



Número: **0849488-10.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---|--------------------|--|--------------------------|
| WANDRE GERSON DOS SANTOS (AUTOR) | | NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO) ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO) | |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU) | | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) | |
| ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 58625632 | 18/05/2022 20:16 | Wandre Gerson dos Santos | 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: **WANDRE GERSON DOS SANTOS**

CPF: 135.786.584-80 Telefone: 987732169

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 **0849488-10.2020.8.15.2001**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figuro como autor e que tramita na 3ª Vara Cível ou JEC da Comarca da Capital.

João Pessoa/PB, 18 de Maio de 2022.

Wandre Gerson dos Santos Gomes
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(regiões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Per membros.

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 do calcâneo direito,
realizado tratamento cirúrgico
(redução e fixação com fios
metálicos). Não realização de
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):

fisioterapia. Extensão fe-
rrimento contínuo - co atuso
em calcâneo direito,
realizado sutura.

Dra. Rosana B. Duarte de Paiva
Médica - CRM 113.343-PP/CREMERPE 196
CPF 525.687.738-514-77



PROCESSO Nº 0849488-10.2020.8.15.2001

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.

Deficiência em calcâneo di-
reto. Parêstesia em calcâneo
direito. Edema residual. Res-

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

☐ Sim, em que prazo:

☒ Não

três dias da mobilidade
articular do tornozelo di-
reto.

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 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, afirmar 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 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 seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anatômico

Marque aqui o percentual

| | | | | |
|-------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---|------------------------------|
| 1ª Lesão | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input checked="" type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% |
| <u>PE DIREITO</u> | | | | |
| Intensa | | | | |
| 2ª Lesão | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% |
| Intensa | | | | |
| 3ª Lesão | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% |
| Intensa | | | | |
| 4ª 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:

Local e data da realização do exame médico:

João Pessoa/PB, 18 de Maio de 2022

Assinatura do Médico - CRM

Rosana Bezerra Duarte de Paiva CRM-PB 4183

Dr. Rosana B. Duarte de Paiva
Médica - CRM-PB 4183
CPF: 587.754.514-71

Scanned with CamScanner