



Número: **0000589-96.2014.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Mamanguape**

Última distribuição : **14/02/2014**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSEFA DA CONCEICAO DOS SANTOS (AUTOR)	MARCOS ANTÔNIO INÁCIO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35303 969	09/10/2020 09:04	<a href="#"><u>FORMULÁRIO - 0000589-96.2014</u></a>	Laudo Pericial

PROCESSO N° 0000589-96.2014.8.15.0231

Distribuído em  
14/02/2014

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**

(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/194)

PERITO \_\_\_\_\_  
BANCA \_\_\_\_\_  
Manhã \_\_\_\_\_ Tarde \_\_\_\_\_

Nome completo: JOSEFA DA CONCEIÇÃO DOS SANTOS.

CPF: 078.973.964-01

Endereço completo: RUA LEONEL FERREIRA DA SILVA, Nº 142, CENTRO,  
CAPIM-PB

**Informações do acidente**

Local: CAPIM-PB.

Data do Acidente: 07/09/2012

**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 \_\_\_\_\_.

João Pessoa/PB, 09/10/2012

Assinatura da vítima

Avaliação Médica

9139-50 80

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)?

Perna esquerda

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.

Sim, as lesões são temporais e com o mecanismo de traumática violenta.

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. Tiago Silveira Oliveira  
MÉDICO  
CRM - PB 12295  
Soc. Seg

Juc. Rayssa Dantas de A. Almeida  
Juiz  
CRM: 7058/PB 21421/PF



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.

*A especialista descreveu lesão da articulação da tíbia esquerda, tendo sido submetida a tratamento cirúrgico e volumônico com leve limitação de amplitude de movimento do joelho respeitando leve edema de 1,3 distal da punha esquerda. V) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento, faz-se necessário exame complementar? e o fato de prega em MIE.*

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.

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 integra 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 3º 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 inferior 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

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:

Local e data da realização do exame médico

*Momangape 09/10/2020*

Assinatura do médico - CRM

*José Alves das Neves de A. Almeida*

MÉDICO

CRM: 7058/PB 21421/PE

*Dr. Tiago Silveira Oliveira*

MÉDICO

CRM - PB 12295

SAUDESE



Excelentíssimo(a) Senhor(a) Doutor(a) Juiz(a) de Direito Coordenadora do Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania (CEJUSC) da Comarca de Mamanguape, Estado de Paraíba.

Por meio do presente expediente, venho, respeitosamente, **REQUERER** o pagamento dos honorários advocatícios, referente a perícia médica realizada nos autos do processo 0000589 - 96, 815.0231, mediante depósito/transferência para conta bancária de minha titularidade (credor marcar com um "x" sua identificação):

Dr. ROBERTO PIRES DE ALMEIDA - CRM n. 7118/PB e **CPF:**  
**034.891.584-58**/conta bancária: **BANCO DO BRASIL**  
**AGÊNCIA: 3502-5, CONTA CORRENTE: 7898-0.**

X Dr(a). RAYSSA DANTAS DE AZEVEDO ALMEIDA - CRM n. 7058/PB e  
**CPF: 039.729.004-73**/conta bancária: **BANCO DO BRASIL, AGÊNCIA: 5026-1,**  
**CONTA CORRENTE: 11.957-1.**

Nestes termos, pede deferimento.

Mamanguape/PB, 09 de outubro de 2020.

Dr. Rayssa Dantas de A. Almeida  
CRM: 7058/PB 71471/PF  
Médico Perito

**INDEPENDENTEMENTE DE CONCLUSÃO**  
**D E S P A C H O**

Considerando a realização da perícia técnica judicial pelo(a) requerente, **DEFIRO** o pedido de liberação dos honorários periciais; ao tempo em que determino seja realizada a transferência do montante, na forma acima requerida.

Mamanguape/PB, \_\_\_\_\_ de outubro de 2020.

**JULIANA DUARTE** Assinado de forma digital  
por JULIANA DUARTE  
**MAROJA:475036** MAROJA:4750365  
5 Juliana Duarte 20201009 07:22:43-03'00'  
Juíza de Direito - Coordenadora

