



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 | |
|---|--------------------|--|--------------------------|
| CLAUDIO PEREIRA DA SILVA (AUTOR) | | IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO) | |
| MAPFRE (REU) | | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) | |
| PERITO registrado(a) civilmente como HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 64051574 | 27/09/2022 16:03 | 0807818-55.2021 | Documento de Comprovação |

0807818-55.2021

**AValiação Médica
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**

[Art. 31º da Lei 11.945 de 4/8/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo:

CPF:

Endereço completo:

Cláudio Pereira do Silva
036.459.124-28
R. Oliveira No 98 Tibirí II
Santa Rita - PP

Informações do acidente

Local:

Data do Acidente:

Tibirí II - Santa Rita
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 médico-legal será anexada aos autos, para fins de prova documental, nos termos do artigos 397 e 427 do CPC.

Cláudio Pereira do 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):

Estrutura crânio - Face

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporariamente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Tratamento eliminou - conservando o
trauma lesão do joelho (Fratura do OPR)

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):

Tratamento conservador

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 há dano 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(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(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 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 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

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

2ª Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 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:

0% → Sem sequelas definitivas

Local e data da realização do exame médico:

SP 19/09/22

Assinatura do médico - CRM

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

Scanned with CamScanner

