



Número: **0045503-80.2018.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Comarca de Olinda**

Última distribuição : **20/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DEIVSON PEREIRA DANTAS (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) JAIME MARCAL DANTAS FILHO (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
54952 509	04/12/2019 03:42	<a href="#">0045503-80.2018.8.17.2001</a>	Petição em PDF

### INFORMAÇÕES DA VÍTIMA

Nº do Processo: **0045503-80.2018.8.17.2001**

Vara: **5ª Vara Cível**

Nome Completo: **Deivson Pererira Dantas**

Endereço Completo: \_\_\_\_\_

### LAUDO DE VERIFICAÇÃO E QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES

#### AVALIAÇÃO:

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

a) ☒ SIM

b) ☐ NÃO

*Só prosseguir em caso de resposta afirmativa*

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual(is) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

**Fratura no pé esquerdo. ( cirúrgico )**

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

**Osteomielite**

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

a) ☐ SIM

b) ☒ NÃO

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV) Segundo 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 de mobilidade no pé esquerdo.**

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

a) ☐ SIM

b) ☒ NÃO

Se Sim, em que prazo: \_\_\_\_\_

***Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados***

VI) Segundo o prazo previsto em Lei 11.945 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) seguimento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar 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 ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental

1



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 um (o 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 redação introduzida pelo artigo 31 da lei

#### SEGMENTO ANATÔMICO

*Marque o percentual*

1º lesão

**Pé esquerdo**

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

2º lesão

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

3º lesão

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

*Observações:*

Data da realização do exame médico legal:

**24 de outubro de 2019.**

  
**Romero B. C. Mendes**  
Médico Perito  
CRM 12506



Ao Exmo. Juiz(a) da **5ª** Vara Cível da **Olinda** TJPE.

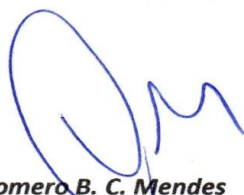
**24** de **outubro** de **2019**.

Processo:

**0045503-80.2018.8.17.2001**

Remeto a Vossa Excelência, laudo da perícia médica referente ao processo citado para que possa ser avaliado, anexado aos autos deste processo, bem como a **EXPEDIÇÃO DO ALVARÁ** para liberação dos honorários periciais já depositados.

Atenciosamente,



**Romero B. C. Mendes**  
Médico Perito  
CRM 12506

