



Número: **0803790-83.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/01/2017**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS (AUTOR)		ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO) FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
JANIO DANTAS GUALBERTO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
52088615	01/12/2021 14:55	LAUDO	Laudo Pericial

0803790-83.2017.8.15.2001

S. Viana JP

AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

[Art. 31º da Lei 11.945 de 4/8/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

Informações da Vítima

Nome completo: Suzenete Jose de Souza Moraes
CPF: 909 278 954-15
Endereço completo: AV. Ministro Jose Americo de Almeida 110
Torre Jacobina CEP 58040300

Informações do acidente

Local: PRAÇA DA INDEPENDÊNCIA 1. PESSOA - PB
Data do Acidente: 19/03/2016

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 _____ - (____), estando ciente que a referida prova médico-legal será anexada aos autos, para fins de prova documental, nos termos do artigos 397 e 427 do CPC.

Suzenete Jose de Souza Moraes
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(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

MEMBRO INFERIOR 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.

SIM, TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA FÊMUR

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):



IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ disfunções apenas temporárias
- b) ☒ dano anômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Limitações de flexão do M.D + Hipotrofia do
quadriceps

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de 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 ao 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 susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anômico(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, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total

(Dano anômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

b) ☒ Parcial

(Dano anômico 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 anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 ☒ Parcial Incompleto (Dano anômico 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 da 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 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

Membro Inferior D

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

2ª Lesão

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

3ª Lesão

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

4ª Lesão

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

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

TRATAMENTO CIR FRATURA TRANS FEMUR DIR

Local e data da realização do exame médico:

J. Bento 30.11.2021

Assinatura do médico – CRM

Dr. João Dantas Gualberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4382 TEOT 6514
633004382





5ª Vara Cível da Cap...
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO
JOÃO PESSOA

PB - CEP: 58013-520

e-mail da vara: jpa-vciv05@tjpb.jus.br e whatsapp da vara 83-9.9145-3394

Nº do processo: 0803790-83.2017.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto(s): [Seguro]

Autor: Nome: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

Endereço: AV MINISTRO JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA, 110, TORRE, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58040-300, TELEFONE: 98160-0435/99816-0435/98844-2613

Réu: Nome: BRADESCO SEGUROS S/A

Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

MANDADO DE INTIMAÇÃO
(AUTOR)

O MM. Juiz de Direito da 5ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, INTIME a parte AUTORA: Nome: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS, Endereço: AV MINISTRO JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA, 110, TORRE, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58040-300, TELEFONE: 98160-0435/99816-0435/98844-2613, para comparecer a perícia designada no dia 30/11/2021, às 14h, no seguinte endereço: Av. Getúlio Vargas, 126, Centro, Clínica Clinor, João Pessoa-PB, CEP: 58.013-240, e, apresentar-se portando documento pessoal com foto, cópia do boletim de ocorrência policial e do atendimento médico inicial no dia da perícia.

JOÃO PESSOA, em 7 de novembro de 2021.

De ordem, JOÃO EDUARDO PEREIRA NETO

Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: **JOAO EDUARDO PEREIRA NETO**
07/11/2021 18:51:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: **50961924**



21110718515534100000048328504



Assinado eletronicamente por: ROSSANA AUGUSTA FERREIRA TRAVASSOS - 01/12/2021 14:55:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21120114552763500000049376265>
Número do documento: 21120114552763500000049376265

