA MARIA FERNANDES DE MOURA DAVID (ADVOGADO) |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU) | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) |
| LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| 43494 499 | 22/05/2021 20:35 | <u>LAUDO PERICIAL</u> | Petição (3º Interessado) |



Assinado eletronicamente por: LUCIANO JOSE LIRA MENDES - 22/05/2021 20:35:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052220351800900000041365098>
Número do documento: 21052220351800900000041365098

Num. 43494499 - Pág. 1

PROCESSO N° 083.7742-87.2016.8.15.2001

Distribuído em

AVALIAÇÃO MÉDICA

PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1994)

Nome completo: FLAVIELITON SILVA DE LIRA

CPF: 706.032.914-57

Endereço completo: Sítio CATARANA SIN, ZONA RURAL
RIO TINTO

Informações do acidente

Local: RODOPIA RURAL PRÓXIMO SÍTIO CATARANA

Data do Acidente: 25/06/2015

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 é que tramita na _____ Vara Cível ou JEC da Comarca de _____

João Pessoa, 21/05/2021

Flavieliton Silva de Lira
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 informado.

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra(m)-se acometida(s)?

OM BRAO DIREITO

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.

TROCA MÉDICO CIRÚRGICO DO OM BRAO
DIREITO

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 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.



LIMITAÇÃO FUNCIONAL ARTICULAR EM O MBO DIREITO

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

Sim, em que prazo

Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou resposta afirmativa do 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(es) permanente(s) que não seja(m) mais suscetíveis a tratamento como sendo gerador(es) 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, afirmar a sua graduação.

Segmento corporal acometido:

a) Total

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa a integridade 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 segmento corporal da vítima).

b.2 Parcial Incompleta (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 de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto no artigo 3º da Lei 6.194/74 com relação introduzido 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

1º Lesão Ombro DIREITO

10 % Residual 25% Lev 50% M 75%

Intensa

2º Lesão

10 % Residual 25% Lev 50% M 75%

Intensa

3º Lesão

10 % Residual 25% Lev 50% M 75%

Intensa

4º Lesão

10 % Residual 25% Lev 50% M 75%

Intensa

Observação: Havendo acordo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentado.

Local e data da realização do exame médico:

Porto Alegre 21/05/2021

Assinatura do médico - CRM

Dr. Luciano José Lira Mendes
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA
CRM-RS 4290
CREF 42552/RS 04778

2

