



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
35303969	09/10/2020 09:04	FORMULÁRIO - 0000589-96.2014	Laudo Pericial

PROCESSO Nº 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 n.º _____, 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

9139-40 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 do trauma relata-se

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
S.O. SEG

Ju. Rayssa Dantas de A. Almeida
Médica
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.

Apuiciando sofreu fratura da diáfise da tíbia esquerda, tendo sido submetido a tratamento cirúrgico evoluindo com leve limitação da amplitude de movimento do joelho esquerdo, leve edema do 1/3 distal de puno esquerda

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento, faz-se necessário exame complementar: *de fato de força em PTE.*

☐ 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 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 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

Unha inferior esquerda

☐ 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:

Monteslupe 09/10/2020

Assinatura do médico - CRM

Dr. Karla Fernandes de A. Almeida
Médica

CRM: 7058/PR 21A21/DF

Dr. Tiago Silveira Oliveira
MÉDICO

CRM - PB 12295

SAÚDE

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.

Rayssa Dantas de A. Almeida
CRM: 7058/PB 71421/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* Dados: 2020.10.09
07:22:43 -03'00'
Juíza de Direito - Coordenadora do CEJUSC

