



Número: **0803258-46.2015.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO SUMÁRIO**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **22/10/2015**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ADRIANA SANTOS DE SOUZA (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45897976	19/07/2021 00:27	ADRIANA SANTOS DE SOUZA	Documento de Comprovação



ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO
2ª VARA MISTA DE SANTA RITA

LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL

PROCESSO: 0803258-46.2015.8.15.0331

AÇÃO: PROCEDIMENTO COMUM

AUTOR(A): ADRIANA SANTOS DE SOUZA

PROMOVIDO: DPVAT

ESPECIALIDADE: PERÍCIA MÉDICA E ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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);

Resp. : MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.



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.

Resp. : PACIENTE FOI ATENDIDA NA CIDADE DE SANTA RITA-PB NO DIA 30/04/2015 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA. A MESMA FOI ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE TRAUMA E SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS. FOI ACOMPANHADA EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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):

Resp.: Não se aplica.

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.

Resp.:

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO: APRESENTA CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE ANTERIOR DA PERNA DE 20 CM, ATROFIA DA MUSCULATURA DA PERNA EM 1,5 CM, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU II, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU I, ALÉM DE DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DEVIDO À RESTRIÇÃO DA MOBILIDADE DAS ARTICULAÇÕES, E ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM FACE ANTERIOR DA PERNA ESQUERDA.

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) 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, firmar 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 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 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.

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



Segmento Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☒

50% Média

☐

75% Intensa

2ª Lesão

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☒

50% Média

☐

75% Intensa

Local e data da realização do exame médico:

João Pessoa – PB, 14 de JULHO de 2021

Tiago Martins Formiga

CRM 8085/ PB /Médico Perito



