



Número: **0801153-59.2019.8.15.0201**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Ingá**

Última distribuição : **13/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.050,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Sucumbência, Honorários Advocatícios**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE DO NASCIMENTO ALMEIDA (AUTOR)		RAPHAEL DE LIMA MARTINS (ADVOGADO)	
ITAU SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
52771 236	16/12/2021 10:46	Resultado de pericia	Documento de Comprovação

PROCESSO Nº: 0801153-59.2019.8.15.0201

**AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE BENEFÍCIO DO SEGURO DPVAT**

(Art. 31º da Lei 11.945 de 04/06/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1994)

Nome completo: JOSÉ DO NASCIMENTO ALMEIDA

CPF: 081.978.504-02

Informações do acidente

Local: ESTADA CARROÇÁVEL QUE DÁ ACESSO AO SÍTIO CHÃ DOS PEREIRAS, ZONA RURAL DE INGÁ-PB

Data do Acidente: 21 DE OUTUBRO DE 2016

Descrição do Acidente: PERICIADO VEIO AO SOLO AO COLIDIR COM DOIS TRANSEUNTES.

Concordância com a realização da avaliação médica

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(regiões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

PERICIADO REFERE QUE SOFREU TRAUMA EM FACE NA FRONTAL DA MAXILA COM PERDA DENTÁRIA E LESÃO EM MANDÍBULA À DIREITA CAUSANDO LESÃO DE ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR E DE OUVIDO INTERNO E DE OUVIDO INTERNO 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.

SIM

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(s) indicada(s):

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 da vítima.

PERICIADO REFERE DOR À MASTIGAÇÃO DEVIDO A LESÃO EM ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR, TONTURA E PERDA DE AUDIÇÃO COMPROVADA POR AUDIOMETRIA EM OUVIDO DIREITO

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

() Sim, em que prazo:

(X) 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.

CENTRO MÉDICO PROSANGUE

Rua Sandra Borborema, 61

Centro

Campina Grande-PB CEP: 58400-122

Contatos

Telefone: (83) 98831-0102 / (83) 2102-5577

E-mail: adm@labprosangue.com.br

Site: www.labprosangue.com.br



VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 04 de junho de 2009, favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptíveis 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, afirma a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) () Total

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

b.2 (X) Parcial Incompleto.

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) seguimento 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 seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatômico Marque aqui o percentual

1º Lesão

Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais () 10% Residual () 25% Leve (X) 50% Média () 75% Intensa

2º Lesão

_____ () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa

3º Lesão

_____ () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa

4º Lesão

_____ () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 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:

VII Quesitos das Partes

Quesitos do DPVAT:

A vítima já foi submetida aos tratamentos médicos capazes de minimizar o dano? É acometida de invalidez permanente?

SIM. SIM.

Em caso de invalidez permanente, esta é decorrente do acidente narrado pela parte Autora na petição inicial ou oriunda de circunstância anterior?

SIM

Restando constatada a invalidez permanente, esta caracteriza-se como TOTAL e PARCIAL?

PARCIAL

Em sendo comprovada a invalidez permanente PARCIAL, é completa ou incompleta? Qual o grau apresentado?

LESÃO PARCIAL INCOMPLETA DE ESTRUTURA CRANIOFACIAL MÉDIA

Quesitos formulados pelo(a) Magistrado (a):

Sofre o autor alguma invalidez ou debilidade permanente?

SIM

Qual o membro afetado?

FACE (MANDÍBULA E OUVIDO DIREITOS)

Qual o grau de invalidez do membro, sentido ou função?

PERMANENTE

CENTRO MÉDICO PROSANGUE

Rua Sandra Borborema, 61

Centro

Campina Grande-PB CEP: 58400-122

Contatos

Telefone: (83) 98831-0102 / (83) 2102-5577

E-mail: adm@labprosangue.com.br

Site: www.labprosangue.com.br



Se existe ou não redução da capacidade do membro ou órgão atingido?

SIM

Quais as sequelas porventura existentes?

DIFICULDADE DE MASTIGAÇÃO, TONTURA, SURDEZ DE OUVIDO DIREITO

OBS. CONSIDERO PERTINENTE INFORMAR QUE O DANO DE AUDIÇÃO APESAR DE SER UNILATERAL CAUSA DANOS FUNCIONAIS NO EQUILÍBRIO E NA MASTIGAÇÃO ATRAVÉS DA LESÃO DE ATM E POR ISSO FOI LEVADA EM CONSIDERAÇÃO.

Local e data da realização do exame médico:

CAMPINA GRANDE 05 DE OUTUBRO DE 2021

Campina Grande, 05 de Outubro de 2021 10:23



AMIGOSIGN ASSINATURA DIGITAL

A assinatura válida está incorporada no arquivo PDF e pode ser validada no site <https://verificador.iti.gov.br>.

RODOLPHO DANTAS MAFALDO PINTO
05/10/2021 10:23:55

Dr. Rodolpho Dantas Mafaldo
Pinto
CRM : 8679

CENTRO MÉDICO PROSANGUE

Rua Sandra Borborema, 61
Centro
Campina Grande-PB CEP: 58400-122

Contatos

Telefone: (83) 98831-0102 / (83) 2102-5577
E-mail: adm@labprosangue.com.br
Site: www.labprosangue.com.br

