



Número: **0869355-57.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE RAFAEL DOS SANTOS (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
51580 119	20/11/2021 18:44	<u>JOSÉ RAFAEL DOS SANTOS</u>	Documento de Comprovação



ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO
17ª VARA CÍVEL DA CAPITAL

LAUDO DE EXAME MÉDICO-PERICIAL

PROCESSO: 0869355-57.2018.8.15.2001

AÇÃO: PROCEDIMENTO COMUM

AUTOR(A): JOSÉ RAFAEL DOS SANTOS

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. : CRANIO ENCEFÁLICO.



Assinado eletronicamente por: TIAGO MARTINS FORMIGA - 20/11/2021 18:44:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21112018445290100000048902859>
Número do documento: 21112018445290100000048902859

Num. 51580119 - Pág. 1

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 ATENDIDO NA CIDADE DE BAHIA DA TRAIÇÃO-PB NO DIA 13/10/2017 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO. O MESMO FOI ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE TRAUMA E APRESENTAVA ESCALA DE GLASGOW 10. FOI AVALIADO E REALIZADO EXAME DE TOMOGRAFIA DO CRÂNIO QUE EVIDENCIOU UMA HEMORRAGIA SUBARACNÓIDEA AGUDA À DIREITA. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA DESCOMPRESSÃO DE HEMATOMA INTRACRANIANO ALÉM DE IMPLANTE DE CATETER PARA VERIFICAÇÃO DA PRESSÃO INTRACRANIANA, PERMANEceu EM AMBIENTE HOSPITALAR ATÉ O DIA 28/10/2017 SENDO BOA PARTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

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.:

NEUROLÓGICO: APRESENTA CRISE DE CEFALÉIA CONSTANTE, FAZ USO DE ANALGÉSICO PARA CONTROLE DAS DORES E FAZ USO DE FENITOÍNA 10 MG 1X AO DIA, APRESENTOU 3 EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS, SINAIS DE PERDA DE MEMÓRIA ANTERÓGRADA E RETROGRADA DE MODERADA INTENSIDADE E COMPORTAMENTO LETÁRGICO LEVE. O MESMO AFIRMA RELATO DE DISTÚRBIOS DO SONO.



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

TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO 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 , 22 de SETEMBRO de 2021

Tiago Martins Formiga

CRM 8085/ PB /Médico Perito



Assinado eletronicamente por: TIAGO MARTINS FORMIGA - 20/11/2021 18:44:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21112018445290100000048902859>
Número do documento: 21112018445290100000048902859

Num. 51580119 - Pág. 5