



Número: **0800116-60.2019.8.15.0471**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Umbuzeiro**

Última distribuição : **11/05/2020**

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

Assuntos: **Seguro Acidentes do Trabalho**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LEILSON DA SILVA ANDRADE (AUTOR)		RODRIGO LUIS DE ARAUJO CAVALCANTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35778995	22/10/2020 08:53	Documento de Comprovação	Documento de Comprovação
35779604	22/10/2020 08:53	Laudo Leilson da Silva Andrade (frente)	Documento de Comprovação
35779608	22/10/2020 08:53	Laudo Leilson da Silva Andrade (verso)	Documento de Comprovação

EM ANEXO

VARA ÚNICA DE UMBUZEIRO

100 de 4326 mensagens

Encaminhamento de Laudo Pericial

De: Gastro Clínica Campina Grande

Para: 1. Vara Única de Comarca de UMBUZEIRO (Vara Única Umbuzeiro)

Laudo Leilson d...ndrade (verso).pdf (1,6 MB) [Fazer download](#) | [Remover](#) | Laudo Leilson d...ndrade (frente).pdf (1,5 MB) [Fazer download](#) | [Remover](#)

[Fazer download de todos os anexos](#) | [Remover todos os anexos](#)

Bom dia!

Aos cumprimentos de praxe, venho por meio deste, encaminhar em anexo o laudo conclusivo da perícia médica realizada em 29/09/2020 em razão do processo judicial para fins de pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, abaixo listados:

Promovente: Leilson da Silva Andrade, **Processo:** 0800116-60.2019.8.15.0471;

Em tempo, solicito que os honorários referentes às perícias realizadas por este perito, para fins de pagamento de indenização DPVAT, sejam depositadas diretamente em conta corrente e agência listada abaixo:

Perito Médico: Carlos Alberto Figueiredo Filho
CPF: 028.064.634-10
BANCO: SICRED
AGÊNCIA: 2201
CONTA CORRENTE: 44262-3



PROCESSO Nº 0800116-60-2019.8.15.0471

PERITO

LAUDO MÉDICO PERICIAL- DPVAT

Nome completo da vítima: Leilson da Silva Andrade

CPF: 016.161.694-19

Endereço completo: Rua: José Germano Araújo S/N - Centro - Aracaju-PE

Informações do acidente

Local: CAMPINA GRANDE PARA AEROPAS

Data do Acidente: 24 / 06 / 2017

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 pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na UMICA Vara Cível ou JEC da Comarca de UMBATEIRO.

Campina Grande/PB, 29 / 07 / 2020

Leilson da Silva Andrade
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(regiões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

MAO DIREITA

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.

LUXAÇÃO CARPO DIREITO.
TRATAMENTO CIRÚRGICO. APLICAÇÃO DOS ESFORÇOS.
AO EXAME: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE NAO DIREITA.

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

☐ Sim

☒ Não

I, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):



a) ☒ disfunções apenas temporárias

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

o da vítima. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MÃO
DIREITA - LEVE.

☐ 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 anômico e/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 anatômico 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 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 MÃO DIREITA ☐ 10% Residual ☒ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

2º Lesão

3º Lesão

4º Lesão

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:

Local e data da realização do exame médico:
CAMPINA GRANDE, 29/09/2020.

Carlos Alberto Figueiredo Filho
Perito Médico
CRM-PB 5379

Dr. Carlos Alberto Figueiredo Filho
Perito Medico – CRM: 5379

