



Número: **0803918-92.2021.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Guarabira**

Última distribuição : **21/05/2021**

Valor da causa: **R\$ 19.380,91**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado             |
|---|---|
| <b>BERNADETE GOMES DA SILVA (AUTOR)</b>                               | <b>RAILSON SANTOS DA SILVA (ADVOGADO)</b> |
| <b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br/>DPVAT S.A. (REU)</b> | <b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>   |
| <b>ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO<br/>INTERESSADO)</b>      |   |

| Documentos   |                    |  |                          |
|--------------|--------------------|--|--------------------------|
| Id.          | Data da Assinatura | Documento                                | Tipo                     |
| 55584<br>336 | 14/03/2022 17:19   | <a href="#">Bernadete Gomes da Silva</a> | Documento de Comprovação |

# **AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE**

(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/5/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974)

Nome completo: **BERNADETE GOMES DA SILVA**

CPF: 552.916.947-34

## 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 **0803918-92.2021.8.15.0181**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figurei como autor e que tramita na 5ª Vara Mista ou IEC da Comarca de Guarabira.

Guarabira/PB, 14 de Março de 2022.

Bernadete gomes 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(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

## members Inferior Esquendos

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.

terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.  
Fratura da tíbia esquerda  
realizada tratamento cirúrgico  
(osteossíntese com placa metálica  
e parafusos). Foi respeitada para  
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):

Dr. Rosendo B. Cuarte de Paiva  
Médico - CRM 44578-B/CREMEPE 19/14  
CPF: 587.736.514-34

Scanned with CamScanner



# PROCESSO N° 0803918-92.2021.8.15.0181

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.

Diminuição leve de força motora  
no membro inferior esquerdo. Edema  
residual. Redução leve de amplitu-

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

- Sim, em que prazo: *Tudo de dos movimentos do tornozelo esquerdo. Desconforto e restrições a desambulações prolongadas.*
- 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.

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   |
|---|--|
| 1º Lesão<br>MEMBRO INFERIOR<br>Intensa ESQUERDO | <input type="checkbox"/> 10% Residual <input checked="" type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 75% |
| 2º Lesão  | <input type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 75%            |
| 3º Lesão  | <input type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 75%            |
| 4º 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:

Guarabira/PB, 14 de Março de 2022

Assinatura do médico - CRM

Dr. Rosânia Bezerra Duarte de Paiva CRM-PB 4183  
Médica - CRM-PB 4183  
CPF: 587.770.081-84

Scanned with CamScanner

