



Número: **0838462-83.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/07/2018**

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 |
|--|--|
| LUAN RODRIGUES QUEIROZ FEITOSA (AUTOR) | DIANA SOUSA DE ARAÚJO WANDERLEY (ADVOGADO) |
| MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (REU) | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) |
| HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|-----------|--------------------|--|--------------------------|
| 51225 847 | 11/11/2021 20:11 | <u>0838462-83.2018</u> | Documento de Comprovação |

0838462-83-2018
AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO
(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 8.194 de 14/12/1974)

Informações da Vítima

Nome completo: Lemon Rodriguez Queiroz Feitosa
CPF: 086.151.344-65
Endereço completo: Av. 2º Ano Noy - 233 - Encantado - I - IP

Informações do acidente

Local: Epitácio Pessoa - PB
Data do Acidente: 09/02/2015

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 figurei 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.

Lemon Rodriguez Queiroz Feitosa
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);

Membro inferior direito (MI)

b) as alterações (definições) 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.

Traçamento cirúrgico de punção otofêmur direito (ME)

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.

Defeito motor c/ limite em funcional do MFD, c/ atrofia e crepitacões bte coxe direita.

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(es) 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 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

1^a Lesão

MFD

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa

2^a Lesão

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa

3^a Lesão

10% Residual 25% Leve 50% Média 75% Intensa

4^a 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:

11/11/2021

Assinatura do médico - CRM

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

