



Número: **0836824-49.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/08/2017**

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
GUSTAVO SOARES DE LIMA (AUTOR)	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63517 248	14/09/2022 19:28	<a href="#">Documento de Comprovação</a>	Documento de Comprovação

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE**

(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974)

Nome completo: **GUSTAVO SOARES DE LIMA**

CPF: 314.956.704.57 Telefone: (83) 93866113

**Concordância com a realização da avaliação médica**

Declaro que as informações relatadas neste ato pericial 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 **0836824-49.2017.8.15.2001**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual fui autor e que tramita na 2ª Vara Cível ou JEC da Comarca da Capital.

João Pessoa/PB, 30 de Agosto de 2022.

Gustavo Soares de Lima  
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 prosseguirem caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

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

Ombro Esquerdo

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.

Fratura das clavículas esquerda, realizados tratamento conservador (Imobilizações) e sessões de fisioterapia.

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

Sim ,  Não.

Boando médico de  
10.04.2015 por Dr Gustavo

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

F. Mendonça descreveu do  
"nos apresentando limite -  
cois funcionais".

*Dr. Rosana B. Duarte de Paiva  
Perito Médico  
CRM-PB 4183 / GREMEPE 19414  
CPF: 587.138.514-24*

Scanned with CamScanner



PROCESSO N° 0836824-49.2017.8.15.2001

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

- a)  disfunções apenas temporárias (ausência de sequelas definitivas em ómbedo)  
b)  dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas) meningo-superior

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

*Edm. Rivero St. Puerto de la Plata  
Península de la Magdalena  
Calle 103 / Oficina 1001  
Tel. 514224  
FAX 514224  
19 de Septiembre de 1994*

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 de 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(ões) 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 someral acometido:**

- a)  Total

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 de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com relação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao

**3 - ponto anatômico** **Marque aqui o percentual**

Segmento anatomico	1º Lesão	2º Lesão	3º Lesão	4º Lesão	Intensa
1º Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75%	
Intensa					
2º Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75%	
Intensa					
3º Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75%	
Intensa					
4º Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 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:

Nego trauma prévio em mem-  
bro superior /ombro esquerdo.

**Lugar e data da realização do exame médico:**

João Pessoa /PB, 30 de Agosto de 2022

**Assinatura do médico - CRM**

*Rosana Bezerra de Souza*  
CRM-PB 19414  
Rosana Bezerra da Silva CRM-PB 4183

