



Número: **0827400-41.2021.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/07/2021**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WELLINGTON CANDIDO VENCESLAU (AUTOR)		HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO (ADVOGADO) MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
52219 134	03/12/2021 18:24	Welligton Candido Venceslau	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: **WELIGTON CANDIDO VENCESLAU**

CPF: 072.099.864-64

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 **0827400-41.2021.815.2001**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figuro como autor e que tramita na 6ª Vara Cível ou JEC da Comarca da Capital.

João Pessoa/PB, 03 de Dezembro de 2021.

Wellington Candido Venceslau
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)?

Ombro direito.

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/luxação da clavícula
do direito e fratura em
punho esquerdo. Realizando
tratamento conservador em

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):

to cirúrgico da
luxação acromioclavicular
direita.
segue fisioterapia.

Rosana B. Duarte de Paiva
OAB/PB 19414
551.738.514-34



PROCESSO Nº 0827400-41.2021.815.2001

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.

Importante limitação funcional
em ombro direito. Dor articu-
lar. ausência de atrofia muscu-
lar no membro superior

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

☐ Sim, em que prazo:

☒ Não

direito. Deformidade em
projeção da clavícula
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	<u>PUNTO ESQ.</u>	☒ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75%
Intensa					
2º Lesão	<u>OMBRO DIREITO</u>	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☒ 75%
Intensa					
3º Lesão		☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75%
Intensa					
4º Lesão		☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 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:

Nega trauma prévio em
ombro direito e punho esquerdo.

Local e data da realização do exame médico:

Assinatura do médico - CRM

João Pessoa/PB, 03 de Dezembro de 2021

Rosana Bezerra Duarte de Paiva CRM-PB 4183

Rosana B. Duarte de Paiva
CRM-PB 4183
CPF: 507.103.214-34

Digitalizada com CamScanner