



Número: **0807818-55.2021.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/03/2021**

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>CLAUDIO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)</b>  | <b>IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)</b> |
| <b>MAPFRE (REU)</b>  | <b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>       |
| <b>PERITO registrado(a) civilmente como HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)</b> |   |

**Documentos**

| Id.       | Data da Assinatura | Documento                              | Tipo                     |
|-----------|--------------------|--|--------------------------|
| 64051 574 | 27/09/2022 16:03   | <a href="#"><u>0807818-55.2021</u></a> | Documento de Comprovação |

0807858-55.2021

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**  
[Art. 31º da Lei 11.945 de 4/9/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

**Informações da Vítima**

Nome completo: Cláudio Pereira da Silva  
CPF: 036.459.124-28  
Endereço completo: R. Olivença, nº 98 Tíbiri II  
Santo Rita - PB

**Informações do acidente**

Local: Tíbiri II - Santo Rita  
Data do Acidente: 29/10/2018

**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 figura como autor e que tramita na \_\_\_\_\_ Vara Cível ou JEC da Comarca de \_\_\_\_\_, estando ciente que a referida prova médica-legal será anexada aos autos, para fins de prova documental, nos termos do artigos 397 e 427 do CPC.

Cláudio Pereira da Silva  
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(s) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

Fratura crânio - Facial

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 crânio - Facial - Glossofaringite ole  
Fratura crânio óssea (Fratura do OPN)

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):

Scanned with CamScanner



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.

Não **mais anatômico e/ou funcional definitivo**

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(es) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) 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              |                                   |                                    |                                      |
|--------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1ª Lesão           | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% 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 |

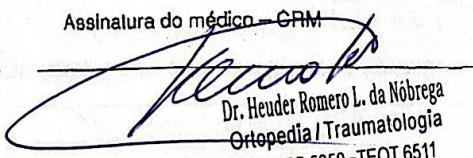
Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

0% → Sem sequelas definitivas

Local e data da realização do exame médico:

10 19/09/22

Assinatura do médico - CRM

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

Scanned with CamScanner

