



Número: **0800722-89.2020.8.20.5135**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Almino Afonso**

Última distribuição : **16/09/2020**

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

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EMANUEL KLEITON DA SILVA (AUTOR)	MAX REZZIERY FERNANDES SARAIVA (ADVOGADO)
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (REU)	LIVIA KARINA FREITAS DA SILVA (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75099 593	28/10/2021 10:18	<u>Laudo Pericia Emanuel</u>	Laudo Pericial

Informações da Vítima

Nome completo:

EDMILSON ERNESTO SOBRINHO DA SILVA

CPF:

078274294-90

Endereço completo:

AV. LARANJEIRAS 335 CENTRO - VITÓRIA

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do acidente

Local: FUNDOS GOMOS / RJ

Data do Acidente: 05/03/2019

Avaliação do Médico Perito Legista

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

a) Sim

b) Não

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);

face e braço X

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.

escaração
edema

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

a) Sim

b) 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) distinções 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.

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

a) Sim, em que prazo:

b) 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, a(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) é 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	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input checked="" type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média
	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa	
2ª Lesão	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input checked="" type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média
	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 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:

Data da realização do exame médico legal:

7/7/2021
EDMILSON SOBRINHO / NEVORIUSCELA
CRM-PB / 5429 - RQE 2
Rua Nilo Reçanha, 59 - Salas 7 e 8
(PRATA)
CAPIARA GRANDE - PB
CEP 58400-016 CEP 58229-900
FONE: (83) 3077-8229

Informações Complementares