15/03/2022

Número: **0802408-79.2021.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**
Última distribuição : **06/05/2021**
Valor da causa: **R$ 4.725,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA EDILEUZA DE MELO SILVA (CURADOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
ERIVALDO DE MELO SILVA (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
55266325	07/03/2022 20:53	Erivaldo de Melo Silva	Documento de Comprovação

PROCESSO Nº 0802408-79.2021.8.15.0331

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: **ERIVALDO DE MELO SILVA**

CPF: 015.712.244-16

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 **0802408-79.2021.8.15.0331**, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figuro como autor e que tramita na 2ª Vara Mista ou JEC da Comarca de Santa Rita.

João Pessoa/PB, 07 de Março de 2022.

P/ Maria Difenza Melo Silva
Assinatura da vítima
(curadora do examinado)
IMPOSSIBILITADO.

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)?

Membro Superior Esquerdo. (MSE)

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 exposta da diáfise do úmero esquerdo e fratura exposta da extremidade distal do rádio esquerdo, realizado tratamento cirúrgico e fisioterápico. Traumatismo grave do plexo braquial

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):

Drª Rosana B. Duarte de Paiva
Médica - CRM 10570 PB/RENEME 194
CPF: 587.728.514-34

Digitalizada com CamScanner

PROCESSO Nº 0802408-79.2021.8.15.0331

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. Hipotrofia muscular importante no MSE. Deformidade no membro superior esquerdo com grave hipotrofia muscular. Mão esquerda semi fle-

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou 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 do item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

tida. Redução grave da força motora no membro superior esquerdo. Prejuízo de pinça e preensão.

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 MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO (MSE) Intensa	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☒ 75%	
2º Lesão _____ Intensa	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75%	
3º Lesão _____ Intensa	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75%	
4º Lesão _____ Intensa	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☐ 50% Média	☐ 75%	

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 no membro superior esquerdo

Local e data da realização do exame médico:

João Pessoa/PB, 07 de Março de 2022

Assinatura do Médico – CRM

Dra. Rosana B. Duarte de Paiva
Médica CRM-PB 4183
CPF: 038.514-34

Rosana Bezerra Duarte de Paiva CRM-PB 4183

Digitalizada com CamScanner