



Número: **0828521-46.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/06/2017**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ANANIAS FRANCISCO DE MELO (AUTOR)</b>	<b>LIDIANI MARTINS NUNES (ADVOGADO)</b>
<b>MAPFRE (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48738 896	18/09/2021 11:35	<a href="#"><u>0828521-46.2017</u></a>	Documento de Comprovação

082 8521-2662017

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**  
(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974)

**Informações da Vítima**

Nome completo:

Amorim Félix de Melo

CPF: 032.332.712-17

Endereço completo: R<sup>º</sup> 060 Mangabeiras - 737  
Nova Conaú - Ceará

**Informações do acidente**

Local:

Conde - PB

Data do Acidente: 27/12/2010

**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 da 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 dos artigos 397 e 427 do CPC.

*Amorim Félix de Melo*  
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):

*Estrutura óssea facial*

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio fisiológico 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.

*Tratamento cirúrgico de traumatismo craniano (Hemorragia extra dural por craniotomia)*

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 (sequelas)**

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

*Vitimas das sequelas de alterações do humor  
c/ confusão mentral e esquecimento c/ turbas*

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 de 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 suscetível(s) 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 integra 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 8.194/74 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 *Cranio - Facial*  10% Residual  25% Leve  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:

Local e data da realização do exame médico:

*7/9/2021*

Assinatura do médico - CRM

*Heuder Romero L. da Nóbrega*  
Dr. Heuder Romero L. da Nóbrega  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PB 5050 - TEOT 6511

